



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

Monografía Licenciatura en Trabajo Social

**Una mirada a la intervención del Trabajo Social como
profesión en el Primer Nivel de Atención en Salud**

Paola Ruggiero

Tutora: Teresa Dornell

Octubre, 2023

Índice

Introducción	2
Antecedentes	4
Presentación del tema	7
Objetivos	9
Metodología	9
Marco teórico y discusión a partir del trabajo de campo	13
1. Salud y Trabajo Social. Trabajo Social y Salud	13
1.1. Un poco de historia sobre el origen de la profesión.....	13
1.2. Concepto de salud en el Primer Nivel de Atención con una mirada interdisciplinaria	20
1.2.1. Niveles de atención en salud	22
2. El campo de la salud y el Trabajo Social	26
2.1. Tiempos de cambios...	28
2.2. ¿Que son los Equipo de salud?	31
2.3. ¿Qué se entiende por Interdisciplina?	34
3. Trabajo social y trabajo interdisciplinario	36
3.1. Trabajo Social y equipos interdisciplinarios en salud.....	37
4. Los discursos de los Trabajadores Sociales en el Primer Nivel de Atención en Salud de Asse.....	39
4.1. Sus discursos... con una mirada hacia el trabajo interdisciplinario	44
Reflexiones Finales	49
Referencias bibliográficas	51
Fuentes Documentales	53

Introducción

El presente trabajo corresponde a la monografía de grado de la Licenciatura de Trabajo Social, perteneciente al Departamento de Trabajo Social (DTS) de la Facultad de Ciencias Sociales (FSC) de la Universidad de la República, Uruguay (Udelar).

El tema elegido pretende dar una mirada a la intervención del Trabajo Social como profesión en el Primer Nivel de Atención en Salud y la importancia del abordaje Interdisciplinario en este ámbito de acción profesional. Este tema se focaliza en develar la intervención como las acciones que realiza el profesional dentro del equipo de salud poniendo énfasis en el abordaje interdisciplinario.

El Trabajo Social ha estado involucrado en el campo de la Salud desde sus orígenes, provocando controversias a través de los años, pudiendo así ganar un espacio Profesional como el que tiene en la actualidad. A partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se ha evidenciado un cambio notorio en la atención de salud de los uruguayos involucrando desde su inicio al Trabajo Social en sus programas y en el proceso de concreción de los mismos.

Por ello Bentura (2011) expresa; “Creemos que la profesión ha ido conquistando en el campo de la salud espacios de autonomía profesional relevantes que le permiten tener hoy un mejor posicionamiento en el sector”. (p.87)

El trabajo que se presenta, se organiza en dos grandes momentos; el primero de ellos refiere a la presentación de los antecedentes relacionados con la temática, una breve reseña de las investigaciones realizadas en los últimos cinco años sobre la Intervención del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en Salud de Administración de Salud del Estado (ASSE), obteniendo así un acercamiento más específico al tema. Seguidamente se expone la presentación y justificación del tema elegido revelando así las interrogantes que guían la temática, además se plantea el objetivo general como los objetivos específicos. Este capítulo culmina con la metodología utilizada y criterio de selección de la muestra.

El segundo momento se subdivide en cuatro partes en la que se presenta el marco teórico pertinente que posibilita comprender más a fondo la temática así como la presentación del trabajo de campo y sus discusiones. Culminando con las reflexiones y referencias bibliográficas.

Antecedentes

A continuación se presenta una breve descripción de distintas monografías de grado que se aproximan al tema central de estudio. Para ello, se seleccionaron trabajos presentados en los últimos cinco años, desde 2017 al 2022, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar en Montevideo Uruguay, referido al abordaje de la Intervención Profesional de Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en Salud de ASSE.

Ellas son:

1.-La monografía de Ana Laura Daverede (2018) titulada: El Sistema Integrado de Salud y las demandas del Trabajo Social: Primer Nivel de Atención e intervención. En este trabajo se analizan las demandas y la intervención del Trabajo Social en base a dos ejemplos: las demandas planteadas sobre Violencia Doméstica y en los casos de uso Problemático de Drogas, evidenciándose que los cambios en la sociedad se han ido complejizando donde hubo que dar respuestas con profesionales capacitados para atender a estas demandas, en el campo de violencia domestica y en el campo del uso prolongado de droga se generaron nuevos espacios de intervención en base a la reforma e implementación del SNIS.

2.- Micaela Leivas Benítez (2021) con su trabajo: Determinantes Sociales de la Salud, abordaje desde el Trabajo Social en policlínicas de Primer Nivel de Atención, en ella se explora y describe sobre los determinantes sociales y como impactan en el Primer Nivel de Atención desde el abordaje del Trabajo Social. El presente trabajo se basa en un análisis bibliográfico, abordando la temática desde la óptica de diferentes autores. La autora nos menciona en su trabajo que a partir del SNIS, el rol del Trabajador Social se ha fortalecido en el Primer Nivel de Atención con el objetivo a subsanar los determinantes sociales que hacen obstaculizar la salud de forma integral.

3.- La monografía presentada por Florencia Cochubey (2021) sobre: Estrategias de intervención del profesional en Trabajo Social ante situaciones de Violencia de género en el Primer Nivel de Atención, se centró en describir el accionar del Trabajo Social ante las situaciones de violencia de género, los obstáculos que se le presenta

y cuáles son los programas que más se relacionan para dar respuesta a la problemática. Es una investigación de corte cualitativa, la metodología empleada es la búsqueda bibliográfica y la realización de entrevistas a trabajadores sociales de la Red de Atención Primaria en Salud.

4.- Emilia Alberro Acevedo (2022) en su monografía: El Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención en la Administración de Servicios de Salud del Estado en el departamento de Florida, se enfoca en indagar si el Sistema Nacional Integrado de Salud tuvo impacto en las demandas del Trabajo Social en el Primer Nivel de Atención de ASSE en Florida. Su propósito es conocer a través de los discursos de los trabajadores sociales sus roles en el centro de salud y su inserción en los diferentes programas de salud, particularmente en la atención primaria. Otro aspecto que describe en su monografía es como los trabajadores sociales vivencian el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud. Este trabajo emplea la metodología de corte cualitativo y la técnica seleccionada es la entrevista semi estructurada.

A través de su estudio da cuenta que la participación de dos trabajadoras sociales del departamento de Florida que están trabajando en los programas de salud que abarcan desde primera infancia hasta vejez, evidencian que es complejo sobrellevar las múltiples demandas para la que son convocadas y buscar alternativas asistenciales, por lo tanto no se llega a un seguimiento de las misma, también que las demandas han aumentado y son pocos técnicos para todo el departamento, por ende no se puede lograr espacios de cambio e intervenciones a largo plazo. En cuanto al trabajo interdisciplinario se concluyó que es casi nulo, se atiende las demandas de forma focalizada.

5.-La monografía de Solmayra Caballero (2022): Reflexiones sobre el discurso de los Trabajadores Sociales acerca de las redes comunitarias en el Primer Nivel de Atención en Salud, analiza el cambio en el Sistema de Salud en el año 2005 y si tiene algún impacto en el uso de redes comunitarias en el Primer Nivel de Salud. Su trabajo es de corte cualitativo, con revisión de artículos y marco teórico que servirá de insumo para el análisis sobre los discursos de los trabajadores sociales.

A partir del análisis a los discursos, nos revela que desde la reforma de salud en el año 2005 se fortalece la participación social y el trabajo en redes en centros de salud. Evidencia que la consolidación de redes comunitarias reforzaría la identidad de los miembros de la sociedad y también lograría una mayor integración social.

Presentación del tema

En este apartado se expondrá la elección del tema donde van surgiendo algunas de las preguntas que guían el trabajo, seguido de ello, se desprende el objetivo general y los objetivos específicos.

El tema elegido pretende dar una mirada a la intervención del Trabajo Social como profesión en el Primer Nivel de Atención de Salud en ASSE y la importancia del abordaje Interdisciplinario.

La motivación del tema escogido es que durante mucho tiempo fui parte del equipo de salud en el Hospital Pereira Rossell desempeñándome como enfermera en el Primer Nivel de Atención. Esto me permitió visualizar las distintas demandas planteadas por los usuarios, diversas problemáticas que iban desde violencia intrafamiliar, condiciones materiales precarias de la vivienda, así como el dificultoso acceso a los servicios de salud ya que muchas familias vivían en Zonas Rurales alejadas de las policlínicas, ocasionando la captación tardía de la enfermedad de niño/a. Estas situaciones impedían que las familias recibieran una adecuada prevención.

Por tal motivo la presencia del Trabajo Social se hace de suma relevancia en el área de la salud, Anguiano define al Trabajo Social como:

El Trabajo Social es una disciplina (tecnología-técnica-ciencia de lo social) de las Ciencias Sociales, con visión de equidad y justicia, cuyo profesional interviene en diferentes áreas (salud, justicia, educación, servicios, etc.) con metodologías participativas, organizando y facilitando procesos: socio-educativos y de desarrollo; formando equipo (técnico) con el sujeto, grupo o comunidad: en la mejora continua, en aras de su desarrollo. (Anguiano, 2005, et al., citado en Anguiano, 2008, p. 90)

Como complemento a lo expuesto anteriormente se destaca que la implementación del SNIS, en el año 2007 se proclama la ley 18.211 publicada en el diario oficial el 13 de diciembre de mismo año, plantea un cambio en la forma de abordar la salud, haciendo hincapié en la prevención y promoción en salud, tratar al individuo de

forma integral, desarticulando la visión síntoma/enfermedad, centrar el foco en el individuo desde una perspectiva bio-psico-social.

El Primer Nivel de Atención es la entrada principal para brindar información, apoyo y contención, donde el trabajo en conjunto con otras disciplinas de forma interdisciplinaria es central y no exclusivamente desde el saber médico. La ley 18.211 literal A focaliza “La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.”

La Organización Panamericana de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de la Salud (OPS) afirman que:

La Atención Primaria en Salud es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedad hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.
(OPS/OMS, 2021)

A partir de la implementación de la ley 18.211 del SNIS la promoción y prevención son pilares fundamentales con una característica que atraviesa a la misma, el trabajo interdisciplinario.

Como consecuencia de lo planteado anteriormente surgen algunas interrogantes a develar:

¿Cómo perciben la intervención profesional las Trabajadoras Sociales que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención en Salud de ASSE?

¿A partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud ha cambiado la intervención del Trabajador Social?

¿En la práctica profesional se incluye al Trabajador Social a trabajar en forma interdisciplinaria como lo promulga la Ley 18.211?

Por consiguiente, a partir de las interrogantes planteadas se desprenden estos objetivos:

Objetivo general:

Conocer desde la mirada del Trabajo Social su intervención en el Primer Nivel de Atención en Salud de ASSE.

Como **objetivos específicos** se plantean:

1. Explorar las percepciones que tienen las Trabajadoras Sociales en relación a su intervención en el Primer Nivel de Atención en Salud de ASSE.
2. Indagar sobre las prácticas interdisciplinarias en el Primer Nivel de Atención en Salud desde la perspectiva de las Trabajadoras Sociales.

Metodología

La metodología utilizada para la elaboración del presente trabajo será un diseño de corte cualitativo, partiendo de una selección de autores que aborden la temática, análisis y recopilación de datos que ayuden a la construcción del tema,

...el investigador comienza el proceso examinando los hechos en sí, y revisando los estudios previos, ambas acciones de manera simultánea, a fin de generar una teoría que sea consistente con lo que está observando que ocurre. La ruta se va descubriendo o construyendo de acuerdo al contexto y los eventos que ocurren conforme se desarrolla al estudio. La inmersión inicial en el campo implica sensibilizarse con el ambiente o entorno en el cual se llevará a cabo el estudio, identificar informantes que aporten datos y guíen al investigador por el lugar, adentrarse y compenetrarse con la situación de investigación, además de verificar la factibilidad del estudio. (Hernández, 2018, p. 8)

¿Porque se toma el diseño cualitativo para la realización de este trabajo? Para Marsahall y Rossman:

... la investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y está asentada en la experiencia de las personas. Es una amplia aproximación al estudio de fenómenos sociales, sus varios géneros son naturalistas e interpretativos y recurre a múltiples métodos de investigación. De tal forma el proceso de investigación cualitativa supone, a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio, b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos, y c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras de las personas y su comportamientos observable como dato primarios. (Marsahall y Rossman, 1992, citado en Vasilachis, 2014, p.26)

Es a través de las voces, las experiencias, las subjetividades que nos vamos aproximar a la realidad de los entrevistadas, los relatos de las Trabajadoras Sociales nos va a permitir acercarnos a como perciben la práctica profesional desde su lugar de trabajo en el Primer Nivel de Atención en Salud.

...se interesa en especial, por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por las perspectivas de los participantes por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia por sus conocimientos, por sus relatos. (Vasilachis 2014, p.28-29)

En cuanto al rol del investigadora, son los que toman los relatos de vida, se dan procesos de comunicación y expresión emotivos, en ocasiones se generan procesos de transferencia, es aquí donde debemos realizar una ruptura, tratando de priorizar un enfoque objetivo, no involucrarse de forma personal, así también, dejar de lado pre nociones y prejuicios que pueden empañar la investigación.

Para Strauss y Corbin:

...la investigadora y el investigador cualitativos deber dar un paso atrás, analizar críticamente la situación, reconocer y evitar sesgos para obtener datos válidos y confiables y, asimismo, deben alcanzar el pensamiento abstracto. Para lograr estos objetivos quien investiga ha de tener sensibilidad social y teórica, mantener distancia analítica y, al mismo tiempo, recurrir a su

experiencia y conocimiento teórico. Debe contar, además, con un astuto poder de observación y con capacidad interactiva. (Strauss y Corbin, 1990, citado en Vasilachis, 2014, p.35)

Desde este enfoque cualitativo y como herramienta central para la recolección de información sobre el tema mencionado, la técnica que se utilizará es la entrevista semiestructurada desde la perspectiva de libertad de ambas partes involucradas entrevistado- entrevistador, donde la entrevistada se sienta cómoda y pueda confiar en la entrevistadora.

Según Corbetta (2007) en este tipo de entrevista el entrevistador puede organizarse con total libertad en cuanto a cómo iniciar el cuestionario, comenzar el mismo por donde sea conveniente y pedir al entrevistado que le aclare algo que no entienda y si desea profundizar sobre determinados temas. “Esta forma de realizar la entrevista concede amplia libertad tanto al entrevistado como al entrevistador, y garantiza al mismo tiempo que se van a discutir todos los temas relevantes y se va a recopilar toda la información necesaria”. (p.353)

En cuanto a la muestra seleccionada que nos va a brindar los insumos necesarios para el trabajo, Hernández (2018) nos plantea que:

Deben situarse de manera concreta por sus características de contenido, lugar y tiempo, así como de accesibilidad. De nada te sirve plantear un estudio si no es posible que tengas acceso a los casos de interés. Es importante perfilar con exactitud los criterios de inclusión y exclusión de la muestra. (p.99)

A partir de este planteo los criterios de selección de la muestra son los siguientes; Trabajadoras Sociales que desarrollen sus funciones en el Primer Nivel de Atención, otro criterio a tener en cuenta, Trabajadoras Sociales que estén ejerciendo su profesión en Centro de Salud y Policlínicas que dependan de ASSE en Montevideo y seleccionar una Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo para contrarrestar datos y aportar otra mirada que sume a la discusión.

Para realizar las entrevistas se seleccionaron cuatro servicios de atención en salud que fueron: Policlínica Artigas, Centro de Salud Badano Repetto, Centro de Salud Sayago y Policlínica La Paloma.

Marco teórico y discusión a partir del trabajo de campo

1. Salud y Trabajo Social. Trabajo Social y Salud

La Salud está ligada fuertemente a la génesis de la profesión, en este capítulo se analizará la estrecha relación que existe entre la salud y el origen de la profesión. También se explorarán los avances históricos de la carrera, así como las limitaciones y desafíos que le han surgido a lo largo de los años. Estas dificultades nos han llevado a cuestionar la profesión de manera crítica y reflexiva en la actualidad.

1.1. Un poco de historia sobre el origen de la profesión

En cuanto a los orígenes del Trabajo Social, Bentura (2011,) nos describe que hay dos perspectivas, la que Montaña (2000) denominó “endogenista” y la perspectiva “historia crítica”.

Desde una mirada “endogenista” se sostiene que el origen del Servicio Social se encuentra en la evolución, organización y profesionalización de las primeras formas de ayuda, de la caridad y filantropía, vinculándose en estos momentos a la intervención en la cuestión social. La ayuda social sería entendida como una capacidad humana universal. (p.39)

En cuanto a la perspectiva histórico crítica la autora citando a Montaña nos plantea que el surgimiento de nuestra profesión entendida como:

...un subproducto de la síntesis de los proyectos políticos económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas de la “cuestión social”. Se define de esta manera al servicio social como un subproducto histórico como un tipo de especialización del trabajo colectivo en la división social del trabajo en la sociedad contemporánea. (p. 40)

Si bien muchos autores aseguran que el inicio del Servicio Social estuvo ligado a la caridad y el catolicismo, otras posturas creen que fue producto de las

determinaciones económicas, políticas, sociales y la presencia de un Estado interventor, donde emerge la necesidad de crear ciertas profesiones para que diferentes actores calificados puedan ejecutar intervenciones.

Desde esta postura se van a exponer los distintos cambios que tuvo el Trabajo Social a lo largo de su historia, ya que está fuertemente ligado al temprano proceso de modernización donde incide la economía capitalista, mercados internacionales, movimientos sociales reclamando sus derechos, ideologías y discursos dominantes que bajo ciertas consignas lograron disciplinar las clases populares.

A finales del siglo XIX principios del XX vinculado con el primer gobierno Batllisa, surge el proceso de medicalización.

Entre el 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico; el nivel de la 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, cambio en la 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. (Barrán, 1993, p. 152)

Es aquí donde el médico toma tal relevancia y poder, conquistando con pautas de conductas la vida social de las personas, el conocimiento, el método y los resultados era lo único válido, apoyándose fuertemente en la corriente positivista, surgiendo así la clase médica. “El que el positivismo tenga su base orgánico, ubica al médico como “portador la ciencia” y sienta las raíces para que la medicina extienda su campo de acción más allá de lo clínico”. (Bentura, 2011, p. 46)

Esté método surge como forma de romper con creencias y practicas realizadas a la cura de la enfermedad, Barrán (1993) expone que los temas de enfermedad se resolvían en el hogar, con “remedios caseros” realizadas por abuelas, madres y mujeres del hogar, donde la muerte se esperaba en el hogar con la supervisión del sacerdote. “Todos, en realidad, se creían con derecho y habilidades para curar”. (p.151)

El proceso de secularización de la sociedad es un espacio donde el médico fue ganando poder, Acosta (1997) manifiesta que el médico era subordinado y subalterno a la religión, donde las instituciones hospitalarias las manejaban y administraban las hermanas de caridad, ellas ejercían el poder de cuidar, desplazando al médico.

Una sucesión de cambios acumulativos generará que en 1905 los libres anticlericales, (“librepensadores” como se decían), obtuvieran la mayoría de esta comisión y designaran al médico José Scorseria como director. Este imprimió un carácter moderno y científico a su gestión, lo que según Barrán quiere decir una dirección médica y anticlerical. (p.15)

Para Barrán, (1993):

El poder médico fue el primero de los poderes tecnocráticos, pues baso sus conquistas, precisamente, es su identificación con la racionalidad y el profesionalismo, valores que aquella cultura burguesa y científica convirtió en absolutos. Los médicos también conquistaron un lugar destacado en el imaginario social y en la sociedad real uruguaya. (p.167)

El médico pasa a tener un papel relevante ya que a través de su discurso educa y direcciona los comportamientos de las personas, la vida social, sexual, higiene, vivienda, disciplinar los cuerpos, controlar lo desviado, controlar la masa, desarrollando un proyecto político de las clases conservadoras camuflado de buenas conductas para la salud, vigilar y controlar las clases populares estimadas como peligrosas por su estilo de vida.

El sacerdote fue sustituido por el médico; Los médicos describieron al médico como santo, sacerdote, héroe, general victorioso, filántropo, patriarca, reformador y pedagogo, con las virtudes del desdén hacia el dinero del noble, la abnegación del cristiano, la sabiduría del científico y el buen sentido del burgués. (p. 168)

Bentura (2011) nos plantea que, la medicina se constituye como un conjunto de prácticas discursivas que no solamente produce conocimiento sino también que es un instrumento de dominación.

A partir de 1900 la sociedad uruguaya convirtió a la salud en un valor supremo. De él derivó un poder opaco pero absoluto, el del médico y un sometimiento inconfesado pero total, el del paciente. Esta novedad cultural definió a la modernidad tanto como, en otro plano, la libertad política y la lucha por el igualitarismo social. El disciplinamiento de las pulsiones y el de las muchedumbres. (Barrán, 1992, citado en Bentura, p.49)

Bentura (2011) describe que en el Uruguay a inicios del siglo XX hubieron dos enfermedades como la sífilis y la tuberculosis que son consideradas peligrosas con una elevada tasa de mortalidad, es aquí donde el médico con sus discursos y prácticas se vuelve controlador y disciplinador hacia las clases pobres que justamente se estaban proletarizando, para ello fue necesario la incorporación de otras disciplinas que ayudaran a educar y disciplinar a esta población.

En ese período los campos de la educación y la salud compartían un lugar preponderante como vías de disciplinamiento de la población. En ellos se fue creando un ámbito propicio para el surgimiento de profesionales que, como el Servicio Social, eran consideradas fundamentalmente como un nexo entre las instituciones educativas o médicas y las familias especialmente los pobres. (Ortega, 2005, p.12)

La medicalización aparece como una función normalizadora una ruptura con la anomia, a través de la educación se introducen pautas de cuidado del cuerpo extendiendo estas a la vida social permitiendo así el disciplinamiento de los cuerpos y un orden social:

Las características de este proceso tendrían relación con la manera como se construyen las formas del higienismo en esta etapa así como el Estado se fue apropiando de espacios que anteriormente eran ocupados por los otros agentes, asociados con aquellos propios de las organizaciones de caridad y filantropía. (Ortega, 2005, p.13)

El Estado dispuso medidas, que eran Inspeccionadas, es aquí que aparece la figura del Inspector, mediante un otorgamiento de subsidios se corregía conductas de los sectores más pobres. “Aquí a través de la pensión o subsidios se presionaba para

conseguir cambios en las pautas de los comportamientos de las camadas pobres”. (Acosta, 1997, p. 18)

Según Barrán (1993) entre 1925 y 1930 se crea el cuerpo de visitadoras sociales,

...para emprender las modernas luchas profilácticas, (que concurrían) a los hogares de vigilar el cumplimiento de las mediadas higiénicas más elementales (y levantar) la ficha social, tan necesaria y tan importante como la ficha médica, contando las deficiencias en materia de vivienda, despistando los contagios, estudiando los factores de miseria y las condiciones de trabajo. (Ellas serían) las encargadas de enseñar como deber hacerse de modo razonado y apropiado. (Acosta, 1998, p.11)

Con la expansión del Estado Batllista, aparece la creación de Hospitales, el desarrollo de una nueva actitud médica que dejaba de tratar a los pacientes dentro de consultorios, sino que expande el cuidado al ámbito social moldeando las conductas, fue sin duda un proyecto socio-político de esa época. Es aquí donde el Trabajo Social se institucionaliza como profesión.

Ortega (2003) agrega, que el gobierno Batllista fue el que impulso a través de políticas sociales abrir espacios para la intervención de profesionales como la salud y educación, desarrollando funciones que eran ejecutadas justamente por agentes políticos de ese momento.

Si bien las primeras formas que fueron asociadas al Servicio Social correspondieron a las instituciones de la caridad y la beneficencia, rápidamente el Estado, anticipándose o no, con su gestión a las demandas sociales tuvo un papel central en el armado de una sociedad 'hiperintegrada'. En ese complejo proceso no sólo de instauración de políticas sociales fuertes sino además de ampliación de los procesos de medicalización de la sociedad, es que comienza a gestarse un proceso de profesionalización del Servicio Social. (p. 150)

La medicalización pone en discusión los modelos controladores de conductas, estos modelos lo hacen desde una posición de ruptura, el concepto de enfermedad, mirada desde la concepción del cuerpo. Introducción de prácticas y concebir las

relaciones sociales fuertemente posicionadas a un cuerpo, trabajar sobre aquellos que tienen conductas desviadas, regular, disciplinar las conductas y desvíos como función esencial de la vida cotidiana.

En este contexto cabe subrayar la importancia que cobran las instituciones encargadas de controlar, de mantener una especie de corral para el que está afuera del orden social.

La institución se vuelve una especie de patrulla ideológica de la vida personal y social del cliente. Este control se realiza a través de entrevistas, visitas, cuestionarios, documentos, interrogatorios. Todo es investigado, “despojado de sí” mismo a los individuos y grupos, colocándolos a merced de quien controla la información sobre ellos y ejerce una influencia preponderante sobre ellos. La exclusión y la categorización institucionales se hacen en nombre de la normalización. (Faleiros, 1986, p.10)

Es a través de la misma donde se enmarca el control social, planificando estrategias de acción que van a dar como resultado el conocimiento sobre los problemas de salud de la población y tomar medidas de prevención.

La institución toma un valor preponderante, mediante la misma se van a guiar pautas de comportamiento y seguimiento, el individuo es institucionalizado con pérdida de lo social.

En lo que respecta a la formación académica en esos años, es importante destacar,

En el periodo que va desde 1927 al 1934 el Consejo de Educación Primaria le encarga a la Facultad de Medicina la formación de “Visitadoras Escolares” los cursos se realizaban en Instituto de Higiene pero sus contenidos fueron más paramédicos que pedagógicos y en consecuencia el título expedido por la Universidad era de “Visitadora Social de Higiene”. (Kruse, 1994, citado en Bentura, 2011, p.52)

En este periodo estas instituciones desempeñan un papel crucial, ordenan y organizan el conocimiento para actuar en la realidad con el propósito de incidir en la realidad, otorgando un saber y ocupando un lugar hegemónico. Esta dinámica

implica la legitimación de toma de decisiones sobre la vida del otro a través de producción de informes especializados.

Recién en 1954 se crea dentro del MSP una escuela de Servicio Social autónoma de la cual egresaron 47 asistentes sociales hasta 1960 en que se traspasa la Escuela a la órbita del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social, debido a los reclamos del Ministerio. (Bentura, 2011, p.52)

Según la línea histórica de la profesión, Bentura (2011) nos indica que, en marzo del 1967 la institución educativa pasa a la órbita del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Al año siguiente, experimentó una transformación al convertirse en un Instituto de Servicio Social abandonando su enfoque. En ese momento, los estudiantes fueron transferidos a la Escuela Universitaria de Servicios Sociales donde se otorgaba el título de Asistente Social Universitario.

Estos cambios y formas de estudiar la profesión en los años venideros, son imperativos para desvincularse con antiguos programas de estudio ligados aspectos de la medicina y control. Estos cambios son esenciales para evitar los estereotipos y clasificaciones rígidas, rupturas fundamentales que fueron cambiando los planes de estudio y han modificado la comprensión misma de la profesión.

La necesidad –que aparece de distintos reclamos- de una ruptura con las formas de pensamiento reproductivos de la realidad y al mismo tiempo lineal en su orientación. Dicha ruptura permite recrear la intervención profesional a partir del conocimiento y la comprensión de una complejidad material, social y simbólica que expresan los sujetos individuales y colectivos, respecto a sus necesidades, como la expresión singular de la cuestión social. (Rozas, 2003, p.317).

1.2. Concepto de salud en el Primer Nivel de Atención con una mirada interdisciplinaria

En esta instancia se expondrá un minucioso análisis de los conceptos de salud y cómo a lo largo del tiempo su evolución ha generado diferentes niveles de atención, formas de organización y funcionamiento. Posteriormente, se adentrará en la importancia del Primer Nivel de Atención y como se construye a partir de consideraciones teóricas.

El concepto enfermedad que plantea Villar (2012), se ha ido transformado a lo largo de la historia, en las concepciones clásicas se definía salud como un concepto negativo, la salud como ausencia de enfermedad, tratando ese problema de forma puntual, estableciendo una relación de, salud - enfermedad, enfocada en curar y no a prevenir, otorgando así todo el poder al médico. “Durante milenios el concepto de salud se asimiló simplemente a la ausencia de enfermedad; de algún modo se conceptualizó por la negativa: salud= no enfermedad”. (p.31)

De la misma forma este autor nos plantea que ese concepto de salud es:

...un enfoque esencialmente somático y una orientación curativa. La superespecialización ha fragmentado el estudio clínico del individuo y la atención médica se organiza por aparatos orgánicos o aún por órganos, perdiendo la visión integral del individuo como un sistema biológico y social, como un ser con cuerpo y psiquis, que actúa siempre en un medio natural y social que lo condiciona en su desarrollo y con el que mantiene continuas y necesarias interrelaciones. (2003, p. 25)

Esta concepción de salud y atención médica a los usuarios dominó nuestro país hasta la llegada de Organismos Internacionales que generaron nuevas corrientes dando lugar a una mirada integral y humana de la salud.

En 1946 la OMS define Salud como: “La salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Si bien esta concepción de salud por la OMS es considerada una definición positiva para muchos ya que engloba otros aspectos del individuo, rompiendo con el binomio

salud/ enfermedad, otros autores calificados y críticos discrepan con el término “completo bienestar” ya que puede variar dependiendo del contexto socio-económico y político de cada país.

Así mismo, Villar (2012,) incluye otras categorías al concepto de salud, una de ellas es concebir al individuo como sistema donde establece dos tipos de relaciones: Interrelaciones con el ambiente o medio natural:

El medio influye sobre el individuo; las características geográficas, la presión atmosférica, la temperatura, la humedad el grado de contaminación ambiental, los demás seres vivos representados por la fauna y la flora de cada lugar, influyen sobre diversos aspectos del funcionamiento de los diferentes sistemas del cuerpo humano así como desde el punto de vista psicológico, condicionando su estado de ánimo, su comportamiento y sus reacciones ante los diferentes estímulos del medio físico. A su vez, los individuos influyen sobre el medio al que modifican o transforman a través de su funcionamiento orgánico y de su actividad vital. (p.33)

La segunda interrelación con el ambiente social:

El individuo recibe influencia de la sociedad y de los grupos sociales a los que pertenece: familia, grupos laborales, educacionales, recreativos, sociales y sociedad en su conjunto y a su vez influye sobre ellos a través de su propia actividad. Todas las relaciones que se establecen entre los individuos sean políticas, económicas, culturales, filosóficas y psicológicas, repercuten de alguna manera sobre cada persona y están a su vez determinada por las conductas de las propias personas. (p. 33)

Abordar a la salud desde la integridad es tomar en cuenta aspectos del ser humano que hacen su desarrollo vital, el enfoque bio-psico-social permite también una mayor implicancia de lo social y comunitario.

La Declaración de Alma Atta en el año 1978 llevada a cabo por la OMS y UNICEF, en la misma reafirma el concepto de salud e incorpora otros de tal reverencia que repercuten en la actualidad, se retoma el derecho a la salud propuesto por la OMS en 1946, salud como un derecho humano fundamental, donde cada gobierno

debería garantizar dicho acceso de forma igualitaria para todas las personas. “Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”. (Artículo V)

Uno de los puntos a destacar de la declaración de Alma Atta, considera a la Atención Primaria de Salud como la impulsora para garantizar el desarrollo y mejorar la calidad de vida de las personas:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. (Conferencia de Alma Ata, 1978)

1.2.1. Niveles de atención en salud

En el ámbito de la salud existen niveles de atención que se organizan según el grado de complejidad, cada uno tiene su lógica de trabajo y varía según el nivel de atención, entre los niveles de atención debe existir una buena comunicación y resolución desde el primer nivel hasta el resto de los niveles.

Vignolo (2011) define los niveles de atención en salud como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel 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 básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. (p.12)

A su vez, Villar (2003) plantea que el Primer Nivel de Atención es el de menor grado de complejidad:

La característica fundamental de este nivel de atención, es la que se puede desarrollar con recursos materiales sencillos, tanto en cuando a edificio y equipamiento como en cuando a materiales de consumo. La atención primaria en salud juega un papel muy importante dentro del Sistema porque si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, en él se pueden resolver el 80% de los problemas de salud de la población. Es en este nivel donde se dan las condiciones más favorables para la aplicación práctica del concepto de atención personalizada, humanizada y de calidad; y para desarrollar tareas de educación para la salud, desarrollo de hábitos higiénicos de vida, control de riesgos físicos, químicos y biológicos y actividades de investigación. (p. 56-57)

El autor destaca la importancia de los recursos humanos y la capacitación constante del personal profesional, médicos, enfermeros, nutricionista, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos y su especialización en atención integral a la salud.

En el segundo nivel de atención Villar (2003) nos plantea que está integrado por los consultorios de especialidades, ubicados dentro de los hospitales, psiquiatría, ginecología, entre otros.

En nuestro país este nivel estaría integrado por los hospitales departamentales y zonales del Ministerio de Salud Pública, los centros hospitalarios de Sanidad Militar y Policial, de Entes Autónomos, y por la mayoría de los hospitales dependientes de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.(p.60)

Vignolo (2011) plantea que el tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En este nivel podemos incluir como ejemplo al Hospital de Clínicas “Dr Manuel Quíntela” de la Universidad de la República, Hospital Maciel y Pasteur. (p.12)

La Atención primaria de la salud es el contacto inicial, aquí es donde se pone en práctica actividades de promoción, prevención, educación, seguimiento y rehabilitación, posibilitando un campo de comunicación y conocimiento del individuo, generando desarrollo de sus capacidades, que sean autores de su cuidado y responsabilidad personal y así comprender medidas preventivas de salud.

La atención en el primer nivel juega un papel muy importante dentro del Sistema, porque si está bien organizado y cuenta con los recursos necesarios, en el se pueden resolver no menos del 80% de los problemas de salud de la población. (Villar, 2012, p. 119)

Del mismo modo Villar menciona que:

La atención en este nivel, debe estar orientada hacia los principales y más frecuentes problemas de la salud de la población. Es este el nivel donde se dan las condiciones más favorables para la aplicación práctica del concepto de atención personalizada, humanizada y de calidad; y para desarrollar tareas de educación para la salud, desarrollo de hábitos higiénicos de vida, control de riesgos físicos, químicos y biológicos y actividades de investigación. (p. 120)

Otro aporte relevante en cuanto Atención Primaria en Salud es la de la OPS:

La APS es un enfoque y una estrategia viable y práctica para la salud y el bienestar, para el desarrollo humano y social por su centralidad en las personas, familias y las comunidades. No es solo el primer nivel de atención, ni tampoco la entrega de un paquete limitado de servicios para poblaciones carenciadas. La APS exige un acceso universal a servicios de salud integrales y de calidad, no solo curativo sino también vinculado a la promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos. Las experiencias

abordan los determinantes sociales de la salud que inciden en este amplio abanico de atención integral. (OPS, 2019)

Este nivel permite brindar herramientas para fortalecer conductas saludables, tomar conciencia sobre la salud, calidad de vida como elemento objetivo y subjetivo, es la representación de la inclusión, habilita a las personas a participar creando así una salud colectiva.

El objeto de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud no debe limitarse al individuo; es necesario dirigirlas también hacia grupos de población y hacia la comunidad en la que se actúa. Para ello resulta primordial el trabajo coordinado con redes sociales, agentes de la comunidad y otros profesionales implicados en la mejora de la salud individual y colectiva. (Zurro-Solá, 2011, p. 63)

2. El campo de la salud y el trabajo social

Codo a codo, ganando un espacio

Comenzare este capítulo con el aporte de algunas consideraciones teóricas sobre la intervención profesional en el ámbito salud, en una primera instancia se expone el concepto sobre “campo” por Bentura (2011) para denominar al área de la salud como un espacio de intervención profesional. Posteriormente se profundiza sobre la intervención del Trabajo Social dentro de la Institución de la cual depende como condición de asalariado y la intervención profesional dentro del equipo de salud.

Considera a los campos como:

“universos sociales relativamente autónomos” en los cuales se desarrollan los conflictos específicos entre los agentes, es una red de relaciones objetivas entre posiciones que se definen por la forma en que, la situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes formas de poder (capital), generan determinaciones a los agentes que la ocupan. Es por tanto un espacio en donde las posiciones de los agentes se encuentran fijadas a priori y es allí donde se da una lucha en torno a intereses que son específicas de esa área (campo) en cuestión. (Ortiz, 1994, citado en Bentura, p.23)

El concepto de campo, Bentura (2011) lo define:

El campo de la salud tiene una configuración de luchas de poder específicas; en cada campo de interacción, los recursos adquieren diferentes valores y diferentes formas ya que el capital es un recurso que debe ser reconocido como tal en ese campo particular desde ese punto de vista es que su naturaleza es relacional. Por eso los agentes deben trazar estrategias en ese campo de acción particular que son generadas por múltiples fuerzas. (p.36)

Según las consideraciones de ambos autores cabe destacar la importancia de que el trabajador social cuente con herramientas e instrumentos académicos teóricos-metodológicos que le permitan ganarse un lugar dentro de ese campo, un campo que desde los orígenes del Trabajo Social es ganado por el poder médico

subordinando a la profesión. En este contexto profesional, es crucial examinar la condición de trabajadores asalariados, ya que esta dinámica crea una relación de dependencia con la institución empleadora, sujeta a las reglas y normativas impuestas por dicha entidad.

Paula Faleiros (1986), describe a las normas institucionales como:

...aquellas que rotulan y encasillan los problemas,...de una necesidad abstracta del hombre, esta definición misma de la organización plantea su dinámica interna en términos de eficacia, en términos de la relación costo-beneficio...ellas mismas determinan cuales son, y la actuación profesional pasa a ser una forma de intervención en esos problemas institucionalizados en un esquema ya determinado por las normas de las instituciones. (p.36, 37)

El autor nos plantea que el profesional debe acatar las normas de la institución, "...creándose una jerarquía de subordinación y de poder de una red de controles de arriba hacia abajo". (p.37)

Este planteo subraya la necesidad del Trabajo Social de abordar las complejidades de la subordinación institución y académica que otras disciplinas creen tener un conocimiento absoluto por encima del resto, lo que requiere de una actitud crítica y reflexiva por parte de los profesionales del Trabajo Social en su labor cotidiana.

"En el campo de la salud el poder simbólico ejercido por la profesión médica es determinante ya que posee el monopolio del objeto institucional (la salud) históricamente conquistado". (Bentura, 2011, p. 57)

Lo importante es reforzar el quehacer profesional y como lidiamos con ciertas imposiciones desde el contrato de trabajo, fortalecernos como profesionales y generar espacios enriquecedores para nuestra intervención profesional.

Bentura (2011) citando a Batista asegura que:

...por un lado, la institución tiene un monopolio del objeto y los recursos institucionales, si es ella que define el significado objetivo del papel profesional y de las expectativas que existen como relación a ella, por otro lado, el modo particular, subjetivo, como el profesional elabora su situación

en la institución, estableciendo su propio orden de relevancia, es que va a dar el sentido de su trabajo. (Batista, 1995, citado en Bentura, p.55)

Trabajar con ética profesional, siendo fiel a las convicciones, respetando el entorno de trabajo y promover buenas prácticas, implica equilibrar los intereses de la institución, con los derechos y prácticas profesionales de los trabajadores.

Asimismo lamamoto nos plantea que:

...nuestra practica no está aislada, la institución no puede ser pensada como un obstáculo de nuestro trabajo, que limita nuestra acción, la institución es condición de trabajo, es nuestro reto a trabajar dentro de los limites y ahí dentro de estas condiciones reales, buscar imprimir nuestro norte en ese trabajo. (lamamoto et al., 2002, p. 100)

2.1. Tiempos de cambios...

En los últimos años nuestra sociedad ha experimentado un significativo proceso de transformación a raíz de la implementación de la ley 18.211. Previo a esta legislación, el sistema de salud en nuestro país se caracterizaba por su fragmentación y desigualdad. El acceso a los servicios sanitarios estaba estrechamente vinculado a la posición económica, generando disparidad. Además el enfoque dominante en ese momento se limitaba a una perspectiva unilateral centrada en la dicotomía salud/enfermedad.

Villar (2003) describe a ese modelo de salud como:

...la atención a la salud no está reconocida como un derecho ni siquiera desde el punto de vista constitucional; el artículo 44 de la constitución de la República expresa: El estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene pública, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como de asistirse en caso de enfermedad.

La atención a la salud no es de tipo integral; es un modelo desorganizado, sin coordinación entre los diferentes niveles, ni entre los diferentes Servicios, ni con otros sectores de la economía; es un modelo con enormes

desigualdades en los niveles de salud, según los niveles socioeconómicos; desde el punto de vista financiero es insuficiente e injusto. (p.43)

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, significó un hecho de gran relevancia para la atención en salud de los uruguayos. La Ley 18.211 fue sancionada el 21 de noviembre de 2007 y publicada en el diario oficial el 13 de diciembre de ese mismo año, el artículo 2 establece que: “Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los residentes en el país”.

Algunos de los principios y objetivos que destacaré de la Ley N° 18.211 que son pertinentes al presente trabajo: el artículo 3° expone los siguientes principios:

- La promoción de la salud con énfasis en los sectores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población. (punto A)
- La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.(punto B)
- La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud. (punto C)
- La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones. (punto D)
- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista. (punto E)
- La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios. (punto F)
- La participación social de los trabajadores y usuarios. (punto I)

Algunos de los objetivos enunciados en el artículo 4°:

- 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 promueven hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población. (punto A)

- Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos. (punto B)
- Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica. (punto F)
- Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios. (punto F)

A partir de los principios y objetivos expuestos, se orienta una política de salud integral, con participación de trabajadores y usuarios, haciendo hincapié en la prevención y promoción, apostando a una modalidad de trabajo con equipos de salud interdisciplinarios, diferentes disciplinas brindando su conocimiento, realizando intercambios desde su óptica profesional, este modelo integral bio-psico-social requiere la atención desde este enfoque. Los problemas pueden tener un origen multicausal apostando a un abordaje de forma conjunta.

Las actividades deben estar coordinadas entre los distintos profesionales en función de la organización interna del equipo y del seguimiento de las distintas prestaciones incluidas en la cartera de los servicios. Los profesionales participarán en ellas en función de su capacitación y de la obtención de la mayor eficiencia en las diferentes intervenciones a realizar, teniendo en claro que el trabajo del equipo es misión y responsabilidad compartida por todos. (Zurro-Solá, 2011, p.63)

Con respecto al trabajo interdisciplinario el Artículo 36 de la Ley 18.211 expone que:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en

contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructuras y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

2.2. ¿Que son los Equipo de salud?

Para plasmar las acciones de atención en salud y llevar adelante estrategias de acción en promoción y prevención es fundamental la solidez del Equipo de salud.

Sarria (1976) nos define Equipo de salud, exponiendo que los problemas sociales deben ser abordados de forma interdisciplinaria a través de los equipos de salud:

...un Equipo de salud es un sistema porque posee un conjunto interactuante de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo según la estructura resultante de su dinámica, y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucradas. (p.124)

Sarria sostiene que no se resuelven las problemáticas planteadas en el sector salud desde la singularidad del Trabajo Social, tiene que insertarse de tal manera que fusione con el equipo de salud, generando un código en común entre todas las disciplinas del equipo de salud.

El autor nos plantea que el Trabajo Social se inserta en el equipo de Salud como:

...el generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida; el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico y en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordadas. (p.124)

El Artículo 36 de la Ley 18.211 refiere que, para llevar a cabo el cumplimiento de acciones en la atención en salud de forma integral en nuestro país existen dos equipos de salud, esta subdivisión se llama proceso asistencial, conformado por:

Equipo de Proximidad (EP) y el Equipo de Primer Nivel (EPN), la sumatoria de ambos da como resultado el Primer Nivel de Atención (ESPNA) ...este primer contacto refiere: a la organización de recursos humanos (ESPNA) y procedimientos tecnológicos, utilizados para solucionar las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en materia de salud de una población. (División Recursos Humanos del SNIS/ MSP, 2014, p. 2).

La importancia de la organización de recursos humanos (ESPNA) es de tal relevancia en el primer nivel que debe ser un trabajo en conjunto, coordinado y brindando respuestas resolutivas a la población.

El buen desempeño de este equipo está relacionado con su habilidad de llevar a cabo su trabajo y de manejarse coordinadamente, asumiendo ciertas responsabilidades a la hora de tomar decisiones en pro del beneficio de los usuarios y de la calidad asistencial. (División Recursos Humanos del SNIS/MSP, 2014, p. 2)

El Equipo de Proximidad (EP) se define como:

...la puerta de entrada al proceso asistencial lo que implica que: (a) este deberá proveer a la población asignada la accesibilidad a los servicios de salud; (b) así como estimular a la utilización de dichos servicios cuando surja una necesidad sanitaria. (División Recursos Humanos de SNIS/MSP, 2014, p. 3)

El EP se compone de; médico de familia, auxiliar y/o licenciada en enfermería o médico general y pediatra, auxiliar y/o licenciada en enfermería. Dentro del Equipo de Proximidad se identifican tres conceptos que los hacen como tal: la accesibilidad, longitudinalidad, integralidad, definiendo a la accesibilidad como:

...la que hace posible el contacto con los servicios. La noción de accesibilidad debe ser entendida como un concepto multidimensional, referido a la ausencia de barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que impidan la utilización de los servicios de salud. (División Recursos Humanos de SNIS/MSP, 2014, p.3)

La longitudinalidad, "...propone la existencia de un seguimiento del usuario a lo largo del tiempo. De esta forma, cada EP debe ser capaz de identificar a su población y viceversa, entablando así una relación estable, estrecha y de primer contacto". (División Recursos Humanos de SNIS/MSP, 2014, p 4)

El concepto de integralidad se refiere a "... una salud sistémica e integral que se cimienta a partir del conjunto de actividades dirigidas a la persona y al medio ambiente". (División Recursos Humanos de SNIS/MSP, 2014, p 4)

El Equipo de Primer Nivel (ESPN) está conformado por:

Asistentes Sociales, Licenciados en Enfermería, Ginecólogos, Odontólogos, Psicólogos, Nutricionista, etc. Los Asistentes Sociales pueden estar en EP o en ESPN, va a depender de las características de la población de referencia. El ESPN deberá responder a las exigencias sanitarias de la población, deberá trazarse objetivos claros, desarrollar actividades propias del mismo, haciéndolo desde una perspectiva interdisciplinar y con una integración multiprofesional, con orientación individual, familiar y comunitaria, enfatizando en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. (División Recursos Humanos de SNIS/MSP, 2014, p. 8)

La modalidad de trabajo interdisciplinario pretende dar una mirada global sobre las demandas de los usuarios, trabajar en conjunto sobre temas de prevención, promoción, estimulando la participación, concientización sobre salud y estilos de vida saludables.

El objetivo de este equipo será generar un vínculo democrático, respetuoso con la población asignada, aspecto esencial en el proceso asistencial, a partir del cual se construya la confianza y se demuestre en la resolución de los problemas la profesionalidad en el acto del cuidado de la salud. Este aspecto deberá ser el soporte para la construcción de una nueva forma de trabajo de los equipos a partir de una comunicación dialógica, participativa que tenga en cuenta a las personas con sus capacidades y las potencialidades a generar en este proceso de promover salud y prevenir la enfermedad. (División Recursos Humanos SNIS/MSP, 2014, p. 8)

La presencia del Trabajo Social en cualquiera de los equipos de salud es tomada de forma transversal, puede variar en un equipo u otro, dependiendo del contexto y demandas de la población.

2.3. ¿Qué se entiende por Interdisciplina?

La Salud en la actualidad es encarada desde un enfoque integral, que considera no solo aspectos biológicos, sino también los psíquicos y sociales. Este enfoque implica la colaboración interdisciplinaria, donde diversas disciplinas trabajan de manera conjunta, este encuentro no solo nutre las profesiones involucradas, sino que también fortalece lazos emocionales entre los miembros del equipo de trabajo creando apoyo y comprensión entre los mismos.

Para Tuzzo y Dornell (2009):

La interdisciplinariedad exige que las diversas disciplinas a partir de sus saberes y experiencias acumuladas, deban constituir, componer y construir nuevos objetos de intervención (como conocimiento y acción) proyectando nuevos objetivos en cuanto trayectorias y develando mecanismos de implicancia simbólica, y paradigmática y epistémica con las personas con las cuales interactúa, como ciudadanos portadores de saberes y sujetos de derecho. (p.11)

El trabajo interdisciplinario implica trascender la disciplina, reflexión, construcción de un nuevo objeto de conocimiento con múltiples saberes fusionados, es crear espacios de comunicación y estrategias en conjunto.

Un obstáculo que puede entorpecer el enfoque interdisciplinario, radica en la presencia de profesionales que tienden a imponer su saber por encima de las otras disciplinas, donde creen tener un status superior y por ende un conocimiento absoluto, causando tensiones y fisuras dentro del equipo de trabajo.

La interdisciplina permite depurar y agudizar las facultades del pensamiento, lo cual ha sido uno de los mayores objetivos y metas del aprendizaje de las disciplinas, su interés es adquirir la capacidad para agrupar y aplicar información, con el fin de comprender, y por lo tanto de dominar

conocimientos, que en consecuencia, deben poder ayudar a pensar y hacerlo con un fin determinado. (Tuzzo y Dornell, 2009, p.11)

3. Trabajo social y trabajo interdisciplinario

Ander Egg y Follari (1988) afirman:

Nunca un trabajador social podría ser considerado “interdisciplinario” ni siquiera un grupo formado por varios trabajadores sociales; simplemente, porque sólo hay interdisciplina cuando hay portadores de las diferentes disciplinas, por ejemplo un sociólogo, un antropólogo, un psicólogo, un epistemólogo y también un trabajador social trabajando juntos. Sin cada ciencia en su máxima especificidad y nivel, no hay interdisciplina. (p.22)

Desde esta óptica el Trabajo Social realiza su acción de intervención en la realidad social para transformarla mediante conocimientos y técnicas metodológicas, su intervención conjuntamente con las demás disciplinas es una forma eficaz de abordar las necesidades de los individuos, dando lugar a un abordaje más completo y humano de la atención sanitaria. Es por eso, la importancia de la mirada interdisciplinaria, diferentes enfoques, saberes y perspectivas para gestar nuevas formas de abordaje. .

El origen del problema puede ser multicausal y para ello no se puede dar respuesta desde una sola disciplina, surge la necesidad del trabajo interdisciplinario, diseñar, planificar de forma conjunta soluciones al mismo problema, intercambiar conocimiento, reformular estrategias de intervención de forma integral.

En este sentido “A nivel de la práctica, frente a los problemas multifacéticos de la sociedad actual, lo interdisciplinario aparece como una necesidad tecnológica evidente y prometedora”. (Ander Egg y Follari, 1988, p .33)

Así mismo los autores nos plantean que:

...por la naturaleza misma del Trabajo Social, tanto los estudios y los trabajadores sociales, como las características de sus actividades tienen un carácter interdisciplinario: la experiencia de la realidad que se conforma y sobre la que actúa nunca se presenta fragmentada, sino en términos de totalidad. (p.45)

Conocer la realidad, no fragmentarla, ir delimitándola para después intervenir.

La importancia de abordar la realidad como un todo, el abordaje interdisciplinario permite delimitar y conocer desde las diferentes disciplinas, es condición necesaria el aporte y análisis de las mismas para comprender la realidad.

3.1. Trabajo Social y equipos interdisciplinarios en salud

La intervención del Trabajo Social en nuestro país en el área salud ha ganado su territorio y desde la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud ha tomado un lugar de relevancia participando en varios programas fijados por el Ministerio de Salud. Ellos son: Enfermedades no transmisibles, Salud de la niñez, Adolescencia y Juventud, Violencia Basada en Género y Generaciones, Nutrición, Control del Tabaco, Salud Sexual y Salud Reproductiva, Control del Cáncer , Adulto Mayor, Cuidados Paliativos, Discapacidad y Rehabilitación, ITS VHI-Sida, Salud Mental, Salud Bucal. (OPS, 2019)

Según Cazzaniga (2007) expresa que el Trabajo Social en salud:

... le cabe desplegar sus conocimientos teóricos a fin de expresar con claridad esa “mirada particular” que permite decir y hacer con voz propia, y desde allí dialogar con otros saberes. La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica y la intervención responsable, posicionan de otra manera y otorgan posiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir. Son las prácticas sociales diferentes las que logran remover las representaciones sociales, por lo que las prácticas profesionales fundadas y coherentes permitirán recuperar desde otro lugar a Trabajo Social en un equipo de salud. (p.109)

La autora nos plantea algunos nudos que pueden entorpecer la intervención, uno de ellos previamente mencionado, en la realidad práctica de la intervención otras profesiones, como la medicina, tiene un espacio ganado con cierto status académico provocando que nuestra intervención quede relegada.

Otro obstáculo que se presenta, es percibir al Trabajo Social únicamente como una profesión encargada a resolver problemas sociales y tareas administrativas. Como consecuencia ambos nudos obstaculizan el trabajo interdisciplinario.

En la actualidad donde nos enfrentamos a nuevas demandas, nuevas problemáticas, es importante la mirada desde lo social y más aún la apertura de todas las disciplinas para comprender mejor la realidad,

...la interdisciplina en estos nuevos escenarios no solo da cuenta de una nueva perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas y, a la vez, permite tanto la contención grupal de los profesionales como la elaboración de alternativas políticas en conjunto. (Cazzaniga, 2007, p. 108)

El Trabajador Social debe investigar y estudiar la realidad que están inmersos los individuos, conocer, delimitar, no se puede definir un objeto a priori, conocer cuáles son las determinaciones que lo atraviesan en ese contexto, para después intervenir. Los problemas que se presentan en la actualidad son de alta complejidad, intervenir pero no de forma unilateral, el desafío de trabajar desde las diferentes miradas, desde lo interdisciplinario.

4. Los discursos de los Trabajadores Sociales en el Primer Nivel de Atención en Salud de Asse.

A continuación se presentara un análisis profundo de los discursos de los Trabajadoras Sociales conjuntamente con la bibliografía pertinente sobre la intervención profesional en el Primer Nivel de Atención orientado al trabajo interdisciplinario. Para ello, se parte de la importancia de las Dimensiones que conforman a la profesión, para comprender el oficio del Trabajado Social hay que tener presentes todas las dimensiones y no excluir ninguna de ellas, constituyen el quehacer de la profesión.

En la actualidad Claramunt (2009) nos describe cuatro dimensiones del Trabajo Social:

...la dimensión investigativa del Servicio Social se expresa como un proceso sistemático, reflexivo que incorpora elementos teóricos y empíricos analizando sus interconexiones, en procura de una re construcción del objeto de intervención. Esta dimensión se constituye -en el quehacer profesional- en un proceso de movilización intelectual que apunta a problematizar aquellos procesos naturalizados, aceptados socialmente, desmitificando sus contenidos, apuntando en definitiva a desocultar las relaciones entre naturaleza, hombre y sociedad. (94)

En este sentido, la actitud investigativa, el espíritu investigativo vinculado a la búsqueda permanente de conocimiento, unido de la teoría social de nuestra formación, dar cuenta de esa organización social que nos controla, estudiar a los sujetos donde vamos a trabajar, profundizar el conocimiento de lo concreto, este conocimiento de los espacios concretos es fundamental para intervenir. Es desarrollar procedimientos, habilidades, conjunto de técnicas, poner en juego valores, cuestionar lo “normalizado” desplegar un conjunto de elementos que da jerarquía y formalidad a la actividad profesional.

En el quehacer profesional la investigación es de gran valor para aproximarnos a la problemática de la población, contar con insumos necesarios para una futura planificación, ejecución de políticas de Salud en el Primer Nivel de Atención.

La dimensión asistencial:

“...es el componente del accionar profesional que se encuentra más estrechamente asociado a la existencia y otorgamiento de servicios, prestaciones y recursos. Aquí nuestro des empeño se ubica en el desarrollo de procesos por los que se i intermedia y gestiona la vinculación entre las organizaciones que prestan dichos servicios (públicas, privadas, mixtas) y sus destinatarios. Implica la identificación de los recursos sociales existentes y su caracterización, así como el manejo de los mecanismos de acceso, para poder orientar a las personas que así lo necesiten en nuestros diferentes espacios de trabajo. A su vez, incluye todas las acciones que facilitan el acceso de las personas a los organismos prestadores y que hacen saber a éstos, las necesidades de la población”. (p.95)

Esta es una dimensión que está estrechamente ligada al Trabajo Social día a día, en las entrevistas realizadas las demandas que más se repiten en la jornada laboral es la asistencial.

Claramunt (2009) asegura que: “Esta facilitación del acceso a recursos y servicios se halla asociada a la habilitación de los derechos de los beneficiarios de los mismos en su calidad de ciudadanos, componente central de la intervención profesional”. (p.96)

En este sentido las entrevistadas expresan:

La demanda ha sido más en estos años a prestaciones de Mides, Bps porque se nota y es latente la inseguridad alimenticia que hay y la falta de recursos. (TS, Policlínica Artigas, ASSE)

Médicos me los mandan a que vengam hablar conmigo para que tramite la canasta, que no tienen vivienda. (TS, Centro Salud Capitán Tula, ASSE)

Trabajo Social es el intermediario entre las necesidades y los recursos que brindan las instituciones, esto implica un posicionamiento donde la prioridad es la situación del sujeto, como viven, sus necesidades, que desean y porque, dándole un lugar privilegiado al mismo.

Tenes que hacer todo lo que este a tu alcance para orientar al paciente. Dar respuesta a la demanda, te golpean la puerta porque necesitan una respuesta. (TS, Centro Salud Sayago, ASSE)

En la dimensión asistencial hay que destacar que un alto porcentaje de las demandas que llegan a Trabajo Social son derivadas por el médico, donde muchas veces son situaciones que no corresponden a Trabajo Social, es así que Cazzaniga (2007) agrega que el Trabajo Social en muchas ocasiones asume la imagen de "...condición de "teodólogos" que en la práctica cotidiana se transforma para los trabajadores sociales en un hacerse cargo de todo aquello que no es objeto de intervención de los demás profesionales". (p.157)

Con respecto a este punto las entrevistadas expresan que:

Los médicos donde no quieren involucrarse más en la conversación o indagar un poco más, porque a veces es la escucha y ver, escuchar, hacen el pase a la asistente social y a veces están esperando un mes y medio para venir a decirme eso. Ellos piden la tarjeta del Mides y los médicos le hacen el pase, no es un resorte nuestro eso en si el Mides son ellos que tienen la política que visitan los domicilios y evalúan si se la dan o no se la dan, los médicos hacen el pase y me lo saco de encima (TS. Centro Salud Capitán Tula, ASSE)

Si tengo que marcar algo puntual de la relación, es que a veces mandan todas las situaciones que no tienen una respuesta "médica" al área social, y ahí es explicarles nuevamente que nosotras tampoco tenemos respuesta para todo, cuesta entender que no tenemos todos los recursos y soluciones mucho menos, no existe una solución para problemas que son estructurales. (TS. Policlínica La Paloma, IMM)

De forma articulada se presenta la dimensión socio-educativa, Claramunt (2009) expresa: "Consiste básicamente en todos aquellos procesos que se desarrollan con el objetivo de incidir y transformar de algún modo las formas de pensar y de actuar de las personas con las que trabajamos". (p. 97)

En este sentido la dimensión socio-educativa trata de fortalecer los procesos de creciente de autonomía de las personas generando movimientos emancipatorios,

que se apoderen del conocimiento, que decidan con criterio propio, el conocimiento va a formar e informar en la toma de decisiones de las personas.

Las entrevistadas manifiestan que,

Lo que más se nota es el desconocimiento que tienen los usuarios, desconocen sus derechos, empoderar en los derechos y asesorar en todas las cuestiones es fundamental. (TS. Policlínica Sayago, ASSE)

A su vez se convierte en una constante en el cotidiano la presencia de situaciones de violencia basada en género, en este último caso, la demanda la mayoría de las veces suele iniciar por una prestación social, y a medida que se desarrolla entrevista van surgiendo elementos donde finalmente queda explícito la necesidad de acceder a información sobre servicios de atención especializada de violencia basada en género. (TS. Policlínica La Paloma, IMM)

Trabajar en prevención desde la consulta, en la prevención de situaciones. Si hay una situación de violencia, empiezas a trabajar en cómo cuidarte, cómo relacionarte, cómo desvincularte, entonces haces la prevención. (TS. Centro Salud Capitán Tula, ASSE)

En este sentido:

...la orientación implica la puesta en movimiento de contenidos informativos y formativos requeridos para enfrentar las necesidades existentes, conectando recursos e información con los sujetos que viven dichas necesidades. Incluye la puesta en práctica de acciones tales como: capacitación, reflexión, problematización, desnaturalización de situaciones y procesos, etcétera. (Claramunt, 2009, p 98)

Es importante destacar, el fortalecimiento de los procesos de autogestión, de qué manera construyen sus propios proyectos y contribuyen a la resolución de sus problemas, para ello no solo se requiere de soportes institucionales, programas, servicios, sino también fortaleciendo la capacidad de que ellos puedan decidir y resolver sobre su vida.

Para culminar la dimensión ético política:

Remite a la discusión (y a su efectivización en la práctica) acerca de los valores que orientan la acción profesional y que sitúan al trabajador social de manera posicionada en las relaciones de poder que están presentes en su campo de actuación. Implica la opción entre proyectos sociales diversos, así como una concepción del mundo del cambio social y del sentido de esa transformación del lugar ocupado del ser humano en las relaciones sociales, etcétera. (Claramunt, 2009, p.99)

De las entrevistas realizadas se desprende la pregunta sobre la relación con el personal médico, varias de las entrevistadas coinciden que ha mejorado mucho, que hay una nueva generación que se interesa a trabajar desde la óptica de lo social que tienen otra apertura, y destacan al médico de familia como un aliado. Manifiestan que:

Más allá que nos derivan mucha cosa, nos preguntan por situaciones, quieren saber y que aportamos, la visión, no son todos, las nuevas generaciones tienen como incorporado el respeto a otras disciplinas, pero después te digo que a lo largo de estos 25 años he pasado mucha cosa, muchas veces querían a las licenciadas en enfermería o tener injerencia sobre nuestro trabajo, han sido muchos años de ir marcando nuestro trabajo y negociar, eso va a depender de como tú te vas presentando, como vas articulando tu trabajo. (TS. Centro Salud Capitán Tula, ASSE)

No he sentido una desvaloración del Trabajo Social, prenoción que tenía incorporada antes de incorporarme a centro de salud. En general suelen valorar el área social, y realizar consultas por asesoramiento ante desconocimiento de políticas sociales y/o recursos de la zona, o confusión de los organigramas de las mismas. (TS. Policlínica La Paloma, IMM)

El médico de familia tiene una visión muy rica de lo social, no es meramente biologicista. (TS. Policlínica Artigas, ASSE)

Trabajamos muy bien con los médicos de familia, la mirada es diferente. (TS. Policlínica Sayago, ASSE)

Otro punto a destacar es que otros profesionales necesitan al Trabajadora Social ya que tiene mayor conocimiento de los recursos existentes en la zona y comunicación con otros actores territoriales.

Sin duda, me encuentro trabajando en un espacio donde son valoradas cada una de las intervenciones de quienes integramos el equipo. A su vez los aportes que puedo realizar son valorados principalmente porque soy quien tiene mayor comunicación con los actores territoriales de la zona, y porque la participación en redes y mesas hace que acceda a información de propuestas y recursos disponibles en territorio. (TS. Policlínica La Paloma, IMM)

4.1. Sus discursos... con una mirada hacia el trabajo interdisciplinario

En lo que refiere al trabajo interdisciplinario todas las entrevistadas expresan que hay un cambio positivo, que se generan espacios de intercambio y discusión. Por otro lado, subrayan el cansancio que presentan ante la derivación de las mismas situaciones por parte de otros profesionales.

Las entrevistadas ante la pregunta si cuentan con reuniones de equipo comunican que:

Se destaca que tenemos reuniones de equipo mensuales. Cuando amerita tenemos encuentros puntuales para situaciones particulares que más de un técnico se encuentra abordando. En esas instancias se hace necesario coordinar un día puntual para hacer puesta en común de lo que se viene trabajando e diseñar en conjunto las estrategias de intervención. Para las/os niñas /os usuarios de Programa Aduana y sus familias, tenemos reuniones mensuales para valorar y evaluar procesos y situaciones particulares. (TS. Policlínica La Paloma, IMM)

Las reuniones las tenemos los primeros lunes, no lo conformamos todos, esta Medicina General, Pediatría, Medicina Familiar, Enfermería, Psicología y Trabajo Social, somos los mismos caras de siempre porque es voluntario, si vemos alguna situación en particular, la tratamos de trabajar , mucha afinidad con medicina familiar entonces el intercambio siempre está. (TS. Policlínica Artigas, ASSE)

En las policlínicas periféricas el encuentro con el equipo de trabajo es posible ya que trabajan con una población de usuarios menor que en los centros de salud, esto implica que puedan cerrar la agenda para un determinado día y realizar reuniones de equipo.

Las profesionales que trabajan en estas policlínicas tanto como la de Asse y la IMM, destacan de forma positiva el abordaje interdisciplinario dando lugar al intercambio de saberes desde la óptica de cada profesión. Con respecto a la pregunta sobre el abordaje interdisciplinario, manifiestan:

Creo que es partir de que tenemos un mismo fin en común con el resto de los integrantes del equipo de salud, y es que apuntamos y priorizamos el bienestar de él/la usuaria/o. En este sentido el abordaje interdisciplinario resulta la mayoría de las veces oportuna y productiva, es una forma de retroalimentarnos entre profesionales. A su vez es aprender a convivir quizás con personas que tienen distintas miradas y perspectivas de una misma situación, pero que muestra apertura y permite el diálogo transversal para construir algo en conjunto. Es una oportunidad para incorporar nuevos conocimientos, socializar y colectivizar perspectivas y enfoques. Es una forma de trabajo que pretende cierta horizontalidad, y un abordaje más integral para las particularidades y necesidades de las personas. (TS. Policlínica La Paloma, IMM)

Si hay alguna situación en particular, la tratamos de trabajar, tenemos mucha afinidad con medicina familiar, entonces el intercambio siempre está. Con la residente de medicina familiar trabajamos codo a codo y con enfermería también. (TS. Policlínica Artigas, ASSE)

En los Centros de Salud, los encuentros se realizan pero en determinados programas que Asse implementa con el Primer Nivel de Atención, ahí los encuentros y el intercambio sobre situaciones es viable ya que trabaja un equipo conformado, por ejemplo: Programa de Violencia basada en Género y Generaciones está conformado por Psicóloga y Trabajadora Social, Programa de IVE lo conforma Ginecóloga, Psicóloga y Trabajadora Social, eso habilita que las profesionales que

trabajan a diario puedan intercambiar desde su óptica y establecer estrategias de trabajo según la situación particular.

La incorporación de más técnicos, más médicos, más profesionales hizo que el trabajo interdisciplinario se desdibujara, se hace el horario y se tiene que retirar, no hay tiempo de conversar de tal situación o de la otra. El trabajo interdisciplinario tiene que ver con los Programas implementados con el Primer Nivel de Salud, como IVE y el equipo referente de Violencia basada en Género y Generaciones, también trabajo con la licenciada en Plan Aduana en seguimiento de niños derivados del Pereira Rossell o de Pediatras. (TS. Centro de Salud. Capitán Tula, ASSE)

El apoyo y contención de otro profesional se destaca como algo fundamental, ya que hay situaciones que pueden llevar al estrés laboral, como la falta de recursos a nivel institucional, el cansancio personal producto del multitrabajo, entre otros. Con respecto a este punto refieren:

Hay mucho desgaste de trabajo porque la atención en salud desgasta mucho por la vorágine del trabajo, por la falta de recurso que no es menor, te va desgastando, si bien se puede contar con la otra persona hay veces que se hace difícil la plurivisión, la posibilidad de pensar en conjunto una misma situación.

En trabajo Social siempre se necesita la mirada del otro, para poder pensar una situación, todos los técnicos tenemos doble trabajo, a veces venimos agotados mentalmente trabajar las mismas situaciones desgasta y desgasta mucho, entonces a veces también es como retirarse y decir...con esta situación no puedo. A veces pasa eso en las reuniones de equipo, yo con esto ya no puedo, no sé cómo abordarlo, un equipo que te puedas apoyar es fundamental, al menos con medicina familiar pasa eso que tenemos una misma línea de trabajo. (TS. Policlínica Artigas)

Por otra parte se plantea como una limitante el hecho de no poder tener un seguimiento de las situaciones, llevando también a un desgaste laboral.

A veces tenemos limitaciones no podemos hacer un seguimiento, como un equipo de territorio o cercanía. Este trabajo es muy agotador, es sabio retirarse a tiempo porque la intervención tiene que ser lo más objetiva posible, y la realidad que a

veces me pasa que hay situaciones que te agotan mucho, que te enojan , no por la situación en sí, sino por la posibilidad de cambio. (TS. Policlínica Artigas, ASSE)

Otra limitante que surgió en todas las entrevistadas son las demandas derivadas por parte del personal médico que no pertenecen al quehacer del Trabajo Social, llevando a un cansancio por parte de las profesionales.

Si tengo que marcar algo puntual de la relación, es que a veces mandan todas las situaciones que no tienen una respuesta “médica” al área social, y ahí es explicarles nuevamente que nosotras tampoco tenemos respuesta para todo, cuesta entender que no tenemos todos los recursos y soluciones mucho menos, no existe una solución para problemas que son estructurales. (TS. Policlínica La Paloma. IMM)

¿Hay situaciones para abordar? Si muchas, el tema es que también la idea es utilizar los recursos con situaciones nuevas, el tema es que no podemos derivar las mismas situaciones, derivadas de años, la idea es ingresar nuevas situaciones, mejorar los objetivos de ingreso, es un trabajo de hormiga el del equipo. (TS. Policlínica Artigas, ASSE)

Los médicos donde no quieren involucrarse más en la conversación o indagar un poco más, porque a veces es la escucha y ver, escuchar, hacen el pase a la asistente social y a veces están esperando un mes y medio para venir a decirme eso. (TS. Centro de Salud. Capitán Tula, ASSE)

A modo de síntesis se puede constatar que si bien se ha avanzado de forma positiva en el campo de la salud, como lo es en el caso del abordaje interdisciplinario, aún la profesión sigue en una lucha permanente, tratando de desdibujar la imagen de resolver problemas exclusivamente asistenciales. Esta lucha cotidiana va a depender de la actitud que tenga la Trabajadora Social frente al equipo de trabajo.

La impronta del Trabajador Social es lo que va a determinar el alcance que tengas dentro del Centro de Salud. (TS. Centro de Salud Sayago, ASSE)

El cambio es cuándo empiezas a trabajar con otros, en otros equipos, cuándo empiezas a visibilizar tu trabajo, sino no queda visible, tienes que demostrar, parece que sino uno hace informes. (TS. Centro de Salud. Capitán Tula, ASSE)

En este sentido:

El trabajador Social a nuestro entender debería tener una importante formación teórica que le permita establecer las mediaciones necesarias para intervenir sobre la realidad, a partir de la comprensión del por qué y sobre que se actúa, Es necesario, entonces, pensar en formar un profesional que pueda posicionarse de manera diferente superando el lugar de subordinación y mero instrumento administrativo que muchas veces ocupa la profesión. (Bentura, 2011, p.14-15)

Reflexiones Finales

El presente trabajo pretendió dar una mirada a la intervención del Trabajo Social como profesión en el Primer Nivel de Atención en Salud de ASSE, develar la intervención como las acciones que realiza el profesional dentro del equipo de salud poniendo énfasis en el abordaje interdisciplinario.

En este último apartado se pretende reflexionar sobre los discursos de las trabajadoras sociales, se pudo evidenciar a través de las cuatro entrevistas realizadas como la profesión a ganado a lo largo de los años legitimidad y autonomía. Otro punto a destacar es el trabajo en conjunto con otros profesionales siendo vital para el quehacer profesional aportando un enriquecimiento para todo el equipo de trabajo.

Por otro lado, dar cuenta de las limitaciones que hacen a la profesión, una de ellas que viene cargando desde los orígenes de la misma, la mirada meramente asistencial del personal médico y no tener en claro las situaciones que le son derivas a la trabajadora social, donde muchas de ellas no son pertinente al quehacer del Trabajo Social, generando malestar y cansancio en las trabajadoras sociales. En este punto hay que seguir trabajando de forma gradual.

Uno de los aspectos previamente abordado sobre el espacio adquirido que hoy tiene la profesión dentro del Primer Nivel de Atención en Salud, es crucial resaltar que este avance estuvo estrechamente vinculado con la implementación de la reforma de salud puesta en marcha en el 2008, siendo su principal objetivo la universalización de la salud, apostando a una mejora en la calidad y accesibilidad de la misma, dentro de los cambios coloca y posiciona al Trabajo Social, dándole un espacio de participación en los Programas de Salud, revalorizando su intervención en los centros de salud y policlínicas tanto dentro de la institución y también a nivel comunitaria, ya que las trabajadoras sociales entrevistadas contaban con horas de trabajo dentro de la institución y horas fuera de ellas que abarcan las comunitarias.

Como resultado positivo se destaca el notable progreso sobre el trabajo en conjunto de los trabajadores sociales y el personal médico principalmente con el médico de familia, señalando que las nuevas generaciones se interesan por el aspecto social,

esto al mismo tiempo posicional al Trabajo Social en un lugar de legitimidad. Esta colaboración no solo enriquece ambas profesiones, sino que también fomenta un apoyo emocional significativo entre los miembros del equipo de trabajo.

Es evidente que se cumplieron con los objetivos planteados. Sin embargo, surge una interrogante en relación al trabajo interdisciplinario específicamente en los centros de salud. Si bien he mencionado que existen programas puntuales que se trabaja de forma conjunta, dando un espacio de intercambio y de abordar las situaciones en forma interdisciplinaria, es importante destacar que el resto de horas de trabajo dentro del centro de salud se practica un intercambio de forma multidisciplinaria, debido a que el centro de salud abarca una mayor población y cuenta con un mayor número de profesionales. Es relevante mencionar que muchos de ellos tienen múltiples empleos y horarios acotados.

Ante esta situación surge una inquietud: ¿sería posible generar espacios dentro del centro de salud que permitan la realización de reuniones de equipo que fomenten el intercambio entre los profesionales?

Para concluir, el tema de salud mental surge en la mayoría de las entrevistadas con una importancia significativa, manifiestan que existe un reconocimiento económico adicional para las trabajadoras sociales que se dedican exclusivamente a esta área, pero esto excluye a aquella que realizan su labor dentro del sistema de salud en su totalidad. Consideran que este reconocimiento laboral debería aplicarse a todas las trabajadoras que forman parte del sistema. Esta preocupación planteada podría servir como punto de partida para futuras investigaciones.

El Trabajo Social se presenta como un recurso indispensable en el campo de la salud, es un soporte integral que enriquece el trabajo en equipo y se compromete a mejorar significativamente la calidad de vida de las personas, especialmente en situaciones complejas o difíciles.

Referencias bibliográficas

Acosta, L. (1997). *Modernidad y servicio social: Un estudio sobre la génesis del servicio social en Uruguay*. Tesis de Maestría. Escuela de Servicio Social de Rio de Janeiro. Universidad Federal de Rio de Janeiro. Río de Janeiro.

Acosta, L. (1998) La mediación del higienismo en la génesis del servicio social en el Uruguay. *Revista Fronteras* N° 3 (Montevideo), (pp)11-24. [RF_Acosta_1998n3.pdf \(udelar.edu.uy\)](#)

Ander Egg, E. y Follari, R. (1988). *Trabajo e interdisciplinariedad*. Editorial Humanitas.

Anguiano, A., Hernández, Y., Plascencia, C., Jiménez, S. (2008) *La bioética y el Trabajo Social. Una experiencia profesional, reflexiones*. En Carballada, J. (Coord.) *Salud e Intervención en lo social*. (pp). 75-96. Editorial Espacio.

Barran, J.P. (1993). Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. En Bayce, R., Cheroni, A., Mattos de T., Labisch, A., Moreira, H., Porzecanski, T., Portillo, S., Rodriguez, J., Viñar, M. *La Medicalización de la Sociedad*. (pp). 147-174 Editorial Norman-Comunidad.

Bentura, C. (2011). *Salud y Trabajo Social. ¿Un campo envejecido?* Editorial Academia Española.

Cazzaniga, S. (2007). *Hilos y Nudos: la formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*. Editorial Espacio.

Claramunt, A. (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. *Revista Fronteras* N° 5. (Montevideo), (pp) 91-104. [RF_Claramunt_2009n5.pdf \(udelar.edu.uy\)](#)

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Editorial Mc Graw Hill.

Faleiros, V. (1986). *Trabajo Social e Instituciones*. Editorial Humanitas.

Hernandez-Sampierri, R., Mendoza, C. (2018). *Metodología Cualitativa*. Editorial Mc Graw Hill.

Iamamoto, M. (2002). Intervención profesional frente a la actual cuestión social. En Shuster, F., Sanchez Sturmen, D. Aquin, N., Romero de Rolón, A. *Trabajo social y mundialización. Etiquetar desechables o promover inclusión*. Editorial Espacio.

Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista*. Tesis de Maestría en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Udelar. Montevideo.

Ortega, E. (2005). *Preludios del proceso de institucionalización del servicio social en el Uruguay*. Udelar. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Montevideo. (1-52) [2021-09-17 \(4\) \(udelar.edu.uy\)](https://www.udelar.edu.uy/)

Rozas, M. (2003). Intervención profesional frente a la actual cuestión Social. En Borganni, E., Guerra, Y., Montaña, C. *Servicio Social crítico: hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. Editorial Cortez.

Sarria, J., Vilas, M., Fuertes, A. (1976). *Medicina y Trabajo Social*. Editorial Verbo Divino.

Tuzzo, R. Dornell, T. (2009). *La Interdisciplina en la formación curricular de los Futuros profesionales que egresan de la Universidad de la República*. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. www.serviciosdelcecsoblogspot.com/sercecsoblogspot@fcs.edu.uy.

Vasilachis, I. (2014). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Editorial Gedisa, S.A.

Vignolo, J. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo Medicina Interna vol. 33 no.1*. Montevideo. [Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud \(scielo.edu.uy\)](https://scielo.edu.uy/).

Villar, H. (2003). *La salud, una política de estado: hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco Conceptual, el contexto, situación actual y propuesta de cambio*. Instituto Nacional de Enfermería. Hospital de Clínicas. Montevideo.

Villar, H. (2012). *Gestión de servicios de salud*. Zona Editorial.

Zurro, M. y Solá, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Editorial Fotoletra S.A.

Fuentes Documentales

Organización Mundial de la Salud. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución 1946. [Constitución \(who.int\)](http://www.who.int)

Declaración Alma Atta. 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2019. Informe Anual 2019. Representación Uruguay. [informe-2019-pwr-uruguayweb \(1\).pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2021. Atención Primaria de Salud. [Atención primaria de salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](http://www.paho.org)

División Recursos Humanos del SNIS. 2014. Equipos de Salud de Primer Nivel de Atención. MSP. [Equipos de salud del primer nivel de atención | Ministerio de Salud Pública \(www.gub.uy\)](http://www.gub.uy)

Uruguay. (05.12.2007). Ley n°. 18.211. Ley Sistema Nacional Integrado de Salud. [Ley N° 18211 \(impo.com.uy\)](http://www.impo.com.uy)