



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



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

**Trabajo Social y autonomía en el Tercer Nivel de  
Atención en Salud**

**Emelin Yanila Morán Alvez**  
Tutora: Celmira Bentura

**2023**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la educación pública de mi país.

Compañeros de camino: familia, amigos y docentes que acompañaron desde el inicio en este recorrido, a los que se sumaron durante el caminar y a los que permanecen aún hoy.

## ÍNDICE

|      |   |     |
|------|---|-----|
| I.   | Introducción.....   | 4.  |
| II.  | Capítulo I: Trabajo Social y medicina: una alianza que perdura en pos de la salud integral? ..... | 7.  |
| III. | Capítulo II: Práctica profesional y autonomía.....  | 17. |
| IV.  | Capítulo III: Trabajo social y autonomía.....   | 24. |
| V.   | Reflexiones finales: ¿autonomía si?.....  | 33. |
| VI.  | Bibliografía y fuentes documentales.....  | 38. |
| VII. | Anexos.....   | 41. |

## I. INTRODUCCIÓN:

El presente documento constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social del Plan 2009 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Se propone indagar respecto a la autonomía del Trabajo Social en el Tercer Nivel de Atención en Salud.

El trabajo se inserta en la localidad de Montevideo, específicamente en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, un centro que se caracteriza por ser de referencia a nivel nacional y brinda atención en las especialidades de gineco-obstetricia y al recién nacido en el espacio del Hospital de la Mujer “Dra. Paulina Luisi”.

Por otro lado, se encuentra el Hospital Pediátrico con un amplio servicio de asistencia a niños, niñas y adolescentes, brindando una respuesta especializada a las más complejas patologías y situaciones del país.

La institución atiende con una extensa y diversa población que provienen de todo el territorio nacional, con pluralidad de demandas sanitarias, socioeconómicas, legales, familiares, ambientales y psicológicas. El abordaje en el centro hospitalario se diseña en base a un amplio equipo y es constituido por múltiples disciplinas como el área de salud mental con psicólogos y psiquiatras, psiquiatría infantil, trabajadores sociales, cuidadores, neonatólogos y pediatras en diversas especialidades, ginecólogos y obstetras-parteras, nutricionistas, abogados, auxiliares y licenciados en enfermería, entre otras funciones que se desempeñan y conforman el Tercer Nivel de Atención.

En el año 2007 toma vida el Sistema Nacional Integrado de Salud por medio de la ley N° 18.211, y con ello, inicia una reestructuración a nivel institucional, de financiación y gestión. Hay una transformación en el abordaje y tratamiento de la salud en el Uruguay, el cual se divide en tres grandes niveles de atención. En el mismo periodo de tiempo se crea ASSE por medio de la ley N° 18.161, como servicio descentralizado de salud y en igualdad de condiciones respecto a los prestadores de salud privados (IMPO-acceso agosto/2022).

Estos movimientos posicionan al Centro Hospitalario Pereira Rossell como un Servicio Especializado dentro de la nueva estructura que se genera a partir de la reforma en la salud. Una de las características principales de un centro con ésta dimensión es la articulación del trabajo en distintos niveles y la posibilidad de establecer una comunicación sostenida con el ámbito jurídico con fiscales y jueces, también la articulación con el territorio como

policlínicas, Caif, centros educativos, refugios, oficinas territoriales como el Mides, INAU, Anep, BPS y otras, que hacen y construyen el trabajo en base a la nueva perspectiva integral.

El Trabajo Social acompaña e integra la estructura del servicio de salud, con un Departamento de Trabajo Social que está constituido por 22 trabajadores sociales aproximadamente que se desempeñan en dos hospitales (Pediátrico y de la Mujer). A la vez, se cuenta con trabajadores sociales en otros espacios de la institución a parte del departamento, como por ejemplo en el área de oncología, psiquiatría, quemados, entre otros. Con el fin de brindar respuesta a las solicitudes de interconsulta que se presentan al área social, éstas emergen del equipo de salud generalmente (médicos, enfermeros, obstetras, entre otros), el cual detecta una situación y deriva a trabajo social para conformar un equipo interdisciplinario y realizar un abordaje integral con otras disciplinas.

En base a la dimensión y complejidad que se registra en una institución con las características de un Tercer Nivel de Atención y de referencia a nivel país, emerge la interrogante respecto al Trabajo Social como profesión en la estructura institucional y la posición en la cual se encuentra actualmente en el campo laboral de la salud. Teniendo en cuenta el nexo histórico del ejercicio profesional en éste ámbito y rol auxiliar a la medicina que desarrolló la disciplina en sus inicios. La incógnita se plantea si el trabajo social continúa experimentando una posición de subalternidad respecto a otros saberes con mayor poder. Y observar cuál es la particularidad de la tarea que desarrolla el área social en la actualidad, la estabilidad que posee para llevar a cabo el control y autonomía del ejercicio sobre su actuar profesional.

Para ello, es pertinente delimitar el concepto de autonomía el cual orienta el presente trabajo, primeramente la Real Academia Española (2022) define al término como: “potestad de decidir la propia organización y ejercer funciones, públicas o privadas, sin más limitaciones que las establecidas en la Constitución y las leyes”.

En este sentido, dicho trabajo se propone como **objetivo general** indagar la autonomía del Trabajo Social en el Tercer Nivel de Atención en Salud desde el punto de vista de los licenciados en trabajo social que desempeñan el ejercicio profesional en la institución.

Con los **objetivos específicos**:

- Describir el espacio que ocupa el trabajo social en la división del trabajo institucional.
- Analizar la toma de decisiones en el Tercer Nivel de Atención en Salud desde la perspectiva del Trabajo Social.

- Visualizar la exclusividad del ejercicio profesional en la institución.

Para concretar los objetivos propuestos, se plantea un diseño metodológico de carácter exploratorio con técnica cualitativas y con entrevistas semi-estructuradas. Siendo la herramienta principal que “debe desdoblarse los diversos indicadores considerados esenciales y suficientes, en tópicos que contemplen la abarcabilidad de las informaciones esperadas.” (De Souza, pág.158)

Con un mínimo de cinco entrevistas a profesionales del Trabajo Social del CHPR, siendo cuatro trabajadores sociales que se desempeñen dos en cada sector (pediatría y maternidad). Con la especificidad de que uno de ellos tenga una larga trayectoria en la institución y pueda aportar una mirada desde la experiencia y las transformaciones institucionales a lo largo del tiempo. Mientras que otra entrevista se dirige a una incorporación reciente al equipo, con una percepción nueva respecto a la labor en la institución, con el fin de contrastar experiencias distantes en el tiempo a lo que refiere el ejercicio profesional en el centro hospitalario. En una tercera parte, la jefatura del departamento con una mirada global y de responsabilidad institucional sobre la función y autonomía del ejercicio profesional .

La entrevista semi-estructurada es un instrumento que posee flexibilidad y brinda espacio en el intercambio para instalar nuevos temas y comentarios que surjan durante la entrevista. De Souza (2018) afirma que no es la sumatoria de relatos lo que se estudia, sino el significado que conforma la lógica reflexiva que aportan los entrevistados. Una técnica que puede indagar e ir modelando el ritmo del intercambio según el aporte y la información de cada entrevistado.

Por otro lado, este trabajo fundamenta su interés en la temática en base a la formación obtenida durante los últimos años y la realización de las prácticas pre-profesionales en el Proyecto Integral de “Protección Social; Instituciones y Práctica Profesional”. Lo que permitió un acercamiento significativo al área de estudio elegida.

También se suma un interés totalmente personal, teniendo en cuenta que en la actualidad desempeño funciones laborales en el ámbito hospitalario y éste acontecimiento habilitó una observación más cercana al ejercicio profesional y la dinámica que lleva a cabo en un centro de referencia nacional, en la cual el Trabajo Social está muy presente y la autonomía de su tarea es una interrogante.

## II. Capítulo I:

### **Trabajo Social y medicina: ¿una alianza que perdura en pos de la salud integral?**

La figura del trabajo social dentro del centro de salud es un actor estratégico en el equipo de trabajo, teniendo en cuenta que se trata de un Centro Especializado de referencia nacional y en el cual se presentan múltiples instancias de judicialización, medidas cautelares, solicitud de amparo, adopciones, cuidados paliativos, abordaje en situaciones donde los usuarios y sus familias atraviesan por internaciones prolongadas, entre otras funciones que desarrolla “lo social”. Lo que posiciona cotidianamente a la profesión en instancias de gran complejidad y toma de decisiones.

En esta línea, el trabajo social registra un rol histórico en el área de la salud y encuentra su génesis ligada directamente al ámbito hospitalario. Acosta (2000) afirma que el Servicio Social en Uruguay patenta las primeras “protoformas” con el higienismo y el proceso de medicalización de la sociedad que inicia y consolida el país a principios del siglo XX.

La modernidad se materializa en la vida cotidiana de la sociedad y las transformaciones que empiezan a gestar desde el último cuarto del siglo XIX se visibilizan. Experimenta un cambio tangible y pronunciado en la vida de la sociedad uruguaya, de esta forma se habilita un nuevo “sentir” producto de un abordaje práctico y direccionado hacia un objetivo concreto, o sea, el disciplinamiento como herramienta en pos de la modernidad.

Barrán (2017) argumenta que en ese período el joven e inestable país promueve una estrategia que dará paso a la primera modernización con la industrialización y el modelo agroexportador. Con la búsqueda del orden, el culto al trabajo y la educación, a la higiene y el cuerpo disciplinado, la sociedad lentamente inicia un “cambio de sensibilidad” y crea las bases para solidificar el Estado y fortalecer la colectividad nacional.

Las tres primeras décadas del siglo XX, será el momento en el cual se concreta y establece la transformación. “El Estado batllista está por detrás del proceso de medicalización de la enfermedad, la muerte, los nacimientos. (...) Entre 1908 y 1930 se fundaron diez nuevos hospitales todos en Montevideo. Un proceso semejante ocurre en el interior del país.” (Acosta, p.14)

En este mismo período se funda “el primer módulo del viejo Hospital Pediátrico del CHPR, exactamente en 1908, en 1915 se inaugura el edificio de la actual Maternidad, en 1926 el sector de ginecología, en 1930 se inaugura el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura, en

1933 el Instituto de Radiología” (Centro Hospitalario Pereira Rossell,[CHPR ], acceso agosto, 2022). Desde sus inicios la institución deja plasmado la direccionalidad de su trabajo, un discurso orientado a paliar las necesidades de las mujeres vulnerables y en búsqueda de recursos más allá del asistencialismo, con respuestas concretas como la “Casa de la Maternidad” y Servicio de Protección a la Maternidad .

El proceso de medicalización penetra la totalidad de la sociedad y los hábitos más sutiles de la vida cotidiana, lo que fue posible gracias a una temprana secularización del Estado en los primeros años del 1900. Duffau (2019) afirma en base a Barrán (1995) que este acontecimiento trasladó la religión al ámbito de la vida privada, y con ello la paulatina eliminación del espacio público y los cargos de poder que poseían las autoridades eclesiales en el Estado. Sobre todo ligados al espacio de la salud y enfermedad.

La ciencia comienza a ganar espacio y legitimidad en la vida social, el saber en nombre del avance y la modernidad descartan todo rastro de creencia popular, mística y religiosa. Acontecimiento que se consolida con la formación de los primeros médicos en Uruguay, junto a la Universidad de la República que se fortalece y adquiere mayor solvencia, este elemento se consagra como un recurso clave para desarrollar el pensamiento positivista que era tendencia en el mundo y Uruguay se adhería.

Los médicos que egresaron de Udelar, ocuparon rápidamente múltiples espacios de la sociedad, ganando terreno en la política, en espacios de decisiones junto al Estado y con cargos de confianza, en la educación y un gran peso en la opinión pública.

La secularización precoz, permitió la construcción y prestigio de la “clase médica”. Ya no había espacio para los religiosos en las direcciones de los hospitales, la subordinación de los médicos se acabó cuando el Estado reconoce y deposita toda su confianza en la ciencia que “emerge” y se expresa por medio del saber médico.”(...) el hospital dejó de ser un lugar para cuidar o guardar y se tornó un lugar para curar, estudiar y enseñar.” (Acosta, p.20)

Iamamoto (1998) asegura que la salud adquiere un nuevo protagonismo en la sociedad, se ensambla directamente al disciplinamiento de las masas y a la reproducción de la vida social. La medicalización de la sociedad se observa como la tecnificación que regula la vida social a través del control médico, epidemiológico y sanitario. El higienismo como herramienta fundamental del proyecto socio-cultural para gobernar desde la hegemonía a las “clases peligrosas”.

En base a esta perspectiva se visualiza una posición del Estado y el saber médico que se complementan mutuamente en pos del poder, llevando a cabo un complejo engranaje al servicio de la modernidad.

Por un lado, el Estado legitima el saber científico y materializa dicha ciencia en la figura del médico, reconocen a tal como una “clase” destacada y utiliza a este actor como herramientas clave que ejercen el poder sobre los cuerpos individuales. Controlando a las masas más pobres y regulando la reproducción de la vida social con principios hegemónicos que emergen del poder mismo. Mientras los médicos se benefician de este reconocimiento y legitimidad por parte del Estado para construir conocimiento, infiltrarse en diversos espacios estratégicos de la sociedad y gozar de los privilegios que posee por ser un actor primordial del poder estatal. Dando paso a la retroalimentación del círculo médico-Estado.

De Martino y Ortega (2019, p.191) argumentan que es:

*En esa compleja red político-social y particularmente, en el ámbito médico-sanitario (Cuerpo Médico Escolar) que surgen las primeras demandas para que se cree, a nivel estatal, una escuela de formación de agentes profesionales, cuya primera tarea institucional se traduce en ser el vínculo entre el mensaje higienista del médico y las familias pobres, resaltando el papel de la madre como principal destinataria.*

En este período histórico se manifiesta la necesidad de construir una profesión que establezca el nexo entre el saber de la ciencia y el individuo de las masas populares. Un actor con la capacidad de accionar minuciosamente a través del discurso del orden, el control de la vida cotidiana y un cuerpo que se propone eliminar todo rastro de pasiones y culto a la tradición.

En esta línea, las autoras De Martino y Ortega (2019) rastrean el comienzo formal de la profesión en Uruguay y se detecta que en 1927 se lleva a cabo la primera escuela de formación de visitadoras sociales de higiene, bajo la órbita del Instituto de Higiene de Experimental dependiente de la Facultad de Medicina.

Un agente que nace al servicio del poder médico y subordinado al mismo. Diez años más tarde se crea la Escuela de Servicio Social del Uruguay y en 1934 pasará a depender del recién creado Ministerio de Salud Pública, adquiriendo mayor legitimidad en su función. Para transformarse en una carrera universitaria en 1957 bajo la formación de Udelar.

Con el aval de la Universidad de la República, el Trabajo Social conquista la estabilidad de una profesión reconocida por su independencia académica, adquiriendo solvencia en la formación, además de ser elemento fundamental para la categorización de una profesión propiamente dicha.

El trabajo social en la actualidad registra casi 100 años de actividad a partir de la formación de las primeras generaciones, la profesión logra permanecer durante un siglo aproximadamente, y por ende, sostener la especialización de la tarea. El colectivo profesional se expandió y conquistó diversos espacios para desarrollar la función, nuevos escenarios y problemáticas como áreas a ser abordadas específicamente.

Lo que se reafirma con la Regulación del ejercicio de la profesión del Trabajo Social con la ley N° 19.778 del año 2019, y establece competencias exclusivas del ejercicio profesional (IMPO, acceso agosto-2022). Desde el colectivo profesional emerge la necesidad de delimitar las tareas propias del trabajo social, reconocer por medio de la legislación el alcance de las competencias técnicas y denunciar las instancias de irregularidad que perjudican a la profesión.

El Estado reconoce una vez más el valor de la tarea y otorga la exclusividad por medio de dicha reglamentación para el ejercicio competente de determinados cometidos. Se reafirma la alianza entre el Trabajo Social y el Estado a través de la legitimidad que se efectiviza por medio de la exclusividad otorgada, dando paso a una mayor autonomía e independencia.

Cabe mencionar que el ámbito de la salud continúa siendo un campo laboral importante para la profesión, el cual se mantiene vigente e incrementa la demanda, sobre todo el número de usuarios registrado en el sistema de salud en los últimos años. En este sentido, el campo sanitario atraviesa una serie de transformaciones estructurales que modifican el abordaje y la estrategia de intervención, donde “lo social” toma relevancia y la salud incorpora una nueva perspectiva.

En diciembre del año 2007 se promulga la ley N° 18.211 con la “Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud” y con ello comienza la reforma del sistema de salud uruguayo. Reglamentando el derecho a la protección y acceso de la salud de forma integral y universal a todos los habitantes del territorio, se observa un cambio de dirección que habilita profundizar la transformación en la salud.

El Artículo 3 de la presente ley, hace énfasis en la promoción y prevención de la salud como herramienta y estrategia de educación en pos de una mejor calidad de vida para la ciudadanía. Por primera vez en el país se reconoce la “cobertura universal de los servicios de salud”, SNIS instala una nueva forma de abordar, gestionar y tratar la materia.

El bienestar integral adquiere un rol protagonista que sobrepasa el carácter puramente biológico e individual, expandiendo la noción del sujeto con el entorno, con la sustentabilidad y accesibilidad del espacio en el cual se desenvuelve en conjunto a la comunidad.

Los objetivos planteados para el nuevo sistema se plasman en el Artículo 4 (2007) y se constituye por ocho literales, a lo cual el A 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.*

En los siguientes literales se contempla el registro, control y habilitación de los prestadores que integran el SNIS, con un acorde control y fiscalización de las condiciones sanitarias, legales y financieras de la gestión que se lleva a cabo. También se propone visualizar y aprobar las condiciones de los programas que desarrollan los prestadores de salud, velando por los usuarios, el avance científico y la producción de saber por medio de la investigación, fortaleciendo el sistema de información y vigilancia en salud.

Por otro lado, regular y controlar los medicamentos y su aplicación, el diseño de políticas y la coordinación con organismos que promuevan la salud, entre otros objetivos de la norma que propone la reestructuración en todo el sistema de salud.

Se observa una coordinación que organiza y habilita un giro utilizando los recursos existentes, incorpora nuevos elementos que refieren una óptica distinta, enfocado la transformación desde una perspectiva integral.

Para la ejecución de los objetivos planteados el Ministerio de Salud Pública adquiere un rol estratégico, le compete implementar el nuevo sistema, articulando los distintos prestadores de salud públicos y privados. Se instala como la institución responsable de llevar a cabo el control, la regulación, fiscalización y habilitación de las distintas políticas en salud.

Se identifica una reformulación del cometido que cumple el MSP, eliminado la noción de “gratuidad de los servicios para casos de pobreza notoria” (MSP, acceso septiembre 2022) que se instaló con la Ley N° 9.202 del año 1934 cuando se creaba dicho ministerio.

A partir de la nueva función que se le adjudica al MSP, éste debe renunciar a ser un “prestador de salud”, ya que es incompatible su cometido de controlar y fiscalizar las políticas exclusivas de salud y prestar servicios directos a la comunidad.

A contrapartida, se crea la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) por medio de la Ley N°18.161 promulgada en julio del año 2007 y se caracteriza por ser un servicio descentralizado dependiente del Poder Ejecutivo por medio del MSP. Con instalaciones distribuidas en todo el territorio nacional, gestiona y coordina “con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones” (IMPO, 2007). Quedando en igualdad de condiciones respecto a los prestadores de salud privada.

Uno de los cometidos de ASSE para su implementación en el literal C del Artículo 4 de la Ley N° 18.161, afirma que debe formar parte del SNIS como prevé el artículo 264 de la Ley N° 17.930 de “Presupuesto nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 2005-2009”, de 19 de diciembre de 2005:

*El Inciso 12 "Ministerio de Salud Pública" implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los habitantes residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal.*

*Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público - privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación.*

*El sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los habitantes.*

La estrategia que implementa el SNIS es la organización en distintos niveles de atención, por medio de un sistema de redes que se divide en tres exactamente y tiene como cometido priorizar la atención en base a la complejidad de la demanda del usuario. Con el fin de descongestionar los grandes centros de salud como los hospitales y trasladar las necesidades de menor complejidad al territorio, o sea, al Primer Nivel de Atención.

Este se caracteriza por estar dirigido a la persona y la familia en su conjunto, con un abordaje comunitario que apuesta a la participación e integración de los ciudadanos con la institución de salud.

Hay un reconocimiento integral del sujeto con fuerte enfoque social de las políticas de prevención y promoción, se “tiende 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” (IMPO Ley N° 18.211, 2007 ).

En la órbita de ASSE, el primer nivel de atención se denomina Red de Atención del Primer Nivel (RAP) y cuenta con sedes en todo el país, coordinando la asistencia integral con el territorio, captando y derivando aquellas situaciones que requieran una intervención más concreta a niveles más elevados.

En esta línea, el Segundo Nivel de Atención se enfoca en actividades de mayor complejidad, con la necesidad de una atención clínica que requiera una breve o mediana hospitalización. El centro de dicho nivel cuenta con la infraestructura, la tecnología y técnicos calificados para satisfacer demandas de baja, mediana y alta complejidad, con un servicio de emergencias y urgencias, quirúrgicos y a usuarios con patologías crónicas.

Por último, “el Tercer Nivel de Atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades” (IMPO Ley N° 18.211, 2007). Respondiendo a demandas concretas y de alto riesgo que deben ser intervenidas de forma rápida y ágil.

Un elemento clave es la promulgación de la Ley N° 18.131 en mayo del año 2007 donde se crea el “Fondo Nacional de Salud” (FONASA), con el cometido de financiar “el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad de BPS y los jubilados del BPS”. Se modifica la estrategia de gestionar y recaudar los fondos estatales destinados a políticas de salud, a partir de este momento queda bajo la administración del Banco de Previsión Social (BPS).

Se expande el derecho a la protección en salud, con una perspectiva solidaria y de justicia distributiva, de esta forma, abarca a los trabajadores e incluye el núcleo familiar, hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad, también al cónyuge o concubino que no cuente con tal protección.

Ésta ley establece la primera estructura para la reforma de la salud, y a la vez, da paso para concretar las dos leyes anteriormente citadas, la N° 18.211 y N° 18.161. El FONASA es el medio por el cual se financia SNIS y ASSE respectivamente.

Estas tres leyes conforman a grandes rasgos la reforma de la salud en Uruguay, con un fuerte enfoque social y con la fuerza política de izquierda, el Frente Amplio en el gobierno.

Por primera vez en la historia del país la izquierda llega al poder y permanece por tres períodos de mando consecutivos (2005 al 2015), se registra una serie de importantes

transformaciones que las de mayor impacto se evidencian en el primer gobierno (2005 al 2010), entre ellas se encuentra las medidas en la salud.

Midaglia y Antía (2011) denominan a esta primera fase como “reformista”, debido a la variedad de cambios y áreas intervenidas que se registró en este lapso de tiempo (Consejo de Salarios, PANES y acciones directas como transferencias monetarias para combatir la pobreza, seguridad social, educación, entre otras). Una característica en común que presenta la “oleada” de las nuevas administraciones de Estado con gobiernos de izquierda en América Latina y sobre todo en el Cono Sur.

El nuevo milenio inicia con un enfoque en el “mercado como agente económico y social”, con un fuerte antecedente de la crisis del año 2002, “en ese año el país experimentó una de las crisis económicas más profundas de su historia. La recuperación económica iniciada a mediados de 2003 no se hizo visible en la evolución de ingresos de los hogares hasta fines del 2005. Recién en 2006 se detectó una reducción significativa de la pobreza” (Amarante y Vigorito, p.413).

La reforma se da en un contexto que registra casi un tercio de la población en situación de pobreza, con un sistema de salud “estancado” y de baja calidad en atención. Asimismo, Midaglia y Antía (2011) argumentan que en el ámbito de la salud las transformaciones iniciaron de forma tardía pero se caracteriza por enfrentar la complejidad del cambio que significó la búsqueda de un sistema de salud más equitativo. “En este sentido, el sistema de políticas sociales cuenta con un régimen de seguridad social y de salud montado sobre el mercado de empleo formal. (...) Combinando el acceso a los bienes sociales, aunque mantiene mecanismos colectivos de los riesgos sociales”, constituyendo un Estado social híbrido.

Actualmente, ASSE como Servicio Descentralizado y del cual depende jerárquicamente la institución en la cual se basa el presente trabajo. Se organiza en cuatro regiones; sur, este, norte y oeste que al interior cuenta con hospitales generales y RAP. También dentro de dicha organización se encuentra la Dirección de Salud Mental, Laboratorio Central “Francisco Dorrego”, SAME 105 que conforma la emergencia móvil, Salud Bucal y el Servicio Nacional de Sangre. Esta estructura es el principal y mayor prestador de salud del país, totalmente descentralizado.

Con datos del MPS (2022) en junio del año 2012 se registró 1.187.200 usuarios en ASSE con mayor concentración en las franjas etarias de 20 a 44 años y de 45 a 64 años de edad. Donde 230.730 presentan un nexo a través de FONASA, del total de usuarios por FONASA 66.208 usuarios pertenecientes a Montevideo y 164.522 del interior. Los usuarios fuera de FONASA

fueron 956.470 en total, con 257.346 en Montevideo y 699.124 en el interior (ver anexo 1). Mientras que en junio del año 2022, hay 1.525.916 usuarios en todo el país con mayor concentración en las franjas etarias de 20 a 44 años y de 45 a 64 años de edad. A lo cual, 526.204 están vinculados a través de FONASA, siendo 136.038 de Montevideo y 358.192 del interior. Los vínculos fuera de FONASA son 999.712 usuarios en total, 294.103 en Montevideo y 701.189 en el interior (ver anexo 2).

Se observa un incremento de más de 300.000 usuarios en el prestador de salud público en un lapso de 10 años, el crecimiento se observa de forma significativa en aquellos usuarios que tiene nexos por medio de FONASA con 295.474 afiliaciones, tanto en Montevideo como en el interior del país. Mientras que el número de los usuarios por fuera de FONASA es poco significativo. La concentración en los dos períodos se repite en las mismas franjas etarias, en el 2012 los usuarios de 20 a 64 años de edad marcaron en 52.8% del total y en 2022 la misma franja aumenta al 61,45 % del total.

En los extremos de las franjas etarias se observa un crecimiento en el número de los usuarios menores a un año de edad, en los de 5 a 14 años y de 65 a 74 años, permanece sin grandes variantes la franja con usuarios mayores a 74 años y disminuye en la población de 1 a 4 años. Después de 15 años del inicio de la reforma en salud, ASSE se consagra como el mayor prestador de salud del país con más de un millón y medio de usuarios, donde un tercio presenta vínculo a través de FONASA y casi un millón fuera de éste fondo gozan de la universalidad de la protección a la salud.

El antiguo sistema de salud contaba con la presencia del trabajo social en el equipo, como se cita al principio del capítulo, la profesión se gesta en el ámbito hospitalario y desde entonces ha permanecido en el área de la salud. Sin embargo, la reforma habilita un giro en el tratamiento de la salud en el país, porque el objetivo se focaliza en la prevención y promoción de la salud como un derecho universalizado orientado desde una óptica educativa y social. A lo cual, el trabajo social conquista un nuevo protagonismo dentro de esta transformación sistémica.

En cierto sentido, la creación del SNIS tiñe con una mirada social el tratamiento de la salud, su financiación con una base solidaria y en búsqueda de equiparar los distintos sectores. Estos acontecimientos abren la puerta a la demanda del trabajo social, debido a que se instala un nuevo enfoque y con ello, nuevas estrategias y planes de acción que reconocen a la profesión como un actor clave para trabajar desde una óptica multidisciplinaria, orientada a los objetivos del SNIS.

Tanto en el sector privado como en el público, se construyeron distintas herramientas de intervención integral que emplean e integran al trabajo social, como por ejemplo los dispositivos de violencia basado en género, los equipos de IVE, cuidados paliativos, salud mental, los espacios adolescentes, entre otras instancias que comienzan a tomar vida por medio de la nueva concepción de salud integral, modificándose y adaptando nuevos mecanismos a lo largo de éstos años.

En este caso, el trabajo se centra sobre una institución dependiente ASSE, es pertinente analizar la amplia red que incorpora el CHPR, teniendo en cuenta la dimensión del centro y la población que atiende nucleada por un mismo servicio. Es el prestador con mayor cantidad de usuarios afiliados, totalmente descentralizado en los distintos niveles de atención, ocupa un espacio estratégico.

Por un lado, significa una fuente laboral importante para el trabajo social, se suma la nueva perspectiva de abordaje que potencia el enfoque “social” y por otro, nuclea a nivel nacional una amplia red en base a la universalización del servicio de salud con fuerte presencia de la profesión.

La reforma da paso a una transformación en la posición del trabajo social dentro del área de la salud, el rol gana mayor visibilidad en todos los niveles de atención y este acontecimiento habilita una postura de mayor protagonismo frente a los “saberes tradicionales” de la salud.

La salud como sector se reestructura, y el trabajo social tiene la capacidad de mantenerse como profesión, gana visibilidad y logra arraigarse en el rubro que tuvo su inicio.

### **III. Capítulo II: Práctica profesional y autonomía.**

No todas las tareas desarrolladas en un espacio laboral remunerado se califican como práctica profesional, ya que no todos los espacios de trabajo tienen exclusividad en la tarea que desarrollan. ¿Pero cuáles son los elementos que distinguen a una actividad laboral profesional de las demás existentes, hay parámetros concretos que distinguen un tipo de actividad del otro?

Freidson (1978) afirma que una profesión se distingue de otras tareas, trabajos u ocupaciones porque presenta un criterio común, establecido y pautado que identifica a un grupo particular de individuos que poseen un “aprendizaje básico en común” que da paso a una práctica profesional concreta. Fruto de un proceso prolongado en el tiempo que se planifica y organiza en base al conocimiento científico, que se ha marcado previamente como el más acorde y legitimado académicamente.

En el período de capacitación se obtiene la interiorización de la “técnica intelectual especializada” que es el núcleo inicial de la profesión.

En ésta línea, el Estado reconoce a la profesión como clase ocupacional distinta a través del espacio otorgado en las instancias de entrenamiento, se institucionaliza el aprendizaje de la técnica y se materializa por medio de la educación formal certificada y legitimada con el aval del Estado que respalda y habilita al sujeto para dicho ejercicio profesional.

La formación se constituye como uno de los elementos fundamentales del ser profesional y el cual deja constancia de la aptitud que se instala como requisito, aunque la formación solamente no es suficiente para obtener la categoría como profesional. Es necesario el reconocimiento por parte del poder estatal sobre la labor específica que ejecuta la ocupación. Pero éste reconocimiento se da siempre y cuando la tarea que desarrolle dicha ocupación cumpla una función dentro de la estructura pública, con un fin concreto y con fundamentos sólidos, evidenciando funcionalidad al Estado.

A partir del momento que se visualiza de forma clara y estable el rol de la profesión, con un propósito específico en el espacio social, se establece la diferencia ante las demás ocupaciones restantes, y pone en marcha la formación adquirida en los espacios habilitados donde puede desplegar de forma estratégica la práctica profesional.

La capacidad de unificar la teoría y la práctica en una misma actividad se transforma en un elemento distintivo para la identificación de la profesión, estableciendo formalidad y legitimidad ante la división del trabajo.

El Estado usufructúa una posición decisiva, siendo el responsable de generar espacios de reconocimiento de la ocupación, para que pueda asentarse y permanecer de forma activa en la sociedad sin que pierda valor la práctica de dicha tarea. En simultáneo, la propia ocupación va a generar un espacio de colectividad que identifica y respalda al grupo, con representantes formales (como por ejemplo en el caso de Uruguay y el Trabajo Social que nuclea la representación en ADASU). Un elemento más que es característico de una profesión y tiene su cometido en respaldar y sostener la colectividad, a la vez “intentan dirigir el esfuerzo del Estado hacia las políticas deseadas por el cuerpo ocupacional” (Freidson, p.39) y conquistar nuevos espacios para afianzar la estabilidad obtenida.

De esta forma, “una profesión es diferente de otras ocupaciones porque se le ha dado el derecho a controlar su propio trabajo” (Freidson, p.83). Se fundamenta en la autonomía que posee para el ejercicio de la profesión que desempeña, constituyendo una “clase de ocupación diferente” y con determinado reconocimiento y privilegio que es otorgado por el Estado.

La autonomía se consagra como el elemento de mayor valor para la profesión, debido a que es la herramienta que permite desarrollar el “libre” ejercicio de la tarea y distingue el accionar de otras ocupaciones, representa a un grupo de trabajadores con estatus propio a través de la exclusividad de su trabajo. El autor anteriormente citado (1978), sostiene que dicha autonomía es el resultado de la relación con el Estado soberano, un accionar que está pautado por el poder máximo, y a la vez, va a obtener la proporción de autonomía que el mismo permite y reconoce acorde a la tarea desde la óptica estatal. Aunque, el colectivo también tiene la capacidad para posicionarse y ejercer determinada presión hacia el Estado en pos de sus intereses y poner sobre la mesa el significado que tiene la profesión para el poder. La lucha que establece la profesión se conforma como unidad de resistencia, y en base a esta lucha se da la posibilidad de permanecer y avanzar en la estructura social.

La profesión consagrada como tal, establece su base en la confianza y estabilidad que brinda el Estado, y éste “(..) deja en manos de la profesión constantemente el control sobre el aspecto técnico de su trabajo. Lo que cambia según varíen las relaciones con el Estado es el control sobre la organización social y económica del trabajo.” (Freidson, p.40)

En este sentido, la profesión puede presentar múltiples carencias como colectividad profesional, pero si se ve “libre de la evaluación técnica y del control por parte de otras ocupaciones en la división del trabajo” (Freidson, p.40) dichas carencias no interfieren en la categoría que ya han adquirido.

Mientras la ocupación pueda dirigir y establecer los criterios en los cual fundamenta la técnica que dirige su trabajo sin la interferencia de una posible ocupación competitiva, está en el control y domina el ejercicio desde la legitimidad de su tarea.

Se observa una dinámica de sujeción mutua entre la profesión (sea ella cual fuere) y el Estado, pero con mayor dependencia por parte de la primera. Ya que es el actor que dicta las reglas del juego y establece las condiciones necesarias para un escenario propicio y seguro para el objetivo de la actividad exclusiva.

No es suficiente que la ocupación cuente solamente con la formación o la colectividad ocupacional ejerza presión, es necesario que ejecute la práctica de forma “independiente”, con un espacio protegido y definido para el ejercicio de su tarea.

Es fundamental desarrollar una práctica emancipada sin el tutelaje de una disciplina externa. La ausencia de un control directo sobre el accionar de la ocupación, fortalece y afianza la práctica para establecer el dominio necesario sobre las distintas etapas de la tarea. Cabe mencionar, que el control sobre la actividad no elimina de forma radical la competencias con otras ocupaciones, sino que al contar con un espacio reconocido y conquistado la profesión posee determinado poder para confrontar las amenazas que significan otras profesiones.

Este poder se centra en el respaldo que otorga el Estado, el control sobre la técnica y la elección de la estrategia quedan al criterio de la ocupación, por ende, es la autonomía que adquiere al momento de llevar a cabo la práctica profesional.

Se identifican distintos elementos que construyen la categoría del ser profesional, y a la vez, están entrelazados e interactúan de forma constante pero con diversas fuerzas al interior de ésta relación. El Estado tiene una posición de poder que habilita, reconoce y legitima la ocupación, es el actor que brinda el espacio protegido pero procura la funcionalidad del sistema. Dando respuesta a intereses propios de su poder, lo que se refleja en la autonomía de la profesión que no es absoluta, cuenta con ella para la práctica profesional, pero siempre con un trasfondo que se fundamenta en los requisitos y acuerdos que son planteados sutilmente por el Estado.

Hay una incertidumbre constante de la profesión por mantener el equilibrio, lo que requiere una vigilancia atenta ante las posibles amenazas que representa la pérdida de espacios a otras ocupaciones, beneficios que se eliminan o acuerdos que ya no se respetan. Entre otras señales que dan cuenta de la interferencia en la estabilidad profesional.

El colectivo profesional del trabajo social en Uruguay, establece una lucha histórica en búsqueda para consolidar el reconocimiento a la tarea específica de la profesión. Con el fin de delimitar el alcance, el rol y las competencias propias del trabajo social, regular el ejercicio profesional por medio de la legislación y obtener las garantías con el respaldo del Estado.

A la vez, es una forma de controlar las ocupaciones competentes que amenazan la estabilidad y permanencia de la exclusividad profesional. Hay tareas que el trabajo social las ha incorporado como propias, por ejemplo la realización de los informes sociales que son realizados también por educadores, docentes, psicólogos, entre otros que ejecutan dicha labor y dejan en evidencia la falta de respaldo a la exclusividad de la tarea para la profesión.

Producto de la resistencia y lucha de la colectividad profesional a lo largo del tiempo, logra trascender e instalar en la opinión pública el debate respecto a la reglamentación del trabajo social. Una profesión consolidada en la sociedad y con un rol activo de la tarea, desarrolla una función concreta en la estructura social y por lo tanto, emerge la necesidad de consolidar el reconocimiento.

En el año 2019 se aprueba la ley N° 19.778 y se afianza la estabilidad de la profesión por medio de la “regulación del ejercicio de la profesión del trabajo social o servicio social”. El colectivo profesional logra dirigir la atención del Estado hacia el quehacer del trabajo social y obtiene la aprobación por medio de la legislación que garantiza la exclusividad y otorga el monopolio de una tarea concreta a la profesión.

En esta ley, se plasma cuál es el cometido del trabajo social, las tareas propias de la ocupación como por ejemplo la exclusividad de los informes sociales, las estrategias de intervención e investigación ante una problemática social. También hace referencia a los requisitos para desarrollar la tarea y las instituciones que están habilitadas para la formación profesional, se suma el alcance de la profesión, las obligaciones para el ejercicio y los fundamentos éticos que deben poner en marcha los profesionales a la hora de intervenir. Entre otros puntos que relata la norma.

La ley de reglamentación profesional para el trabajo social, se transforma en la herramienta fundamental para la autonomía de la ocupación. Acompasa los elementos que Freidson (1978) identifica como estratégicos para la concepción de una profesión y entre ellos, se visualiza de forma clara y objetiva la exclusividad de la tarea, la independencia académica y técnica al momento de intervenir. El Estado brinda el reconocimiento por medio de la legislación, establece las garantías legales y otorga la “protección” al colectivo. De esta forma, el trabajo social se posiciona con autonomía a la hora de ejecutar su función y cuenta con el respaldo del Estado.

Como consecuencia de la lucha del colectivo profesional y una tarea específica en la organización social, el estado otorga a la profesión la independencia técnica para el ejercicio profesional plasmada en dicha norma.

Mediar entre ambas posiciones en pos de estabilidad y autonomía, se fundamenta en la demanda que se presenta ante la profesión. La tarea que desarrolla en la división del trabajo tiene un nivel de particularidad que requiere “la posesión de una destreza tan esotérica y tan compleja que los que no son miembros de la profesión no pueden llevar a cabo el trabajo seguro o satisfactoriamente, e incluso, no pueden evaluar adecuadamente el trabajo. (...) Concedida la autonomía por su práctica” (Freidson, p.59) La cual garantiza una función concreta en la sociedad.

El trabajo social se posiciona en la división del trabajo debido a que cumple una función concreta en la estructura social, conquistó un espacio y ejecuta la especificidad de la tarea. La exclusividad del quehacer se fundamenta en la demanda que recibe para llevar a cabo dicha trabajo.

Entonces, la profesión va a perpetuarse siempre y cuando exista y permanezca la demanda hacia la función concreta por la cual se caracteriza. Es necesario que se presente la “solicitud” ante la ocupación, ya que es ésta que le da sentido a las competencias obtenidas.

Para el trabajo social la demanda se encuentra en la vida cotidiana, en el escenario del día a día se establece el espacio estratégico en el cual se origina el “pedido” a la profesión. Rozas (1998) afirma que el “ámbito micro social” es el lugar donde se teje la trama social y se evidencian las transformaciones de lo cotidiano. Que a la vez, emergen las necesidades insatisfechas producto del día a día, donde interactúan diversas relaciones e intereses entre sujetos y la sociedad que ponen en juego las condiciones y la propia existencia.

La profesión se inserta en éste medio y construye estrategias con el fin de satisfacer las necesidades fruto de la lucha de intereses y recursos. “Este aspecto da fundamento a la construcción del campo problemático, como un conjunto de dimensiones que se entrecruzan para comprender, interpretar y orientar pertinentemente la intervención profesional” (Rozas, p.40) y deconstruir la demanda inicial.

Para ello, el bienestar social se configura como el objetivo del trabajo social, este concepto “está vinculado a la idea de progreso social, en el sentido de que la modernidad convertida en el proyecto capitalista es la instauración de una sociedad capaz de satisfacer las necesidades materiales y espirituales” (Rozas, p.10). La profesión se configura como una herramienta de acción del Estado, y deja evidencias del propósito que cumple en la organización de la sociedad por la cual está legitimado su accionar.

En esta línea, Iamamoto (1998) sostiene que el trabajo social es el “brazo disciplinador del Estado”, una de sus competencias es darle continuidad al proyecto de la modernidad y paliar las necesidades de los sujetos con el fin de disminuir los conflictos y seguir nutriendo el proyecto.

Dentro de éste complejo mecanismo de la sociedad de mercado se dan desequilibrios que manifiestan y toman vida en la reproducción de la vida cotidiana, ésta inestabilidad engendra las demandas al trabajo social. Por lo cual, la necesidad para constituirse como tal tiene que ser emitida hacia una vía institucional y formal, una vez captada la demanda, la profesión identifica y construye el campo problemático. Rozas (1998) define el concepto como la “respuesta al sobre qué se interviene en el trabajo social” delimitando el espacio a actuar. Aunque la autora sostiene que la intervención profesional debe conformarse por la “comprensión del SOBRE QUÉ, el PARA QUÉ, y el CÓMO y PARA QUIÉN (...) sólo pueden ser analizados en la medida que estén sustentados teórica y prácticamente.” (Rozas,p.60)

La construcción del objeto de intervención se fundamenta en la relación sujeto-necesidad, donde el trabajador social reúne diversos elementos en base a la teórica adquirida e interiorizada para problematizar la necesidad productos de la vida cotidiana que presenta el sujeto. Establecer una metodología que permita organizar y ordenar el objetivo de la intervención anteriormente problematizada, y poner en marcha la estrategia a través de la práctica.

Cabe mencionar, que la construcción del objeto es un proceso dialéctico que debe ser flexible y adaptable, teniendo en cuenta la dinámica de la vida cotidiana que está en constante movimiento y transformación.

Para la construcción del objeto es necesario contar con las “tres miradas de los actores de la intervención: la institución, el sujeto y el trabajador social.” (Rozas, p.71) Diversos actores que son de fundamental importancia para darle forma al objeto a ser intervenido y a la vez, identificar el valor de cada parte.

En la práctica profesional y principalmente en la construcción del objeto de intervención entra en juego el lugar desde el cual se posiciona el trabajo social y la autonomía que posee. Es uno de los tres actores que conforman la intervención, la presencia de la institución en la cual cumple función va a ser un factor determinante en el accionar y el objetivo de dicha intervención. Porque el trabajador social construye la intervención en base a la finalidad institucional, que es la estructura a la cual llega la demanda y guía la estrategia a ser ejecutada. Pero la autonomía de la profesión permite fundamentar desde la teoría la toma de decisiones a partir de la exclusividad de la tarea que desarrolla y tener una presencia constante en todas las etapas, “simultáneamente, se conoce, se planifica, se evalúa y se ejecuta.” (Rozas, p.104) Características propias de una profesión como se menciona al principio de capítulo con Freidson (1978).

La práctica profesional goza de autonomía en la medida en que controla su intervención por medio de la técnica que desarrolla y ejecuta producto de la estrategia construida. La autonomía nunca va a ser absoluta debido a que el Estado como poder máximo es quien organiza y reconoce la ocupación, pero si va a obtener autonomía el trabajo social en aquellos espacios donde puede ejercer sin el control por parte de otra ocupación que forma directa sobre las estrategias elegidas para intervenir.

En las instancias en que la profesión presenta dominio sobre su tarea y exclusividad de la misma, es cuando posee autonomía como ocupación, y por ende, el elemento máspreciado como profesión.

#### **IV. Capítulo III: Trabajo social y autonomía.**

En el presente capítulo se analizan cinco entrevistas realizadas a trabajadoras sociales que aceptaron participar del presente trabajo en forma voluntaria.

Se diseñó un solo modelo de entrevista de carácter semiestructurada, la pauta establecida se propuso indagar a través de indicadores que constituyen la autonomía de la profesión en base a la teoría de Freidson (1987).

Concretamente en un centro especializado del Tercer Nivel de Atención bajo la órbita de ASSE en la ciudad de Montevideo, se realizó la entrevista a dos de las profesionales desarrollan función en el área de pediatría, otras dos en el Hospital de la Mujer. Una quinta entrevista a la encargada del departamento de trabajo social donde se agregaron dos interrogantes más, debido al rol que cumple para el colectivo profesional en la institución.

Cabe mencionar que la institución en la cual se llevó a cabo las entrevistas cuenta con un solo Departamento de Trabajo Social, el cual responde a las demandas de los dos hospitales que conforman el centro especializado (pediátrico y de la mujer) como se hizo referencia en la introducción del presente trabajo. Sin embargo, existen trabajadores sociales que pertenecen a la institución pero no dependen del Departamento de Trabajo Social, sino a una áreas que aborda una problemática específica como por ejemplo psiquiatría infantil, área de quemados, área oncológica, entre otros. (Se desconoce motivo de la distribución de profesionales)

La propuesta de entrevista se puede dividir en dos instancias, la primera se propuso identificar cuáles son las principales demandas que recibe cada sector respectivamente, las problemáticas que se presentan e interrogar cómo es captada, si todas las situaciones que solicita una interconsulta con la profesión son abordadas. Con el propósito de observar la delimitación al momento de asumir una intervención y a partir de qué saber se concreta la decisión de abordar o no.

Inicialmente los resultados se dividen en base a la población que intervienen las trabajadoras sociales, por un lado está el área de maternidad y ginecología en el espacio del Hospital de la Mujer con dos entrevistas. Las profesionales presentan trayectorias muy distintas, donde una de ellas cuenta con más de 30 años de trabajo en el centro, desarrollándose como trabajadora social inicialmente en el área pediátrica y en la actualidad hace más de 15 años que se encuentra en maternidad. Mientras que la otra trabajadora social se caracteriza por ser una incorporación más reciente al equipo con dos años en el centro y con el mismo período de egresada.

Respecto a las demandas que llegan a la profesión en este sector, ambas licenciadas coinciden rápidamente en los pedidos de interconsulta que refieren a mujeres que llegan a parir y presentan una situación de consumo de sustancias psicoactivas, medio socioeconómicos deficientes y la necesidad de asesorar sobre beneficios sociales y mujeres en situación de calle.

F.M (2022) afirma la relevancia de “alguna cuestión a nivel judicial, sea tenencia, reconocimiento, pensión alimenticia. Todo lo referente a lo jurídico nos convoca.” El nexo directo entre el recién nacido, la protección del niño y las condiciones para efectivizar el egreso, haciendo referencia al estado familiar, legal, económico y ambiental en el cual se instala el recién nacido. A partir de esta condición emergen múltiples demandas como vulnerabilidad social, antecedentes de hijos institucionalizados, violencia, madres con discapacidad intelectual y muchas otras “sin fin” sostienen las entrevistadas a las cuales el trabajo social “no puede solucionar.”

Además están las derivaciones que no corresponden que la disciplina intervenga, se observa una especie de vacío a la “mágica solución del trabajo social” argumenta F.M, mientras que P.C identifica situaciones frecuentes que tiene cierta coherencia pero no coinciden con las características de la institución. En este sentido, la disciplina inserta en otro ámbito como por ejemplo en territorio podría llegar a brindar otro tipo de respuesta a la alta demanda de vivienda y solución habitacional que no acompaña la órbita hospitalaria, porque recursos de esas características no existen en el centro.

Mientras que en el área de pediatría las demandas que llegan con mayor frecuencia se trata del maltrato infantil, el abuso sexual, la negligencia, el intento de autoeliminación, la desnutrición y asesoramiento en menor frecuencia. S.M una trabajadora social con más de 30 años de ejercicio profesional vinculado a la salud mental y con 4 años en la institución donde se inserta el presente trabajo, afirma que “detrás de un ingreso por un motivo de una consulta psiquiátrica, una crisis excitación psicomotriz, IAE, una idea de muerte (...) hay toda una problemática social que tiene que ver con el maltrato, con el abuso, con carencias de la familia, el abandono, con negligencia, hay un montón de cosas.”

Situaciones donde el trabajo social presenta alta demanda y dichas solicitudes de interconsulta con la disciplina son coherentes y apropiadas, demostrando conocimiento de las competencias y cometidos de la especialidad del área social.

C.J trabajadora social con 7 años de egresada y un año en la institución afirma que las derivaciones que se presentan en pediatría son pertinentes y corresponden a los cometidos de

la profesión, una pequeña minoría no, pero así mismo se intenta explicar al equipo de salud que hizo la derivación y guiar la problemática hacia otro recurso o institución.

La jefatura del departamento de trabajo social agrega las derivaciones por abuso sexual, delegación de maternidad, pensiones y embarazos sin control en el Hospital de la Mujer, mientras que en pediatría remarcará las situaciones que presentan alto riesgo social, maltrato por omisión y debut de determinadas enfermedades que necesitan ser trabajadas desde “lo social”. También reflexiona respecto a las solicitudes que llegan al departamento:

*Entonces, un poco la expectativa de los equipos de sala es la decisión de trabajo social en relación al egreso, porque nosotros somos quienes informamos al juez de las situaciones de riesgo que visualizamos. Y muchas veces dependemos una vez que informamos al Poder Judicial, de una resolución judicial para el egreso del niño, entonces es un poco la expectativa de la sala, con quién egresa, cuándo egresa, en qué situación judicial está, qué se valora, cómo se va decantando la situación.*

En este sentido, el equipo que interviene en maternidad expresa dificultades con los estudiantes y residentes a la hora de solicitar una interconsulta, debido al desconocimiento del rol del trabajo social, P.C (2022) afirma: “capaz que no hay un conocimiento de qué es el trabajador social, qué función cumple dentro de este hospital, etc. (...) a veces llegan derivaciones (no se) porque no tienen una cuna la paciente o porque no saben maternar.” Evidenciando cierto imaginario de los estudiantes en su mayoría que no coincide con el ejercicio de la profesión, situación que se da en menor frecuencia con el resto del equipo de salud (no solo el equipo médico). F.M (2022) sostiene que “*el personal de enfermería en especial, las nurse, las coordinadoras de salas, las obstetras y los médicos de grado 2 que son jefes de sala son coherentes las derivaciones.*”

Un dato relevante en las entrevistas y que se repite en varias de ellas, son las demandas que llegan cotidianamente como por ejemplo la solicitud de boletos y solución habitacional, recursos que de los cual no provee la profesión tampoco existen a nivel institucional. Sin embargo es un acontecimiento que llega al trabajo social en lo cotidiano de su práctica, se evidencia un imaginario donde la profesión tiene la capacidad de gestionar recursos materiales lo cuales no existen en la realidad.

Una de las entrevistadas hace referencia que muchos de los pacientes ambulatorios que andan por “los corredores” son enviados a trabajo social para plantear sus problemáticas y que en realidad no corresponde, debido a que escapa del cometido de la profesión dentro del centro hospitalario. “Hay un ideario de que el trabajo social puede solucionar problemas

económicos, problemas de vivienda, problemas de empleo también. Y que no, no hay los recursos y en general se va y se explica” (F.M 2022)

Se observa diferencias en los respectivos sectores a lo que refiere gestión de demandas, en el Hospital de la Mujer se da respuesta a todos los pedidos de interconsulta, independientemente si corresponde o no. El equipo evalúa la situación y busca dar una respuesta de forma personal más allá que esté fuera del alcance del profesional, explicando al usuario el por qué de dicha respuesta. M.B trabajadora social con 10 años de egresada y 8 en la institución afirma:

*Muchas veces nos demandan situaciones que no amerita intervenir en lo que ellos refieren, (...) durante el proceso descubrir otras zonas de intervención con los pacientes y sus familias. Porque uno no trabaja solo con el niño o con la madre, trata de tener una visión integral, porque esa mamá tiene otros hijos, ese niño tiene otros hermanos, son muchas las problemáticas. (...) nos pueden derivar por una situación exclusivamente médica y nosotros vamos descubriendo otros indicadores de riesgo que nos parece, ahí debemos intervenir de trabajo social y los médicos no tienen ni idea de que nosotros muchas veces estamos develando y muchas veces se quieren entrometer en nuestra área.*

*Y ahí hay mucha tensión en las intervenciones.*

Mientras que la pediatría se da una postura más concreta sobre las situaciones que solicitan interconsulta, las entrevistadas sostienen a través del pedido vía telefónica si no corresponde ya se puede filtrar, explicando el motivo por el cual no compete a la disciplina evaluar la situación.

Las licenciadas afirman que los criterios para evaluar las situaciones son establecidos exclusivamente por la profesión, se cuenta con protocolos específicos para intervenir situaciones concretas como por ejemplo en la puerta de emergencia de pediatría o el desvínculo en la maternidad, pero cada licenciada le da su importan a la hora de hacer una intervención.

C.J sostiene que hay criterios dentro del colectivo, se comparte una línea que direcciona el accionar al momento de trabajar una situación. A lo cual S.M hace referencia respecto a los criterios a la hora de establecer estrategias de intervención: “yo tengo esa independencia técnica que para mi es una de las cosas más importantes, de lo más valorado por mí acá que tengo independencia técnica que actuó y establezco mis estrategias de intervención, y elaboro mis informes y son míos. (...) Tengo esa independencia.”

Se observa una delimitación de las tareas y actividades que el trabajo social desarrolla, hay un reconocimiento sólido por parte de aquellos profesionales de la salud que cuentan con mayor antigüedad en el rubro. Aunque dicho reconocimiento se concreta sobre las situaciones que presentan mayor complejidad, que son categorizadas coloquialmente como “sociales” como por ejemplo los maltratos infantiles, abusos sexuales, consumo problemático de sustancias, delegación de maternidad, entre otros. De esta forma, se observa una rápida derivación a la disciplina social, el motivo de ingreso establece el nexo directo entre el la problemática social y el trabajo social.

Así mismo, se registra de forma cotidiana problemáticas que escapan al abordaje de la profesión, y se centra con un imaginario ligado al asistencialismo. Se presentan problemáticas que escapan al rol y recursos de la profesión e institución como por ejemplo la solicitud de boletos, viviendas, empleo, entre otras demandas que no coinciden con la función del trabajo social dentro del centro hospitalario. Un imaginario que se nutre desde la idea de soluciones por parte de la profesión ligada directamente a los recursos materiales, que en este caso no existen.

Se observa por un lado que hay un conocimiento claro de la función de la profesión sobre las problemáticas de mayor complejidad por parte del equipo, pero a la vez, por otro llegan solicitudes que refiere a problemas materiales y de recursos directamente que escapan de la disciplina.

Dando continuidad al análisis de las entrevistas realizadas, un elemento más que se desprende es la forma en que se distribuye el trabajo. Se visualiza que todos los profesionales dentro del área social en cual se insertan abordan sin distinción las situaciones que son derivadas.

En el hospital de la mujer se cuenta con una policlínica de IVE y salud sexual y reproductiva donde está asignada una licenciada por día y horario, de esta forma, se organiza dicha policlínica con distintas profesionales según el día de la semana. También se cuenta con una policlínica de VIH en la cual se desempeña una trabajadora social específica, aunque no es la única función que cumple en la institución. Sacando esta excepción todo el colectivo “hace todo” dentro del área que trabaja, no hay especialización. F.M afirma:

*todos nosotros estamos capacitados para ver situaciones de maltrato, situaciones de abuso, de maltrato en sí, situaciones de violación, no hay nadie específico a no ser un área que ahora se puso ultimamente, se esta cubriendo que es el área de ginecología y hay algunas limitaciones. Pero en general todas nosotras estamos capacitadas como para ver, ya sea asesoramiento y beneficio social como situaciones muy complejas.*

La formación específica en trabajo social y haber culminado la carrera como requisito excluyente para ingresar a la función en la institución, fundamenta el abordaje en base a una perspectiva teórica del problema y darle paso a una práctica sólida. Una práctica profesional que en términos de Bourdieu (2005) es reconocida y legitimada a través del capital cultural incorporado e institucionalizado, que habilita al sujeto llevar a cabo la tarea en la cual se ha capacitado. La legitimación obtenida para el ejercicio profesional es garantía de la capacidad de desarrollar la tarea por la cual se ha entrenado e interiorizado a lo largo de cierto período. En este caso, las entrevistadas afirman que “todos ven todo” y no se discrimina la distribución del trabajo más allá de cada sector.

Por otro lado, la entrevista interpela si existe un espacio de supervisión sobre la intervención de cada profesional, la trabajadora social con mayor trayectoria afirma que ha sido un “debe” a lo largo del tiempo que tiene el colectivo en la institución, no se cuenta con una supervisión propiamente dicha.

Sin embargo se rescata de forma positiva el espacio de intercambio que brinda la jefatura del servicio para discutir dudas, opiniones y perspectivas sobre una misma situación. Se hace énfasis en la alta demanda y el escaso recurso humano en relación a las situaciones, la complejidad que presentan las problemáticas y por la cual emerge la necesidad.

Además el apoyo del sector jurídico de la institución se experimenta como un respaldo y recurso importante para el actuar de la profesión. Las entrevistadas hacen referencia de forma positiva a dicho sector, significando un soporte muy importante para la función del trabajo social.

Una segunda parte de las entrevistas se direccionó al ejercicio profesional y ahondar en el quehacer cotidiano del trabajo social, la posición dentro de la institución respecto a los demás saberes. Recopilando en el análisis una mirada desde la historicidad de la disciplina a lo largo del tiempo, su génesis en el ámbito hospitalario y la posición que usufructúa en la actualidad. Por lo tanto, se propuso interpelar la toma de decisiones del trabajo social como actor clave que conforma el equipo de salud, una salud basada en el derecho de la universalidad y la prevención que promueve un abordaje desde la integralidad con otras disciplinas.

Teniendo en cuenta el complejo mecanismo que significa un centro especializado y de referencia, en el cual hay múltiples disciplinas que lograron obtener la categoría de profesión y diversificar el “sector médico con disciplinas auxiliares”. En este sentido, es de fundamental importancia indagar respecto a la toma de decisiones del trabajo social en la institución que trabaja con diversos saberes y “disciplinas auxiliares” médicas y no médicas,

para observar la posición del colectivo social al momento de sostener el control sobre su tarea.

En esta línea, las entrevistas identifican que la toma de decisiones desde el trabajo social es “primordial” debido al nivel de riesgo que presentan las situaciones que llegan al tercer nivel. C.J (2022) verbaliza: “Nos llaman a nosotros para las situaciones de riesgo. Somos los que hablamos con el juez, hacemos los informes, hablamos con la seccional, nuestra función es primordial en las situaciones de riesgo. Somos nosotros los que estamos al tanto, también si hay alguna restricción.” P.C (2022) da continuidad al pensamiento y afirma que se escucha la voz de la profesión siempre en las situaciones donde “lo social” es lo que prima:

*la situación lleva a judicializar y ahí se escucha mucho la voz del trabajo social, porque en realidad, médicamente ese niño tiene todas las condiciones para estar de alta. Entonces, como que la voz del trabajador social es la que va a permitir que ese niño se vaya, por lo tanto ahí prima siempre la voz del trabajador social*

S.M (2022) refiere que las decisiones generalmente se toman en conjunto con otros saberes, donde se hace presente psiquiatría pediátrica y de adultos si corresponde la situación, pediatría general y se discute las estrategias para intervenir. En este sentido, la jefatura de trabajo social señala de forma positiva un espacio semanal donde se discuten las problemáticas de cada paciente entre las disciplinas para ver las líneas a seguir.

No obstante, F.M (2022) hace énfasis en la naturaleza de la institución, un hospital, en el cual hay muchos actores que constituyen el equipo y donde “prevalece alguna disciplina sobre otra, en especial el poder médico es muy fuerte pero creo que con el correr de los años hemos ido como teniendo ciertos logros.” Sobre todo se escucha a la profesión en cuanto a tenencias, separaciones, a nivel familiar e interpelar lo qué sucede en ese núcleo.

Una tercera parte de la propuesta fue dirigida a la trabajadora social que es responsable del área social de la institución, donde se plantean dos interrogantes.

Primero se interpela si los profesionales que constituyen el colectivo de trabajo social cuentan con instancias de evaluación técnica y qué actor es el responsable de llevar a cabo dicha valoración. A lo cual responde la entrevistada que al momento del ingreso a la función pública, “hay instancias de evaluaciones” sin especificar cuál es el período exacto y después una vez al año. Siendo una competencia del jefe de servicio ejecutar las entrevistas, en este caso queda bajo la supervisión de una trabajadora social.

Lo referente a una supervisión no existe concretamente como se mencionó anteriormente, y la evaluación se debe a un criterio específico de la institución que en este caso queda bajo la

propia disciplina. Siendo un elemento que favorece al colectivo, ya que la evaluación técnica no queda bajo el amparo de otro saber, sino del propio trabajo social. En ese sentido, “su carencia de independencia esencial con respecto al Estado, (...) no cambian significativamente su carácter esencial como profesión (Freidson, p.40)

En una segunda parte se problematiza el ejercicio profesional con una mirada más macro de la profesión, estar inserto en un centro de salud y dirigir el equipo de trabajo social en una institución que tiene el poder médico a la cabecera.

Se cuestiona si el trabajo social cuenta con el “poder” suficiente para controlar las etapas y los tiempos necesarios de la intervención social que son distintos a los tiempos médicos. Una institución en la cual tiene una estructura donde prevalece el sentido de salud con una perspectiva biológica y física, con fuerte respaldo y reconocimiento social y estatal. La encargada responde que “no está protocolizado, no está cuantificado”, haciendo referencia a la distinción de las intervenciones sociales en comparación con los tiempos médicos. Agrega “si trabajo social resuelve prolongar esa internación por distintos motivos, se está evaluando el riesgo.”

A contrapunto se interpela si la profesión tiene la capacidad de sostener la toma de decisiones frente a las demás disciplinas, la licenciada responde que sí, y afirma:

*cuenta con la autonomía, muchas veces se discute y hay un intercambio, (...) no están de acuerdo con nosotros pero tenemos toda la potestad y como profesión. (...) si bien prima el saber médico, el poder y estamos en un hospital y eso pesa (...) está muy bien el trabajo multidisciplinario pero cada uno también dentro de su disciplina tiene mucho para aportar.*

En el relato se evidencia la lucha constante por la permanencia del reconocimiento y legitimidad de la cual habla Freidson (1978), a la vez, en esta situación se enfrentan dos saberes donde uno nace para auxiliar al otro. Hay una rivalidad por la estabilidad en la cual el trabajo social cuenta con el histórico relato de posición subalterna ante la medicina. Partiendo de éste punto, en las entrevistas surge la necesidad de mantener una postura concreta, y F.M (2022) sostiene “se cuestiona, tenes que estar como medio firme, se cuestiona, algunas veces hay distintas opiniones frente a una misma situación y hemos tenido algunas dificultades.” Observaciones que se repiten en las verbalizaciones de las distintas entrevistadas, hay una constante disputa por permanecer y sostener los criterios que propone la disciplina y fundamentar el abordaje.

Deja en evidencia que dentro de la integralidad de la institución y la complejidad de la misma, el trabajo social como profesión presenta disputa con otros saberes y la necesidad de vigilancia frente la amenaza de otras ocupaciones que intentan interferir en la exclusividad de su tarea.

## V. Reflexiones finales: ¿autonomía si?

En base a lo expuesto en los capítulos anteriores, el presente tiene como propósito establecer las reflexiones finales a partir de los objetivos propuestos que guiaron el trabajo.

Respecto a los objetivos específicos el primero se propuso **describir el espacio que ocupa la profesión en la división del trabajo en la institución.**

Se obtuvo una clara identificación de las principales situaciones y problemáticas por las cuales se solicita interconsulta a trabajo social, y por ende, corresponde la valoración.

Se evidencia que hay delimitación en las tareas que desarrolla la profesión en la institución, donde los actores que conforman el equipo de salud y a la vez, son los responsables en su mayor parte de realizar la derivación al área social (aunque no de forma exclusiva) identifican cuales son los motivos que le compete intervenir al trabajo social.

El reconocimiento se visualiza en aquellas situaciones que presentan mayor complejidad al momento de abordar, con motivos de ingresos que en su mayoría no se vinculan a una causa biológica como principal motivo. Y si, responden directamente a problemáticas sociales que como consecuencia derivan en un ingreso hospitalario, por lo tanto, afectando la salud del usuario desde la perspectiva integral y solamente física-biológica del sujeto.

Se hace presente la necesidad de un abordaje integral para tratar, evadir o confirmar la causa del motivos de ingreso al centro hospitalario. Como por ejemplo se registra el maltrato infantil, el abuso sexual, la negligencia, el intento de autoeliminación, el alto riesgo social en pediatría, mientras que en maternidad el consumo problemático de sustancias psicoactivas, hijos institucionalizados, embarazos sin control, la delegación de maternidad, violencia y asesoramiento por planes sociales.

Se constituye una serie de derivaciones donde el trabajo social tiene fuerte presencia en estas circunstancias, hay una intervención segura de la profesión en los llamados coloquialmente “casos sociales” donde la disciplina es fundamental.

En este sentido, el equipo de salud tiene un claro conocimiento del quehacer del trabajo social, identifican rápidamente la necesidad de la disciplina para tratar estas problemáticas en la institución. Con derivaciones coherentes y acordes a la tarea que cumple y le corresponde exclusividad.

Se observa en dichas situaciones que no hay un motivo médico, biológico como causa para el ingreso, sino como una consecuencia de un acontecimiento que violenta la integridad del niño, niña o adolescente y sus derechos en el caso de pediatría. Mientras que en la maternidad, a causa de un nacimiento principalmente se detectan múltiples problemáticas que

ponen en riesgo al recién nacido y a la mujer también, en su mayoría no responden a una cuestión médica propiamente dicha.

Sin embargo, cotidianamente llegan consultas y pedidos que no corresponden al quehacer de la profesión, tampoco hay compatibilidad de la función con las características institucionales, como por ejemplo lo que refiere a recursos materiales.

Para el ejercicio de la profesión, y principalmente en un tercer nivel de salud donde se presentan demandas con riesgo de vida para el usuario, **la toma de decisiones** es fundamental. Responde a la estrategia creada y planificada por el profesional para intervenir en la situación y ejecutar las medidas correspondientes ante las amenazas que presenta el usuario. Como por ejemplo la solicitud de medidas cautelares ante el Poder Judicial para velar por la integridad frente a la amenaza que recibe el paciente y su familia.

Por otro lado, el compromiso ético con los informes sociales que muchas veces sugieren la institucionalización, la tenencia a determinado familiar, coordinar en territorio con instituciones concretas que dan cuenta de un objetivo preciso para el tratamiento. Entre otras medidas que requieren una investigación minuciosa de toda la causa, y las conclusiones deben ser informadas.

En estas instancias el compromiso profesional y la toma de decisiones es de gran relevancia, también tener la competencia de trabajar dichas instancias con otras disciplinas y poder solventar con argumentos firmes las conclusiones para sostener el proceso transitado desde una óptica disciplinaria. Refleja la capacidad de controlar la propia planificación y plan de trabajo sobre la tarea que realiza, elemento fundamental que constituye la autonomía de una profesión.

En el momento en que se puede sostener la toma de decisiones y actuar sin la supervisión de una ocupación competente, se goza de la libertad para el ejercicio profesional.

En este caso, se reconoce que la toma de decisiones es respetada primordialmente en las problemáticas de mayor riesgo social y ambiental, no presentando una causa biológica como motivo de ingreso principal.

Se identifica **exclusividad** de la tarea, con competencias que puede llevar a cabo solamente la profesión, con casi 100 años de actividad en el rubro de la salud, el trabajo social conquistó la particularidad de su función. Aunque en las entrevistas emerge la necesidad de resistir a las presiones del resto del equipo de salud, el cual muchas veces cuestiona la postura y estrategias de intervención que son construidas por la disciplina. En este sentido, las entrevistadas sostienen que es fundamental aferrarse como colectivo a los criterios en común y defender la intervención social basada en su saber específico de la profesión.

En fin, el trabajo social ocupa un espacio fundamental dentro de la organización de la institución que recibe usuarios de todo el país y se caracteriza por ser un centro especializado de alta tecnología. Que a la vez, cuenta con la presencia de la profesión desde el origen de la misma y que en la actualidad ésta institución conforma la mayor red asistencial del país totalmente descentralizada.

Un dato no menor, es el incremento en los socios en los últimos años a la red asistencial de ASSE y la reforma en el sistema de salud que significó un giro en el tratamiento de la salud, con un nuevo abordaje y gestión desde la integralidad y solidaridad. Este acontecimiento reforzó la presencia de la profesión y obtuvo un nuevo protagonismo a partir de la integralidad mencionada que transformó el servicio de salud de todo el país.

Sin embargo, se presenta el desafío de llevar a cabo el ejercicio profesional e integrar la mayor red asistencial en salud del país con 1.525.916 usuarios al mes de junio del año 2022, totalmente descentralizado.

Del número total de afiliados, se observa un claro incremento de usuarios en los últimos años, aunque dicho aumento hace referencia a los nuevos socios que se vinculan a través del fondo FONASA, o sea, por medio del mercado laboral formal. Mientras que dos tercios de toda la población de ASSE (y por ende con posibilidad de vincularse con el CHPR), siendo 999.712 usuarios al mes de junio del año 2022. Se enmarca muy próximo al millón de usuarios que gozan de la asistencia por medio de la universalidad de la salud que se consagró en el año 2007 con el SNIS.

El número de usuarios con un vínculo por fuera del FONASA en los últimos 10 años no presenta un valor relevante, se mantuvo sin grandes variables. En su mayoría, hace referencia a la población en la franja etaria entre los 20 y 64 años, sujetos en edad activa para el mercado laboral pero que carecen de un vínculo formal.

Se evidencia un núcleo persistente de usuarios que perduran en la última década y reflejan la franja etaria en edad activa, la cual no accede al mercado laboral formal y por lo tanto, se ve privada de los beneficios que otorga el sistema de protección. Hay una carencia producto de estar por fuera de la seguridad social que ofrece el mercado laboral formal, afectando al adulto y su familia a la vez, que también carece de los beneficios que genera el sistema de protección por medio del empleo.

Un número significativo para la red asistencial que se vincula a través de la universalización del derecho a la salud, y registra una situación de vulnerabilidad social debido al hecho de no contar con un empleo formal y todos los beneficios que trae consigo la actividad formal para la familia.

En este sentido, el trabajo social perdura en el sector salud con mayor relevancia y nuevos desafíos, integrando espacios estratégicos compartidos con otros saberes y a la vez, con protagonismo. Con características sólidas y propias de una profesión en base a la teoría de Freidson (1978).

De esta forma, la institución y el equipo de salud reconoce la exclusividad de la tarea que lleva a cabo, debido a que hay acciones y labores que le corresponde únicamente al trabajo social, producto de la trayectoria y solvencia que adquirió la profesión desde sus principios. En el cual otros actores no pueden cumplir la misma función, por ejemplo el abordaje y trabajo con el Poder Judicial y las instituciones que se encuentran en territorio, son exclusivas de la profesión. En estas instancias, hay que tomar decisiones concretas y muchas veces de forma rápida debido al riesgo de vida que atraviesa el usuario, el trabajo social tiene la potestad de decidir y llevar a cabo, tiene la autonomía para ejecutar. Y la capacidad de controlar su propio trabajo en lo que refiere a estrategias de intervención.

Sin embargo, se observa que el equipo de salud cuestiona y pone en tela de juicio la toma de decisiones de la profesión, se reconoce la exclusividad pero debe resistir al momento que interpelan la estrategia, por lo tanto, hay que fundamentar constantemente las decisiones tomadas. Acontecimiento que debilita y hace tambalear la autonomía de la profesión, controla su propia tarea pero está en una especie de lupa constante. A lo cual F.M (2022) reflexiona:

*se cuenta con la opinión de trabajo social para altas y ahí yo me evaluó si es por qué las situaciones son tan complejas que el otorgar el alta involucra al médico, o sea, si es una cuestión de tener en cuenta la opinión de la disciplina de trabajo social o es una cuestión de depositar en el otro la responsabilidad.*

La toma de decisiones es interpelada y cuestionada, por lo tanto se debe fundamentar el accionar ante otros saberes, hay una autonomía que flaquea por instantes y es puesta a prueba. Sin embargo, cuando las situaciones se caracterizan por ser de alto riesgo para la integridad del usuario, en los llamados “casos sociales” el trabajo social es escuchado y solicitado con ansias por el equipo de salud. Pero, se debe al reconocimiento de la exclusividad de la tarea que lleva a cabo el trabajo social, o es la falta de interés con aquellas situaciones que el motivo de ingreso no responden a una causa biológica estrictamente, y requieren un fuerte enfoque desde la integralidad y diálogo entre saberes.



## VI. Bibliografía:

- ACOSTA, L. (1997) Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Disertación de Maestría. UFRJ, S/E.
- Amarante, Verónica y Vigorito, Andrea (2010): "Pobreza, desigualdad y programas de transferencias condicionadas. La experiencia reciente de Uruguay", en: Serna, Miguel (coordinador): Pobreza y (des)igualdad en Uruguay: una relación en debate. Montevideo, Uruguay. CLACSO, Departamento de Sociología/Facultad de Ciencias Sociales.
- Barrán, José Pedro. (2017). "La historia de la sensibilidad del Uruguay". Editorial Banda Oriental.
- Bourdieu, P. (2005) "Capital cultural, escuela y espacio social". Siglo XXI, México.
- De Martino, M; Ortega, E (2019) "Passado e presente do serviço social. Sobre as teses de precarização". En Yazbek, C., Iamamoto, M. Serviço Social na história. São Paulo Cortez Editora (188-200)
- De Souza, Maria Cecilia. (2018). "La artesanía de la investigación cualitativa". Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Duffau, Nicolas. (2019) Historia de la locura en el Uruguay (1860-1911) Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental. CSIC, UDELAR, Plural. Montevideo, Uruguay.
- FREIDSON, E. La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.
- Iamamoto, M; Carvalho, R. (1998) Relaciones sociales y trabajo social. Celats (pág. 77-129)
- Midaglia, Carmen y Antía, Florencia (2011): "El sistema de bienestar uruguayo: entre la moderación reformista liberal y la ampliación de la responsabilidad estatal en el área de la protección social", en: Idiart, Alma (Editora): Estado Benefactor y Políticas Sociales. Historia, implementación y reforma de Programas Sociales en Argentina, Chile y Uruguay. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.
- MITJAVILA, M. El saber médico y la medicalización del espacio social. Documento de Trabajo N° 33. Montevideo: UDELAR. FCS. Departamento de Sociología, 1998.
- Ortega, E, (2008) "La medicalización de la asistencia en Uruguay a principios del siglo XX". Ponencia.

- ORTEGA, E. El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo: Trilce, 2008.
- Ortega, E. (2011). “El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista”. El servicio social y los procesos de medicalización.
- PORTILLO, J; RODRÍGUEZ, J (comp). La medicalización de la sociedad. Montevideo: Nordan, 1993.
- Portillo, J. 1995. “Historia de la medicina estatal en el Uruguay (1724-1930). Revista Médica Uruguay 1995; 11:5-18.
- Rozas, M. 1998. “Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en trabajo social.” Espacio Editorial. Buenos Aires.

### Fuentes documentales:

- Centro Hospitalario Pereira Rossell, Historia.(acceso agosto 2022): <http://www.pereirarossell.gub.uy/#!/-historia/>
- IMPO (2005) Ley N° 17.930 “Presupuesto Nacional de Sueldos, Gastos e Inversiones. Ejercicio 2005-2009” (Acceso setiembre 2022): <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17930-2005>
- IMPO (2007) Ley N° 18.131 “Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) (acceso setiembre 2022) : <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18131-2007>
- IMPO (2007) Ley N° 18.211 “Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud” (acceso agosto 2022): <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- IMPO (2007) Ley N° 18.161 “Creación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como servicio descentralizado” (acceso agosto 2022): <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18161-2007>
- IMPO (2019) Ley N° 19.778 “Regulación del ejercicio de la profesión del Trabajo Social o Servicio Social” (acceso agosto 2022): <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19778-2019/11>
- International Federation of Social Workers (2019) “Nueva reglamentación de la profesión del trabajo social servicio social uruguayo” (acceso abril 2023): <https://www.ifsw.org/nueva-reglamentacion-de-la-profesion-de-trabajo-social-servicio-social-uruguayo/>
- Ministerios de Salud Pública- Creación: Creación y evolución histórica. (acceso setiembre 2022) : <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/creacion-evolucion-historica>
- Ministerio de Salud Pública, “Población afiliada a ASSE por tipo de afiliación 2012-2022” (acceso setiembre 2022): <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/poblacion-afiliada-asse-tipo-afiliacion-2012-2022>
- Real Academia Español (acceso agosto 2022): <https://dpej.rae.es/lema/autonom%C3%ADa>