

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

**Trabajo social y salud:  
la importancia del abordaje interdisciplinario**

**Silvana Madeiro**

**Tutor: Laura Paulo**

**2013**

## **Dedicatoria**

A mis queridos padres que supieron educarme y transmitirme sus valores, a ellos les debo lo que soy.

A mi hermano Darío que me incentivó y ayudó para que pudiese estudiar esta carrera.

A mis hermanas Mónica y Victoria por todo el apoyo que me han brindado.

A Leonardo, mi gran amor y compañero de vida que siempre estuvo presente durante este proceso.

## **Agradecimientos**

A Laura por haber aceptado ser mi tutora, por su dedicación y por la orientación brindada en la elaboración de la tesina.

A Lolita por su apoyo incondicional y por cada momento en que me dio ánimo para la realización de este trabajo.

A todos aquellos que contribuyeron de alguna forma en la elaboración del presente documento.

## Resumen

El objetivo central del presente documento refiere a la intervención del Trabajo Social como profesión, desde su abordaje interdisciplinario en el área de la salud. Para ello se optó por trabajar el desarrollo de los dos modelos de salud ejecutados hasta el momento.

Con respecto a la metodología utilizada para la elaboración del trabajo se aplicó la técnica cualitativa. Dentro de la misma se abordaron la revisión bibliográfica y el análisis comparativo, así como entrevistas a informantes calificados.

Entre los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas se encontró que el abordaje interdisciplinario en los equipos de salud se está efectivizando a partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esto no sucedía durante el modelo médico hegemónico, dado que no estaba realmente centrado en la concepción integral de la persona, mas bien se la veía como un conjunto de partes que podían abordarse en sí mismas.

Del mismo modo aparece revalorizado el papel profesional del Trabajo Social, a partir de la efectivización del modelo de salud vigente. Con ello la profesión ha denotado mayor independencia, dejando atrás el modelo biologicista de salud. La profesión llega a la actualidad con un nuevo enfoque sobre la Profesionalización del Trabajo Social, en el sentido más cabal de la palabra.

**Palabras clave**

- ✓ Modelos de Salud
- ✓ Interdisciplina
- ✓ Salud
- ✓ Trabajo Social

**Key words**

- ✓ Health Models
- ✓ Interdisciplinarity
- ✓ Health
- ✓ Social Work

## Tabla de contenido

Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco Conceptual	
1.1-La salud como uno de los espacios de intervención para el Trabajo Social.....	4
1.2- El trabajo en equipo.....	5
1.3- El trabajo interdisciplinario.....	6
Capítulo 2. Un poco de Historia...	
2.1- El Trabajador Social en la salud.....	9
2.2- El Trabajo Social en equipos interdisciplinarios.....	14
2.3- Trabajo Social y equipos interdisciplinarios de salud.....	16
2.4- Investigaciones con respecto al Trabajo Social en el área de la salud.....	17
Capítulo 3. Antecedentes.....	18
3.1- La salud como derecho.....	21
3.2- El Trabajo Social y la salud.....	24
Capítulo 4. Análisis.....	25
Conclusiones.....	32
Referencias bibliográficas.....	34

## **Glosario**

ADASU. Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay.

APS. Atención Primaria de Salud.

DISSE. Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad.

MIDES. Ministerio de Desarrollo Social.

MSP. Ministerio de Salud Pública.

MVOTMA. Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud.

UNICEF. Organización de las Naciones Unidas para la Infancia.

## Introducción

Este trabajo se realiza con el fin de dar por culminada la Licenciatura de Trabajo Social, de la Universidad de la República, plan 1992.

Luego de hacer referencia al modelo de salud anterior, se analizan los antecedentes del problema a abordar en este trabajo monográfico. En el precedente modelo de salud se atendía al usuario desde el curar, el sanar, y no el prevenir, concepción que variará con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), donde la promoción y la prevención son aspectos claves en la intervención.

La demanda realizada por el paciente era el punto de inflexión donde el Trabajador Social comenzaba a intervenir. En el actual modelo, el prevenir y promover no requieren de una pre demanda, sino de un accionar conjunto que se moviliza sin que alguien lo requiera específicamente.

Es en el año 2007 que se proclama la Ley 18.211 sancionada por el Poder Legislativo el 21 de noviembre de ese año. Fue promulgada por el Poder Ejecutivo el 5 de diciembre del mismo año y publicada en el diario oficial el 13 de diciembre de 2007.

La implantación del SNIS significó un evento relevante para el cambio de perspectiva frente a la atención de la salud. Su objetivo central es *“La universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogénea y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.”* (Muñoz; 2006: 21)

El tema abordado requiere de relevancia considerando que la salud es un área en la que el Trabajo Social como profesión siempre ha estado interviniendo, y el cambio con la creación del SNIS ha sido notorio. La prevención, junto a la promoción de la salud y el considerar al individuo como ser integral, han sido elementos prioritarios de la implementación de este Sistema de Salud. Son estos aspectos los que conllevan a que se deba intervenir en forma interdisciplinaria.

El interés por la temática surge dado que como estudiante de Trabajo Social, realicé una pasantía en las Policlínicas “INVE 16” y “José Pedro Varela”, pertenecientes al Servicio de Atención a la Salud - Intendencia de Montevideo.

El tema central de la monografía refiere a la "Intervención del/la Trabajador/a Social en los equipos interdisciplinarios, en tanto expresión de continuidad y cambios, entre los modelos de salud de Uruguay, en la última década". La definición del problema real en este trabajo, alude a que el SNIS tiene como fin promover la calidad de vida en la población usuaria y prevenir enfermedades. Por su parte, el problema de conocimiento se sintetiza en la siguiente interrogante: ¿qué le agrega el nuevo modelo integrado de salud al anterior con respecto a la atención a brindar, así como la intervención del Trabajo Social desde un abordaje interdisciplinario?

El objetivo general formulado es analizar la Intervención del Trabajo Social como profesión. Para ello, se consideran el abordaje interdisciplinario, en el diseño de los dos modelos de salud implementados hasta el momento.

Como objetivos específicos se plantean profundizar en el análisis de la intervención del/la Trabajador/a Social en el modelo anterior al Sistema Nacional Integrado de Salud. Asimismo se busca identificar las lógicas de complementación y tensión entre los referidos modelos.

Con respecto a las categorías escogidas para el análisis, podemos señalar a la salud en tanto uno de los espacios de intervención para el Trabajo Social. Se incorporan además, las nociones de trabajo en equipo y trabajo interdisciplinario.

En concordancia con la temática y los objetivos planteados, se utilizó una metodología de corte cualitativo. Las técnicas seleccionadas para la recolección de datos fueron la revisión y el análisis bibliográfico de distintas fuentes documentales. Además se realizaron entrevistas semi-estructuradas a informantes calificados.

El presente documento se estructura en cuatro capítulos. En el primero de ellos se presenta el marco teórico escogido. Allí, se desarrollan las categorías conceptuales consideradas relevantes para el objeto de estudio.

En el segundo capítulo se hace alusión al marco histórico del tema a estudiar, y se exponen resultados de investigaciones sobre el Trabajo Social en la salud, realizadas en la última década. En un tercer capítulo se presentan los antecedentes del problema de conocimiento, buscando obtener una óptica más precisa de la temática que nos compete.



En el último capítulo se encuentra el análisis elaborado a partir de la información recabada, tanto de la revisión bibliográfica, como de las entrevistas realizadas a informantes calificados. Por último, se mencionan las conclusiones a las cuales se llegó a partir del abordaje y análisis del objeto de estudio delimitado para la investigación.

## Capítulo 1: Marco Conceptual

### 1.1- La salud como uno de los espacios de intervención para el Trabajo Social

Las diferentes profesiones surgen en distintos momentos, son producto de complejos mecanismos, y responden a necesidades sociales que forman un objeto específico de intervención. Ejemplo de ello es el Trabajo Social.

El Trabajador Social es un profesional informado y con capacidad crítico reflexiva, para desarrollar procesos de intervención e investigación a través de la integración de componentes teórico- metodológicos de las Ciencias Sociales. Es un profesional idóneo para realizar acciones profesionales tanto a nivel de asesoramiento, planificación, negociación, investigación e implementación de políticas sociales, así como la formulación, gestión y evaluación de programas y servicios sociales.

Dentro de los principales ámbitos de actuación profesional se pueden distinguir el sector público - estatal, sector de Organizaciones No Gubernamentales, Asociaciones Civiles, y sector privado - empresarial. En el Sector público - estatal se encuentra el principal empleador del Trabajo Social, tanto a nivel central del Estado, como a nivel departamental, municipal y local. Los ámbitos de mayor incorporación profesional son MSP, Sistema Judicial, MVOTMA, y MIDES, así como políticas ejecutadas en las distintas Intendencias Municipales.

El Trabajo Social en tanto profesión que interviene en la realidad social, desarrolla una función social a través de la articulación de un conjunto de conocimientos y técnicas. A su vez define objetivos, métodos, construye el objeto de intervención y toma conocimiento de la relación que establece con el sujeto, haciendo hincapié en los procesos de aprendizaje.

Estela Grassi se refiere a la necesidad

*"(...) de hacer de la intervención una práctica profesional orientada por las categorías con las que se define activamente al problema y no por los supuestos implícitos contenidos en la definición ya dada... Formularse preguntas, buscar las múltiples definiciones y reconocer los sujetos de éstas y los argumentos que sostienen (explícitos o implícitos), buscar relaciones entre fenómenos, etc., a partir de los cuales un acontecimiento deviene "problema" que demanda algún tipo de intervención (o solución). E implica redefinirlo." (Grassi, 1994: 50)*

En la dimensión investigativa del Trabajo Social se desafía a la producción y generación de conocimientos para analizar y comprender la realidad social. La práctica profesional del Trabajador Social consiste en percibir la complejidad, lo que va más allá de la demanda que le es realizada.

En el ámbito institucional el técnico debe considerar tres aspectos que son fundamentales en su ejercicio profesional. Éstos son el compromiso con el objeto- sujeto del Trabajo Social, la coherencia de la acción profesional con los objetivos profesionales, y las formas de intervención profesional.

### **1.2- El trabajo en equipo**

Cuando hablamos de trabajo en equipo nos referimos a las estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo de personas con el fin de lograr las metas que se han planteado. Entre las definiciones existentes sobre trabajo en equipo podemos citar "*Número reducido de personas con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planteamiento común y con responsabilidad mutua compartida.*" (Facultad de Ciencias Sociales - Psicología Social, A. P. García, 2011)

El trabajo en equipo presenta características tales como la integración de funciones y actividades desarrolladas por distintas personas. Su ejecución implica que las responsabilidades sean compartidas entre sus miembros, debe haber coordinación en las actividades que se realizan y los programas que se planifiquen en equipo deben perseguir un objetivo común.

Existen distintas técnicas de trabajo en equipo, entre ellas podemos explicitar los procedimientos que se emplean para buscar soluciones una vez que el problema es identificado, se evalúa cuál de éstas es la mejor y se decide cuál es la más apropiada.

Distintos aspectos son necesarios para desarrollar un correcto trabajo en equipo, entre ellos podemos mencionar el liderazgo, promover canales de comunicación, y existencia de un ambiente de trabajo armónico. Ledlow señala que "*(...) un equipo es un*

*grupo de personas que comparten un nombre, una misión, una historia, un conjunto de metas u objetivos y de expectativas en común.*" (Facultad de Ciencias Sociales - Psicología Social, A. P. García, 2011)

Las personas que conforman el equipo deben ser conscientes que son parte de éste, por lo que cada uno debe cumplir con su rol pero sin perder la noción de equipo. Para que esto sea posible deben tener características tales como capacidad de relacionarse con los demás integrantes, tener lealtad consigo mismo y con los demás; ser autocríticos y generar espacios de crítica constructiva. Ser responsable para poder realizar los objetivos planteados, tener capacidad de iniciativa, autodeterminación, optimismo y tener inquietud de perfeccionamiento como forma de tratar de superarse continuamente.

Existen distintas técnicas de trabajo en equipo, entre ellas podemos explicitar los procedimientos que se emplean para buscar soluciones una vez que el problema es identificado, se evalúa cuál de éstas es la mejor y se decide cuál implementar. El éxito del trabajo en equipo en sí es responsabilidad de todas las personas que lo componen.

### **1.3- El trabajo interdisciplinario**

En la actualidad la interdisciplina constituye una herramienta de suma importancia para intervenir en el área social. Malacalza hace referencia a Follari y menciona *"Entendemos lo interdisciplinario como la conjunción de lenguajes diferentes que suponen un arduo esfuerzo por mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco."* (Malacalza, 2009: 28)

Un equipo interdisciplinario puede definirse como un grupo de personas que abarca distintas disciplinas, que trabajan en forma conjunta en la planificación y búsqueda de soluciones a un mismo problema. Surge como forma de poder comprender y resolver problemas complejos a partir de propuestas más abarcadoras para su mejor comprensión; y debido a que ya no es suficiente intervenir desde una sola óptica disciplinar.

Es así que se definirá interdisciplina como

*"(...) una forma de articulación, que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento, así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto del abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta el sujeto. Estamos hablando (...) de las condiciones indispensables para abordar en el marco de la sociedad compleja, la realidad que afecta al "hombre en situación", que es lo que es su perspectiva individual, familiar, grupal y comunitaria, estamos definiendo como el sujeto del trabajo social." (Eroles y otros, 1998: 25)*

Tradicionalmente las respuestas que se han dado a los fenómenos sociales han sido unidireccionales y sustentadas en un único método científico. Ante la diversidad que se presenta en la realidad social los problemas que emergen ya no pueden ser abordados a partir de dicho análisis.

*"(...) La interdisciplina surgió como forma de resolver ciertos problemas práctico-concretos. (...) el problema como tal presenta múltiples facetas que exceden las posibilidades de las ciencias particulares y requieren un abordaje integrativo desde los múltiples aspectos que están en juego." (Ander Egg y otros, 1993: 32-33)*

De esta forma la interdisciplinariedad es una estrategia fundamental para la intervención, para dar respuestas a las diversas demandas que le son formuladas a las instituciones. Para que sea posible trabajar desde la interdisciplinariedad son necesarios los elementos de análisis provenientes del objeto de estudio (problema), el marco conceptual del cuál se seleccionan los datos de la realidad que se va a analizar; y los estudios disciplinarios que refieren a los aspectos de la realidad percibidos desde una determinada disciplina.

En aquellas instituciones donde no se dispone de otros profesionales se debe apuntar a conformar un equipo multidisciplinario, trabajando interinstitucionalmente. Susana Cazzaniga menciona *"En la práctica del día a día, es muy común que realicemos articulaciones con profesionales de diferentes instituciones u organizaciones, el punto sería trascender la "articulación" (interconsulta o derivación) hacia una construcción interdisciplinaria." (Cazzaniga, 2008: 167)*

Tomando en consideración que un sistema es un conjunto de elementos relacionados de forma que interactúen entre sí para lograr un objetivo, el trabajar en equipo interdisciplinario es trabajar en el interior de un sistema. Allí cada persona conforma un

elemento y cada persona está relacionada a otra para dar respuesta a determinado problema.

Debemos tener presente que “(...) *para resolver una situación problemática primero debemos conocer, cual es la anormalidad o necesidad que queremos resolver, para ello es necesario hacer un exhaustivo análisis de la situación (...)*” (Facultad de Ciencias Sociales - Psicología Social, A. P. García, 2011). Las personas que integren un equipo interdisciplinario deben reunir ciertas condiciones, entre ellas podemos mencionar interés compartido por determinado tema o problema, capacidad de escucha hacia los demás cuando se presentan distintas formas de conceptualizar un objeto de conocimiento, así como también de actitud crítica.

La interacción e intervención de distintas profesiones que exige el abordaje interdisciplinario son sumamente enriquecedoras debido a que no se puede dar respuestas a las diversas problemáticas desde una sola disciplina. “*Tampoco desde un abordaje interdisciplinario se puede pretender la totalidad, pero sí una circulación por distintos discursos que atañen a lo humano (...)*” (Facultad de Ciencias Sociales - Psicología Social, A. P. García, 2011)

## Capítulo 2: Un poco de Historia...

### 2.1- El Trabajador Social en la salud

Cuando se analiza el ejercicio profesional del Trabajo Social en el área de la Salud se deben considerar las limitaciones que se le imponen al mismo desde la Institución en la que interviene. Conjuntamente con el equipo interdisciplinario con el que comparte su accionar y los usuarios, ya que todos estos son los que determinan el quehacer profesional.

Fundamentando la anterior afirmación es pertinente citar a Gabriela Paz cuando señala que *"(...) nuestra intervención estará mediada por la institución en la que trabajemos, sus objetivos y sus modos de entender e intervenir en la realidad. Pero estas mediaciones no resultan limitaciones severas si logramos, en primer lugar, ser conscientes de ellas y en segundo, "corregirlas" en nuestra intervención."* (Paz, 2008: 24)

Remitiéndonos a los orígenes del Trabajo Social es oportuno mencionar que Herman Kruse (1994) esclarece que el nacimiento de la profesión no surge de una decisión política, sino que responde a un proceso en el que fueron partícipes distintos sectores sociales. El autor señala que la visita domiciliaria es la técnica que puede conducirnos a las raíces de la profesión, y se constituye en un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la beneficencia al Servicio Social científico. Si bien la visita domiciliaria era una función del médico, se iba orientando hacia una nueva función de moralizar y educar, pero continuaba aún el carácter inspectivo y represivo como elementos primordiales.

Kruse (1994) caracteriza a las visitadoras sociales de higiene como las antecesoras del Trabajo Social profesional, el primer curso al respecto se dictó en el año 1927 en el Instituto de Higiene Experimental de Medicina. El rol de la Visitadora Social era indispensable en la lucha contra los vicios sociales y la enfermedad, entre otros, siendo necesaria la instrucción moral, científica y psicológica como forma de lograr un trabajo eficiente.

*"El Servicio Social nació como profesión para- médica. Todavía el dominio de la técnica de la visita domiciliaria era tan determinante que incidió hasta en el título que se le dio a los primeros profesionales, pero ya no se discutían los elementos científicos indispensables para validar su acción. La caridad y la filantropía habían quedado definitivamente atrás."* (Kruse, 1994:102)

Por otra parte, Luis Acosta (1997) menciona que las enfermeras visitadoras formadas en La Cruz Roja en el año 1925 serían otro antecedente de los/as Trabajadores/as Sociales. Se les designó este nombre debido a que en 1919 la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis requirió de su apoyo a la Institución.

El autor manifiesta que el Servicio Social en nuestro país surge como consecuencia del proceso de secularización de la sociedad, de la predominancia del pensamiento positivista y del modelo de producción capitalista. El pensamiento científico se corporativiza en la institución médica, y será desde aquí donde se promulgará el higienismo.

*“En el “higienismo” tenemos la difusión de una racionalidad técnica como una forma de tratamiento de la cuestión social. Se trata también del proceso de secularización de la moral, por la cuál esta se torna una moral laica.”* (Acosta, 1997:107)

El sacerdote pasó a ser sustituido por el médico, se estableció la salud como algo que debía ser alcanzado, lo que significó *“dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo.”* (Acosta, 1997:107) El médico fue el que respondió por el servicio de asistencia pública debido a que ésta se transformó en laica.

Con la medicalización de la sociedad y la predominancia del higienismo se comenzó a ejercer mayor control sobre el cuerpo, y el cuidado del mismo, esto fue realizado por individuos e Instituciones. *“La medicalización implica la ampliación ideológica y técnica de los parámetros dentro de los cuales se codifican, en términos de salud y de enfermedad (...); problemas que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a las prácticas médico- sanitarias.”* (Mitjavila y Echeveste apud Acosta, 1998:12)

En 1935 se inauguró la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social en la órbita del MSP, su creación permitió diversas proyecciones dentro de la evolución que se ha producido en Salud Pública. En 1939 se comenzaron a dictar cursos con una duración de dos años, y las materias que se impartían eran referentes al campo de la Salud e Higiene.

En lo que respecta al perfil y los programas de los cursos Blanca Gabin expresa

*“Claro, se ha dicho muchas veces que tenían una preponderancia de asignaturas médicas, lo que pasa es que el Servicio Social estaba en reductos muy circunscriptos y los que tomaban la iniciativa (a pesar de ver bastante clarificada la idea de que no era una enfermera, sin tener un*



*cuadro muy, muy claro sobre la cosa) eran médicos, sabían que tenían que tener una profesional que no podía ser la enfermera, eso ya estaba discriminado (...)" (Gabin apud Ortega, 2003:63)*

Elizabeth Ortega (2003) agrega que en ese período el trabajo que realizaban las visitadoras sociales era en el campo de la salud. La autora concluye en su investigación que el primer gobierno batllista y la implementación de políticas sociales del mismo condujo a que espacios como la educación y la salud fueran ocupados por profesionales, ejecutores de las funciones que eran decisiones de actores políticos institucionales.

*"Todo campo profesional es siempre y ante todo una construcción sociopolítica y cultural, característica también presente en el proceso de institucionalización del Servicio Social. 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 solo 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 de Servicio Social." (Ortega, 2003:140- 141)*

La autora menciona que el proceso de medicalización surge en nuestro país hacia fines del siglo XIX y principios del XX. Está relacionado con el primer gobierno batllista y el afianzamiento del Estado, quien a través de su proceso de expansión "colonizó" el espacio social de todos los individuos.

Con respecto al higienismo la autora plantea que se construye desde fines del siglo XIX. El mismo es una expresión clara de la expansión del saber científico en esta época, la que se identifica con la primera modernización.

La educación y la salud eran consideradas áreas relevantes porque a través de ellas se disciplinaba a la sociedad. En ambas áreas "*(...) se fue creando un ámbito propicio para el surgimiento de profesiones que, como el Servicio Social, eran consideradas fundamentalmente como un nexo entre las instancias educativas y/o médicas y las familias, especialmente con relación a las familias pobres.*" (Ortega, 2003:29).

La secularización de la sociedad implicó fundamentalmente la pérdida de supremacía de la religión. Asimismo afianzó la adquisición de valores científicos bajo el manto de un nuevo sistema de producción de verdad.

Ortega (2003) a través de revisión bibliográfica explicita que el Servicio Social como bien la palabra lo indica, es un servicio que brinda la sociedad por medio de algunos de sus ciudadanos con el fin de que el bienestar social crezca. A su vez, también se ocupa de reencauzar a aquellas personas que se han desviado del camino "correcto", que no lograron adaptarse a su hábitat y constituyen elementos amenazantes para la comunidad. Esto se lleva a cabo por la reparación, el reajuste y el situar a estas personas en el lugar adecuado, para que puedan brindar servicios de buena calidad nuevamente.

Por otra parte, Beatriz Fernández Castrillo (2006) en su artículo mediante el análisis de autores tales como J. L. Rebellato, entre otros, entiende que la intervención de Trabajo Social en el área de la salud

*"(...) consiste en el manejo a largo plazo de los síntomas de la enfermedad y de la totalidad de sus secuelas, (individuales, familiares, comunitarias); abarcando un amplio rango de factores microcontextuales y macrocontextuales, que son abordados con herramientas y procedimientos específicos tanto para maximizar el funcionamiento de la persona enferma como para reducir sus desventajas frente a los demás, acciones que también atenuarán el impacto."* (Fernández, 2006:15)

Dentro de los objetivos del Trabajador Social en la Salud se encuentra para la autora el hecho de poder transformar el peligro, que causa enfrentar una enfermedad, en una situación de enriquecimiento personal, y convertir lo traumático en vivencia de aprendizaje. Esto conlleva a un trabajo de varios actores entre los que se encuentran el paciente, la familia, las redes, el interventor, etc.

Por otro lado, José L. Rebellato afirma que el Trabajador Social desarrolla su práctica profesional en concordancia con *"las herramientas de intervención profesional coherentes con su metodología."* (Rebellato, 1989:139) Señala también que muchas veces el profesional encuadra su accionar y define objetivos que no siempre son los que pretende la Institución.

Por otra parte, Luciana Espinosa en su Tesis de Grado (2010) en la cual hizo revisión bibliográfica de autores tales como H. Villar, C. Bentura y M. Mitjavila, y entrevistas a profesionales, señala que el Trabajador Social debe cumplir con requerimientos tales como

*"(...) búsqueda de soluciones a los aspectos sociales del proceso salud- enfermedad, con individuos, grupos y poblaciones; siempre desde un abordaje preventivo actuando en los tres niveles de prevención, promotor de participación de usuarios y población, con formación para la*

*realización de Diagnósticos de Salud poblacionales para desarrollar sus intervenciones en el primer nivel, contribuyendo a la articulación de redes locales (...) y con formación para la incorporación de la investigación en su práctica.” (Espinosa, 2010:40)*

Cuando hacemos referencia al concepto de salud debemos ser conscientes de que éste no es algo unívoco, existen múltiples definiciones que encierran los distintos aspectos del término, las cuales son producto del momento histórico en el que fueron concebidas.

La OMS definía a la salud como “ausencia de enfermedad”, caracterizándola así como algo meramente negativo. El modelo de atención a la salud imperante se caracterizaba por ser biologicista, la práctica médica desarrollada estaba enfocada a curar y no a prevenir la enfermedad. Esto era realizado principalmente por el médico, esto era algo hegemónico, donde el paciente asumía aquí un rol pasivo dado que era objeto de los tratamientos que se le indicaban. En tanto el rol del Trabajador Social se basaba en el control a los pacientes, el disciplinamiento fue una palabra clave a considerar.

En el año 1946 la OMS realiza una redefinición del término, expresando que la salud es un “*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*” (OMS: 1946).

En la Declaración de Alma Ata llevada a cabo por la OMS y UNICEF en el año 1978, la salud es concebida como un derecho humano fundamental, y se deberán implementar acciones que garanticen la efectivización del mismo, para todas las personas de forma igualitaria. La APS debe ser tratada desde un abordaje interdisciplinario, por lo que distintos profesionales y técnicos de la salud participarán en la atención a los usuarios.

En los últimos años asistimos a un proceso de cambio en el modelo de salud, transitando desde el modelo biologicista, fragmentado, hiperespecializado y hospitalocéntrico hacia un SNIS donde el paciente es considerado como un sujeto del proceso salud- enfermedad, y sus derechos pasan a cobrar mayor relevancia.

Para la reconversión del modelo se efectúan distintas acciones, entre ellas podemos mencionar la creación de equipos interdisciplinarios. Abordar la salud de un ser humano desde la integralidad implica hacerlo desde un enfoque bio-psico- social, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población.

## 2.2- Trabajo Social en equipos interdisciplinarios

Mariel Scocozza (2002) en su artículo de revisión bibliográfica de los autores M. Dogan, J. Piaget y E. Pichón Riviere, entre otros, con respecto al término interdisciplina aduce *“Etimológicamente, interdisciplina viene del latín inter, que implica entre, en medio, entre varios, y disciplina. Interdisciplina exige pues, un encuentro entre varios, necesariamente con una apertura y postura problematizadora, crítica y autocrítica (...) donde cada disciplina debe mirarse a sí misma con una perspectiva más abarcativa, que la trascienda (...)”* (Scocozza, 2002: 8-9)

Concordamos con la autora, quien menciona que la interdisciplina surge a partir de un nuevo suceso lo que lleva al encuentro y re- encuentro de las fronteras de aquellas disciplinas que estén presentes. *“Su praxis se realiza a través del equipo interdisciplinario, cuya producción es el trabajo interdisciplinario, al que pensamos específicamente como un encuentro más allá de las fronteras.”* (Scocozza, 2002:10) Cada disciplina aporta lo acorde a su fin, cuando las mismas se unen crean un proyecto conjunto. Nos encontramos frente a una unión de saberes.

Asimismo Zenobio Saldivia (2008) en su artículo elaborado a partir de revisión bibliográfica sobre autores tales como: E. Díaz, A. De Ron Pedreira y J. Piaget; afirma que *“Al trabajar en cooperación interdisciplinaria, por tanto, se produce una cierta descentralización de los exponentes de las ciencias particulares y se adquieren nuevas categorías conceptuales para la elucidación de un fenómeno, o para la formulación de un problema específico.”* (Saldivia, 2008: 60)

Por otra parte T. Dornell, S. Sande, y M. Aguirre (2011) tomando como referencia a P. Bordieu, T. Matus y C. Guevara entre otros aluden a que el trabajo interdisciplinario se presenta en diversas etapas. Las mismas serían la predictiva donde surge el problema y se conforma el equipo, la propositiva donde se plantean interrogantes y cada disciplina vuelca su conocimiento al respecto, y por último la proyectiva, donde se dejará de lado el centro de cada disciplina para reorganizar el conocimiento y nutrirse unas de otras, esta correlación de diversas visiones conforman un nuevo conocimiento, un nuevo saber.

En tanto, Alfredo Carballeda (2010) en su artículo donde toma como referencia a los autores E. Díaz y G. Klimovsky, aduce que “(...) *la Interdisciplina, se puede presentar como un escollo u oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia a la individuación, donde la "competencia" individual desvaloriza el trabajo en equipo (...)*” (Carballeda, 2010:1)

Rosa M. Cifuentes (2009) en su artículo construido a partir de conclusiones de investigaciones y revisión bibliográfica de autores como N. Alwyn, N. Aquin y S. García Salord entre otros, alude que los conceptos se construyen desde las diversas miradas, a partir de los distintos aportes. “*Requerimos hacer lecturas complejas, transversales, interdisciplinarias, contextuales, atendiendo la particular lógica de lo social. Construir conceptos sensibles para responder asertivamente a las realidades. Promover desde la academia la construcción de procesos sistemáticos y progresivos de diálogo de saberes, negociación cultural; y asumir su responsabilidad social.*” (Cifuentes, 2009: 56)

El Trabajo Social no es la excepción, por lo contrario esta profesión requiere del trabajo interdisciplinario y sus diversos abordajes. Dado que su objeto de estudio es lo social, la misma que subyace su intervención, el tejer redes es una de las metas de las interdisciplinas.

Por lo anteriormente mencionado, es pertinente citar un fragmento de los resultados teóricos expuestos por Zenobio Saldivia

*“Los equipos interdisciplinarios resultan de gran importancia también en las ciencias sociales, (...) y en especial, en el Trabajo Social para ejecutar la enorme cantidad de actividades que acometen estos profesionales en su interacción con grupos diversos, y para atender debidamente, las variables emergentes de la dinamogenia grupal. Y en este sentido, para que el trabajo en equipo sea funcional y efectivo en la detección y solución de problemas, se hace necesario una planificación previa, contar con adecuados mecanismos de control de las tareas a ejecutar, así como también una oportuna división y asignación de los cometidos puntuales.”* (Saldivia, 2008:61)

Se debe realizar una apertura cognitiva para lograr la integración de saberes. Una práctica rica en la interdisciplina lleva a que en el diálogo surjan modificaciones positivas para la intervención, apostando al entendimiento.

### 2.3- Trabajo Social y equipos interdisciplinarios de salud

La Salud hoy es denotada como un todo integral, somos individuos físicos, con psiquis, sociales, donde este último aspecto se ha vuelto prioritario. Se atiende al ser humano desde las diferentes disciplinas, en un actuar conjunto, desde un enfoque del ser integral bio- psico-social.

*“No trabalho em saúde, a interdisciplinaridade pode ser compreendida como uma forma de se abordar determinadas situações ou problemas através da integração e da articulação de diferentes saberes e práticas gerando uma intervenção, uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, valorizando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional.” (Rodrigues y otros, 2009:118)*

Asimismo el considerar al individuo como un ser integral implicó que se le de mayor relevancia a lo social. *“El nuevo Modelo de Atención que tiene Uruguay, parte de un enfoque ecológico; el que implica una interrelación entre los individuos y el medio ambiente en el cual viven; y si bien la medicina sigue siendo parte importante dentro del contexto de la salud, es una medicina social, que sitúa al hombre en un contexto social, lo cual hace que las otras disciplinas que se desarrollan en este contexto cobren mayor relevancia.” (Pereira; 2011:22)*

Siguiendo a Rafael Conejo (2011) debemos hacer referencia a aquellos factores sociales que tienen incidencia directa sobre la salud como lo son la clase social a la que se pertenece, posibilidad de apoyo familiar, existencia o no de redes de apoyo. También se encuentran el estrés laboral, desempleo, accesibilidad a una alimentación saludable, educación recibida, etc.

Por otra parte, la Mesa de Salud de ADASU (2004) sostiene que los Trabajadores Sociales que integran los equipos de salud deben diseñar estrategias de acción que contribuyan tanto a optimizar la calidad de atención a los usuarios, así como a afianzar el área profesional. Si bien el trabajo de los equipos de salud radica en la distribución de responsabilidades y tareas para la atención de los usuarios, el contacto entre los diversos técnicos promueve intercambio de saberes y experiencias, lo que constituye un aprendizaje más enriquecedor para cada uno de ellos.

Luciana Espinosa manifiesta “(...) *a las ciencias sociales se las convoca a trabajar en los equipos de salud con el objetivo de facilitar las relaciones entre el centro de salud y la comunidad, así como también para capacitar a los demás integrantes del equipo en un proyecto de medicina comunitaria.*” (Espinosa, 2010:37)

#### **2.4- Investigaciones con respecto al Trabajo Social en el área de la salud.**

En base a la revisión bibliográfica llevada a cabo se denotó como punto de conexión entre las mismas la trascendencia de trabajar en forma interdisciplinaria, enriqueciéndose cada disciplina del resto de los saberes complementarios.

La redefinición del concepto de salud realizada en el año 1946 señala que la misma debe ser abordada desde la visión del ser integral bio – psico – social, atendiendo por ende al ser humano desde las diferentes disciplinas en un actuar conjunto. Jacqueline de Martino menciona “*Se debe romper con los esquemas intra hospitalario y preocuparse de los factores socioeconómicos, ambientales, etc., que son determinantes en el nivel de salud de una población.*” (De Martino, 2004: 38)

Es a partir del SNIS que se visualiza al Trabajador Social como el nexo entre la Institución y el usuario, es quien puede detectar tempranamente la falta de redes o la presencia de las mismas como elemento fundamental en la aparición de la enfermedad.

“*A tres años de su implementación, el nuevo modelo aún no rompe totalmente con las ataduras del viejo modelo higienista, basado en una perspectiva clínica donde la enfermedad y el saber médico tienen más protagonismo que las demás disciplinas. Es decir, que aún sólo se toma en cuenta el aspecto negativo, la parte enferma, lo que ya está deteriorado.*” (Pereira, 2011: 19)

Se busca promocionar la apertura de integración de las diversas disciplinas al apuntalar al usuario, recreando y reconstruyendo las redes, o creándolas y fortaleciéndolas, intermediando entre usuarios - salud - sociedad - familia. Asimismo, se fomenta abandonar el modelo hegemónico biologicista en la intervención, el que aun impera en parte del área de la salud.

### Capítulo 3: Antecedentes

El anterior modelo de atención a la salud en nuestro país, se caracterizaba por ser “(...) *un modelo fragmentado, hiperespecializado y hospitalocéntrico.*” (Anzalone 2006:1).

Siguiendo a Marcelo Pérez (2008) dicho modelo estaba orientado en la salud centrada en la enfermedad, en lo curativo, en la asistencia y en la alta tecnología. La concepción de salud que imperaba era biologicista. Este enfoque percibía al individuo fuera del ámbito social en el cual se encontraba inmerso, considerándolo aislado y como un “todo individual” en el que la persona estaba fraccionada.

Existía una fragmentación en la atención que se producía en diversos planos, en lo que refiere a la atención individual, el modelo se ocupaba de la recuperación de la salud durante un episodio de enfermedad, y generalmente no incorporaba otros componentes como promoción, prevención y rehabilitación. Presentaba preferencia con respecto a la atención de lo biológico y era pasivo en tanto se limitaba a esperar la demanda.

En cuanto a la salud pública el modelo también fragmentaba los programas, del adulto mayor, de prevención del cáncer en la mujer y de las enfermedades cardiovasculares. De lucha contra la drogadicción, contra el tabaquismo y el alcoholismo, y de salud mental, entre otros.

En lo que respecta a la alta tecnología, si bien Uruguay ya contaba con el Fondo Nacional de Recursos que financiaba los procedimientos complejos y altamente especializados a toda la población, existía descoordinación entre los niveles asistenciales que solían impedir una adecuada continuidad en los tratamientos.

Por otra parte, parafraseando a Marcelo Pérez (2009) los cambios que se han dado en la población tales como envejecimiento, morbi- mortalidad, y distintos riesgos de atención sanitaria, requirieron de una nueva atención en salud. A esto debemos agregar que las condiciones de asistencia habían empeorado y el modelo imperante era más caro en comparación con modelos alternativos implementados en otros países.

Otros problemas importantes que se identificaban durante el modelo biologicista ese momento eran los relacionados al nivel de cobertura, cantidad de servicios que recibía



la población en general y la calidad de estos. *“Si bien Uruguay presentó históricamente altos niveles de cobertura formal, lo cierto es que el acceso no alcanzaba a ser universal, y justamente las personas que quedaban por fuera del sistema eran en su gran mayoría pertenecientes a los colectivos más vulnerables de la población: niños, adolescentes y ancianos”*. (Fuentes, 2010: 126-127)

El artículo 264 de la Ley 17.930 del Presupuesto Nacional Quinquenal de fecha 23 de diciembre de 2005 estableció que el MSP implementaría un SNIS teniendo como objetivo que todos los habitantes que residen en el país accedan a una atención integral, y se garantiza una cobertura equitativa y universal.

Es por ello que autores como Bagnulo y Dibarboure, entre otros, mencionan que

*“El Uruguay debería avanzar hacia la conformación de un sistema nacional de salud financiado por un sistema de seguro. (...) el MSP en su carácter de rector del sistema, deberá definir los objetivos básicos de las políticas de salud y encarar las tareas que le han sido asignadas con carácter indelegable. Entre otras: desarrollar una adecuada capacidad institucional de regulación, fiscalización y vigilancia. Garantizar la calidad de los servicios, medicamentos, equipamiento, instrumental y dispositivos. Promover la equidad del sistema, reglamentando un conjunto de prestaciones de acceso universal a todos los uruguayos, ya sea a través de prestadores públicos o privados, y asegurando el acceso gratuito en el caso de los indigentes (...)”* (Bagnulo y otros, 2004:18-19)

Promover un cambio hacia el nuevo modelo implicaba incentivar la reconversión de los servicios hacia otros orientados a la estrategia de la APS.

*“Crear un modelo experimental de APS que brinde asistencia a un porcentaje de la población y en el que el mismo modelo sea objeto de estudio (...) Los modelos evaluados deben respaldar patrones de práctica que mejoren la calidad, que provean atención de forma personal, integral, coordinada y longitudinal, que tengan en cuenta las necesidades de salud de los individuos y de las comunidades y que integren esta atención con la provista por otros profesionales”*. (Bagnulo y otros, 2004: 20).

Es con la creación de la Ley 18.211 sancionada por el Poder Legislativo el 21 de noviembre de 2007, promulgada por el Poder Ejecutivo el 5 de diciembre del mismo año y publicada en el diario oficial el 13 de diciembre de 2007 que se creó el SNIS. La presente Ley en su artículo 1º reglamentó el derecho a la protección de la salud que tienen todos los ciudadanos, estableciendo las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones fueron de orden público e interés social. El artículo 2º estableció que es al MSP a quién le competía la implementación de dicho sistema, que articulaba a

prestadores públicos y privados de atención integral a la salud.

Los objetivos del SNIS están expresados en el artículo 4° de la referida Ley consideramos pertinente mencionar algunos de ellos:

- b) *“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...”*
- f) *Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.*
- h) *Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud” (Ley 18211, 2007: 2).*

La reforma de la salud debió analizarse en el marco de una política social integral. Esta política fue diseñada en conjunto desde el Gabinete Social y es el Consejo Coordinador de Políticas Sociales y las mesas interinstitucionales en cada Departamento quienes debían instrumentarla.

Es en un contexto de grave deterioro sanitario que se comenzó a implementar esta reforma que tuvo como objetivo central *“La universalización de la atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad y calidad homogénea y con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano”* (Muñoz 2006: 21).

Hugo Villar (2003) haciendo referencia al modelo biologicista menciona que la atención a la salud en esa época no era reconocida como un derecho, ni tampoco estaba establecida en la Constitución de la República, ya que el artículo 44 señalaba: *“(...) Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.”* (Villar, 2003: 43)

Esto conllevaba a una desigualdad social en el acceso al servicio de salud. Se denotaban las diferencias entre los más desprotegidos, quienes debían atenderse en Salud Pública, y los que podían acceder a servicios privados por sus propios medios o encontrarse bajo los reglamentos de trabajadores formales. En el presente artículo la salud era concebida como un deber y no como un derecho de los ciudadanos; compendiando a la salud a una noción asistencial ante la presencia de la enfermedad.

*“Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído (...) no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 (...) que son inderogables.”* (Naciones Unidas, 2001:106- 107)

De este modo se incitaba al cuidado individual, apoyado en la contención del Estado, quien al brindar gratuidad en la atención, fomentaba el propio cuidado sin una dependencia pasiva desde el individuo al Estado mismo; por lo que no se consideraba a la salud como un bien público. Salvando aquí la aclaración de que se hacía referencia a los desprotegidos, los de más bajos recursos.

### **3.1- La salud como derecho**

El Programa de Salud del Frente Amplio fue aprobado a fines del año 2003 por el IV Congreso Extraordinario Héctor Rodríguez. *“En primer lugar, se incluía dentro de la propuesta una reforma constitucional que reconociera a la salud como un derecho fundamental y estableciera la responsabilidad del Estado en la asistencia de la población.”* (Pérez apud Fuentes, 2010:133)

En el año 2005 cuando el Encuentro Progresista- Frente Amplio- Nueva Mayoría asume el gobierno la salud empieza a ser considerada como un derecho y como un bien público. Precisamente la Ley 18.211 reglamentaba que todos los habitantes residentes en el país tenían derecho a la protección de la salud y se definieron las condiciones para acceder a las prestaciones integrales del SNIS así como su reglamento.

F. Borgia (2008) explicita que la justicia internacional protegía el derecho a la salud a través de convenciones, pactos y tratados, los cuales aludían al conjunto de los derechos fundamentales. El autor menciona

*“Éste es un cambio cualitativo sustantivo, el Estado ya no intenta escudarse en el artículo 44 de la Constitución de la República, que coloca a la salud como un deber y no como un derecho de las personas, lo reduce a la dimensión individual en el marco de una concepción asistencialista ante la presencia de la enfermedad y limita la responsabilidad del Estado a la asistencia a los indigentes.”* (Borgia, 2008:137)

Partiendo de la concepción de salud en tanto derecho inherente al ser humano, la reforma se orientó a lograr mayor equidad, aumentando el acceso de la población en general a los mismos servicios y atención en salubridad.

Al respecto Hugo Villar manifiesta:

*“La meta de lograr la cobertura de salud a toda la población con equidad, está basada en el reconocimiento del derecho a la salud, es decir, que todos los ciudadanos tengan la posibilidad efectiva de tener acceso a servicios de salud de todos los niveles de complejidad tecnológica según sus necesidades y reciban una atención de salud esencialmente semejante. Para que este derecho tenga aplicación efectiva en la práctica, resulta indispensable establecer como contrapartida, la responsabilidad del Estado de garantizar ese derecho”.* (Villar, 2010: 14)

En 2008, el nuevo sistema integral de salud se construyó con el propósito de ahorrar costos, racionalizar servicios, así como mejorar la justicia social en lo que refería al acceso a las prestaciones y a un desarrollo eficiente del sistema. Dentro de las principales diferencias entre el SNIS y el viejo sistema de salud podemos mencionar que se creó un Sistema Nacional Integrado de Salud donde no lo había. Anteriormente existían dos subsistemas fragmentados, sin conexión entre ellos, inequitativos en su acceso y sin vínculos de complementariedad.

Se creó un seguro nacional de salud, en el que se aportaba por ingresos, se incluyó a toda la población y no sólo a los trabajadores privados que estaban contenidos en DISSE. De esta forma, se universalizó el aseguramiento social por ingresos en etapas, en la cobertura del mismo se incluyó a los familiares, a los hijos de manera inmediata y a los cónyuges desde el año 2011.

Desde el punto de vista de los prestadores, es un sistema mixto que incluyó a prestadores privados sociales y prestadores públicos. Los asegurados tenían la opción de elegir entre lo público y lo privado, a diferencia de la modalidad DISSE que sólo permitía elegir privado.

En lo que respecta al pago a los prestadores, el Sistema Nacional de Salud paga por riesgo y no por cuota única, como el anterior DISSE. Por otra parte, transformó el seguro de salud en un seguro de por vida, ya que no se pierde la cobertura del aseguramiento en salud cuando el beneficiario se jubila.

*“El rol de rectoría en el SNIS lo asume el Ministerio de Salud Pública quien establece las políticas de salud nacionales, y debe realizar el seguimiento y la evaluación del funcionamiento del novel sistema. A tales efectos, el nuevo sistema crea un organismo desconcentrado de dicho Ministerio, que es la Junta Nacional de Salud (JUNASA).”* (Pérez, 2009:16)

La reforma de salud estuvo orientada por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación. Su implementación implicó cambios complementarios y progresivos.

Se instrumentaron transformaciones en el modelo de gestión en primera instancia, en el sistema de financiación en un segundo momento, y en el modelo de atención a la salud en el tercer eje, el central para la presente monografía.

*“(…) en el modelo de atención que se promueve, cambia la concepción anterior de salud centrada en la enfermedad, en la asistencia, la especialidad fragmentada, la alta tecnología y en la relación de dominación médico- paciente; para pasar a uno donde la promoción y prevención son centrales, donde la estrategia central es la APS, donde se genera un sistema de referencia y contra referencia entre niveles de atención, una racionalización en el uso y compra de la tecnología, la participación social de trabajadores y usuarios es clave, en un abordaje de salud donde la comunidad se apropia de los determinantes de la misma.”* (Pérez, 2008: 41).

La atención integral a la salud brindó la tranquilidad de una continuidad de la medida del tratamiento, tanto en el tiempo como en forma igualitaria. Donde el único requisito es el de ser ciudadano.

Homero Bagnulo y otros afirman que *“la base del sistema debe ser la estrategia de la APS por medio de la cual se extienda progresivamente una atención básica universal, accesible, continua, integral, integrada y oportuna. Para eso se requiere contar con recursos humanos capacitados y con los medios necesarios para abarcar en conjunto la individualidad de cada persona, comprendido en su hábitat, en su familia, en su trabajo y en su comunidad. Un cambio real del sistema debe comenzar por asegurar a toda la población cuidados de salud continuos en el tiempo (atención longitudinal), integrales, coordinados, sin discriminación de edad, género o patología. El primer nivel deberá ser obligatoriamente puerta de entrada al sistema de atención”* (Bagnulo y otros, 2004: 19).

Esto implica organización territorial, fortalecimiento de policlínicas y centros de salud; programas prioritarios, participación comunitaria y coordinación intersectorial. La propuesta alternativa del modelo de atención a la salud partió de una visión centrada en las

necesidades y aportes de los usuarios, surgieron propuestas alternativas desde la sociedad civil y desde las comisiones de salud organizadas.

*“La atención Integral a la Salud comprende un conjunto de actividades centradas en las personas y el medio ambiente desarrollada por equipos de trabajadores de la salud y la comunidad; realizadas en todos los casos con una orientación preventiva y con un triple enfoque somático, psicológico y social, que integre el sistema de creencias y valores de la comunidad”* (Asociación Odontológica Uruguay, 2010)

El SNIS promueve la atención integral de la salud, de manera que se intentan abordar diversas áreas la psicológica, la somática y la social. Se han capacitado a técnicos que forman parte de la realización de tratamientos y diagnósticos complementarios.

### **3.2- El Trabajo Social y la salud**

La intervención del Trabajador Social en los equipos interdisciplinarios de salud en Uruguay en los últimos diez años, resulta de relevancia dado el quiebre que se presentó en los modelos de atención a los usuarios con la implementación del SNIS.

Durante la vigencia del modelo biologicista *“El sector salud, tuvo una orientación ¿¿“dada en los hechos”?? por una salud centrada en la enfermedad, en lo curativo, donde se conjugan conceptos como la “medicalización de la sociedad, la hiper especialización y la cada vez más dependencia de los avances tecnológicos como una constante.”* (Barrán apud Pérez, 2008: 31)

Se volvió indispensable trabajar desde la interdisciplinariedad de los equipos de salud, lo cual contribuyó a un mejor abordaje de las distintas problemáticas de los usuarios.

El Trabajador Social en un primer momento debe investigar la realidad en la cual están insertos los individuos, para después intervenir y de esta forma tratar de resolver los problemas sociales ya sea de individuos, familias, grupos, etc. Los problemas sociales de por sí presentan gran complejidad, la cual se ve agravada por las transformaciones que se dan en el contexto, lo que conlleva a que los mismos requieran de una intervención interdisciplinaria como un desafío colectivo para poder abordarlos.

#### Capítulo 4: Análisis

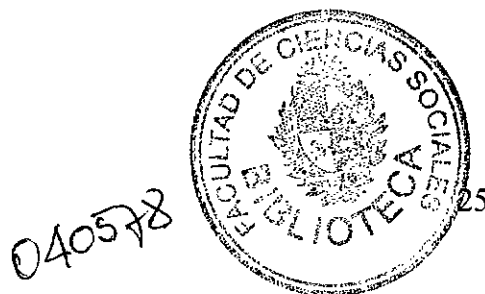
El surgimiento del Trabajo Social como práctica de intervención socio profesional nace vinculado a la existencia de sectores sociales que expresan necesidades insatisfechas. Además, como la voluntad institucional de hacerse cargo de ellas, de acompañar el accionar del profesional por medio de determinadas medidas a tomar como por ejemplo las políticas sociales derivadas del Estado.

Alfredo Carballada menciona *“Es posible afirmar que las prácticas profesionales o técnicas que intervienen en lo social actúan como forma de ratificación de la existencia de un “otro” que es construido como “sujeto de conocimiento” y sobre el cual se llevarán adelante diferentes procedimientos de intervención desde distintos espacios de saber. Construyendo a su vez formas de relación intersubjetiva.”* (Carballada, 2006:13). Los sujetos de conocimiento son construidos por las prácticas durante la intervención, en tanto las situaciones que estos atraviesan conforman el “problema social” sobre el cual se desarrollará la práctica profesional. Además se crean las estrategias debidas ante cada situación, de acuerdo a la complejidad que la misma presente.

El Trabajo Social como actividad profesional contribuye a que los individuos, grupos y comunidades mejoren su situación y sus condiciones de vida. Esta disciplina requiere de conocimientos teóricos proporcionados por las Ciencias Sociales y Humanas, y de habilidades técnicas- operativas para actuar en áreas y sectores que se consideren propios del campo profesional.

El sector público estatal es el principal empleador del Trabajo Social, y uno de los espacios de mayor incorporación profesional es el MSP, entre otras instituciones. La presencia de la profesión en el área de la salud data de mediados del siglo XIX, considerándose como imprescindible en la lucha que se desarrollaba contra la enfermedad y los vicios sociales.

El Trabajador Social fue incorporado al ámbito de la salud para realizar funciones de contralor, las que eran efectuadas mediante las visitas a los pacientes y a sus familias. *“(…) trabajando a demanda de situaciones puntuales y con bajo nivel de participación en*



*los programas prioritarios de salud, porque siempre se asignaron programas prioritarios con características de médicos sanitarios.”<sup>1</sup>*

En el marco de un modelo de corte biologicista la salud era definida como la ausencia de la enfermedad. La práctica médica que era desarrollada principalmente por el médico se enfocaba en curarla.

Beatriz Fernández Castrillo caracteriza al rol del Trabajador Social durante el modelo biologicista “(...) subordinado al poder médico. Quejoso, muy quejoso, generalización no? Poco pro activo, poco pro positivo, no hay investigaciones (...)”<sup>2</sup>. El rol del Trabajador Social podía considerarse como disciplinador hacia el paciente. El mismo era considerado como objeto de los tratamientos que se le indicaban, adquiriendo éste un rol pasivo.

Haciendo referencia a la evolución de la concepción de la salud en nuestro país H. Bagnulo y otros aducen

*“A comienzos del siglo XX el Uruguay tenía una población joven, una franca predominancia de enfermedades infecciosas y menor expectativa de vida. En ese contexto lo pertinente era la atención del episodio de enfermedad. Pero un siglo después se sigue actuando de la misma forma para una población que completó su transición demográfica con el correspondiente correlato en la transición epidemiológica, sin desconocer que existen sectores pobres y marginales que aún pueden expresarse epidemiológicamente como antes lo hacía el conjunto social”. (Bagnulo y otros 2004: 15).*

Estábamos frente a un sistema de salud que no respondía a las necesidades de la población, debido a que la transformación demográfica, epidemiológica y social que hemos experimentado ha definido un nuevo perfil de necesidades. Con el modelo biologicista la organización de la práctica médica en los hospitales estimuló la tendencia de medicalizar los problemas sociales respecto a la salud.

El modelo de salud que regía no era consciente de las enfermedades existentes que surgieron a partir de la transición demográfica y epidemiológica. Asimismo, no se invertía en promover la salud y prevenir la enfermedad, los usuarios consultaban el servicio cuando estaban enfermos.

---

<sup>1</sup> Entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social de Centro de Salud Maroñas.

<sup>2</sup> Entrevista realizada a Magíster en Salud Mental.



En 1946 cuando la OMS hizo una redefinición del concepto de salud se incorporaron los aspectos mentales y sociales como elementos componentes de la misma. Como podemos denotar se comenzó a valorar y considerar lo social como determinante de las condiciones de vida. Esta nueva concepción de salud es considerada e incorporada en el nuevo modelo de atención que comenzó a implementarse a fines del año 2005.

Con el cambio del modelo de atención, lo que se pretendió fue anteceder a la enfermedad por medio de la prevención y promoción de calidad de vida, a través de determinados procesos educativos con respecto a la temática. Siguiendo a Cabeza (2008) lo que se intentó fue consolidar un modelo de atención humanizado con enfoque interdisciplinario, así como la plena participación de los trabajadores/as de la salud y los usuarios/as, desde una perspectiva de derechos. *“Puede definirse el modelo de atención de salud de la población como la forma en que la sociedad, ante los determinantes sociales y biológicos, organiza sus recursos humanos, tecnológicos y materiales para afrontar integralmente los riesgos de la salud y proporcionar los servicios de promoción o fomento, prevención y atención médica”* (Cabeza, 2008: 29- 30)

Se fomentaron hábitos saludables de vida, protección frente a riesgos específicos, y capacidad de diagnosticar en forma precoz las enfermedades. A la vez que de administrar tratamiento eficaz y oportuno, incluyendo la rehabilitación y los cuidados paliativos. *“(…) trabajar sobre la salud y no la enfermedad, salir de un concepto de salud vinculado a la ausencia de enfermedad y pasar a un concepto de salud en el sentido que lo plantea la Organización Internacional como estado bio psico social, que es la definición de la OMS, pasar a una concepción integral. Bueno eso, yo creo que eso es la cuestión más difícil.”*<sup>3</sup>

En la actualidad entre las problemáticas que se presentan en las instituciones de salud podemos mencionar niños/as con riesgo nutricional, enfermedades producidas por déficit alimenticio, víctimas de violencia, y personas con consumo problemático de sustancias psico- activas. *“(…) yo si tuviera un parte acá, esto, uno tiene que registrar si consultó y no registró y si encontró o no encontró violencia doméstica. (...) Si algún médico lo encuentra lo deriva al equipo, algunos sí lo incluyen y en todo caso pide que consulte con alguien más, pero son los menos.”*<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Entrevista realizada a Lic. en Ciencias Políticas.

<sup>4</sup> Entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social de Centro de Salud Maroñas.

El Trabajo Social debe informar al equipo de salud en pro del diagnóstico final, considerando la integralidad al momento de la intervención. Dados los “nuevos problemas sociales” que no son más que los de siempre pero acentuados en su reconocimiento tanto desde la sociedad civil como desde los equipos interdisciplinarios.

El SNIS incluyó los ejes culturales y sociales, siendo la prevención y la promoción de la salud aspectos fundamentales del cambio. A partir del nuevo modelo integrado de salud la visión pasa a ser integradora, pensando en la salud desde otra óptica. La misma ya no se acota a la “no enfermedad” sino que traspasa fronteras, se basa en la premisa de una atención integral del individuo. “(...) *hay una prevalencia de problemas nuevos muy vinculados a la salud pero que en realidad son problemas sociales, como el consumo de los tóxicos, el alcohol, la droga, los accidentes de tránsito, problemas de convivencia, la violencia doméstica (...)*<sup>5</sup>”

En la reforma de la salud la atención integral a la misma estaba orientada por el principio de universalidad, de modo que cada ciudadano efectivizará el derecho a la salud como derecho humano que es. Supone acceder a la misma calidad de atención, de acuerdo a sus necesidades e indiferentemente de cual sea el prestador.

Para abordar la salud de los sujetos desde la integralidad, es decir, desde un enfoque bio-psico- social se procedió a la creación de equipos interdisciplinarios en centros de salud y policlínicas. H. Villar (2003) menciona que externamente a la medicina se han desarrollado nuevas profesiones y nuevas técnicas de salud, como lo son la asistencia social, psicológica, enfermería, entre otras.

*“Yo creo que hay una apertura a armar equipos interdisciplinarios que no sean solo médicos, hay una mayor ponderación de otras disciplinas como la Enfermería, el Trabajo Social, la Psicología y demás, eso me parece que es positivo. En eso creo que ha habido una conformación de equipo más interdisciplinario (...) Es decir en intercambiar los determinantes de salud, es decir que la mirada del Nutricionista, la del Trabajador Social, la del Psicólogo entren en juego en el estado bio psico social de la gente o no. Si eso entra en juego es un seguimiento y no es una cosa que es puntual cuando estoy enfermo que es lo que hacemos todos, sino que hay una trayectoria.”<sup>6</sup>*

Cuando entran en juego los aspectos bio-psico-social, se forman equipos interdisciplinarios, ya que se debe lograr una atención integral. Consecuentemente,

---

<sup>5</sup> Entrevista realizada a Magíster en Salud Mental.

<sup>6</sup> Entrevista realizada a Lic. en Ciencias Políticas.

profesiones como el Trabajo Social y la Psicología alcanzan un reconocimiento que hasta el momento no tenían. Enfermería y Nutrición son profesiones que ya se encontraban ligadas a la salud de forma más constante, en tanto el Trabajo Social y la Psicología estaban presentes pero con un rol no tan arraigado.

Por lo mencionado podemos afirmar que el nuevo modelo de Salud alcanza uno de sus objetivos. El mismo refiere a *“Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica”* (Ley 18211 2007: 2).

La presencia del Trabajador Social en las instituciones de salud implica que deba adaptarse tanto a su normativa como a su cultura institucional. En la actualidad lo hace como profesión autónoma, y no como auxiliar del médico.

El ejercicio profesional del Trabajo Social en el área de la salud está enmarcado en una relación social conformada por la Institución, los usuarios y los Trabajadores Sociales.

En ese contexto el *“(...) Sistema Nacional Integrado de Salud, en la letra reivindica muchísimo nuestro lugar, tanto al Trabajador Social como las variables sociales, el peso que tienen.”*<sup>7</sup>

El Trabajo Social para desarrollar su intervención profesional requiere de interdisciplinas porque la realidad se ha complejizado. *“(...) antes pensaba que debíamos estar departamentalizados, yo creo que ahora... cambié de idea, pero cambió el mundo también. (...) Pero claro que sí, todo lo que se está haciendo en salud mental se está haciendo por interdisciplina.”*<sup>8</sup>

El Trabajo Social incorpora herramientas teóricas y prácticas del resto de las disciplinas buscando mayor efectividad en su intervenir. La profesión, con su accionar, busca resolver problemáticas desde diferentes enfoques, y al hacerlo conjuntamente con equipos interdisciplinarios surge una combinación de saberes y conocimientos. Debemos tener presente que cuando un mismo problema es abordado por distintas disciplinas no va a ser resuelto de la misma forma, cada técnico aportará soluciones desde su conocimiento y experiencia.

---

<sup>7</sup> Entrevista realizada a Magíster en Salud Mental.

<sup>8</sup> Entrevista realizada a Magíster en Salud Mental.

*"(...) en principio estamos viendo que el médico que permitió la interrelación, escucha otras visiones, y puede participar por ejemplo con una Nutricionista, una Partera en el mismo nivel. Se ha logrado mucho con los Médicos de familia. (...) El trabajo desde la interdisciplinariedad es más efectivo y se nota cuando hay apoyo, digamos... de la administración por ejemplo para el IVE que es la Interrupción Voluntaria del Embarazo, hay obligación de que haya Trabajador Social en el equipo. (...) entonces se formó un equipo donde está el Ginecólogo, una Psicóloga y una Trabajadora Social (...)."<sup>9</sup>*

Para dar respuesta a la demanda que se le presenta a la profesión, debe limitarse el espacio disciplinario. La intervención del Trabajador Social se da a partir de la derivación que le realiza otro técnico o profesional de la salud, ante cierta problemática que atraviesa el usuario, para procurar dar solución a la misma.

Asimismo, se orienta a los usuarios sobre recursos y servicios sociales a los que pueden acceder para mejorar su calidad de vida, así como para efectivizar sus derechos. El Trabajador Social también actúa como intermediario entre las Instituciones de salud que ofrecen sus recursos y los usuarios que los demandan.

*"(...) es imposible no tener una relación vertical (...) porque hay uno que pide ayuda y otro que la ofrece. Y el que pide ayuda no puede tomar decisión por sí mismo. Entonces el agente sanitario muchas veces sos vos el que está tomando decisiones en la vida del otro y es inevitable, porque si está en emergencia y está todo roto y venía con la nena, vos tenes que ocuparte de la nena y sos vertical, tenés que actuar por el otro."<sup>10</sup>*

El Trabajo Social cuenta con principios fundamentales como lo son entablar una relación democrática con los usuarios, respetando sus valores. Conocer integralmente la realidad social, y comprometerse con la solución a los problemas de los mismos.

El profesional es quien realiza actividades de promoción y prevención, coordinando los distintos programas que están dirigidos a la población usuaria. *"(...) Lo que si creo que Trabajo Social tiene gran incidencia (...) es en las actividades de prevención que tienen que ver con lo extra muros. Para hacer actividades grupales, internas o externas ha tenido una gran participación, sigue teniendo y diría que tiene mayor participación (...)"<sup>11</sup>*

Por todo lo explicitado podemos mencionar que la intervención del Trabajo Social en el área de la salud excede a todo lo contemplado desde el enfoque médico. Su ejercicio profesional es diferente al realizado durante la vigencia del modelo biologicista.

<sup>9</sup> Entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social de Centro de Salud Maroñas.

<sup>10</sup> Entrevista realizada a Magíster en Salud Mental.

<sup>11</sup> Entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social de Centro de Salud Maroñas.

En el nuevo modelo de atención a la salud el paciente es considerado como un sujeto del proceso salud-enfermedad, y sus derechos asumen mayor relevancia. Se busca que el usuario concurra al primer nivel de atención como lo son las policlínicas, con el objetivo de desarrollar hábitos y actividades que apunten a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud, siempre desde un enfoque integral.

Con respecto al rol del Trabajador Social post implementación del SNIS podemos mencionar que ha cambiado. Ya no desempeña un papel disciplinador y/o controlador de los usuarios de la salud. *“A partir de la Reforma intenta trabajar en prevención e interdisciplina, en equipo de salud, no sólo con la visión médica y ahí tendría participación el Trabajo Social y las otras disciplinas también.”<sup>12</sup>*

Por su parte Beatriz Fernández Castrillo aduce *“(...) un efectivo operador final de las Políticas Sociales, agarra el teléfono, hace el informe del juez, muy administrativamente, la tarea socioeducativa ha quedado totalmente de lado”<sup>13</sup>*.

A partir de las entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales podemos señalar que coinciden en que la interdisciplinariedad sugerida por el SNIS se efectiviza en la intervención del Trabajador Social.

Debemos agregar que el abordaje interdisciplinario, en los términos en que se está planteando actualmente, es un aspecto innovador en los centros de salud. Dado su poco tiempo de implementación es difícil evaluar su efectividad.

*“Si... depende las características del equipo de Trabajo Social de cada Centro de Salud que recién digamos está teniendo las características de equipo de trabajo de la disciplina. Hace recién un año que se está planteando formar equipo de Trabajo Social, equipo de salud, técnico metodológicamente. Esto tiene una realidad de atención por los horarios, de coincidir en los horarios, en la práctica es difícil de implementar más allá que no se había implementado este trabajo en equipo y más allá que el equipo de salud como tal tampoco tiene un proceso de mucho tiempo.”<sup>14</sup>*

En síntesis, las personas entrevistadas en el marco de este estudio, coinciden en expresar que la inclusión del Trabajo Social en los equipos de salud se está efectivizando. Es temprano para evaluar resultados significativos, la integración de esta profesión está siendo relevante, pero el proceso se realiza paulatinamente.

---

<sup>12</sup> Entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social de Centro de Salud Maroñas.

<sup>13</sup> Entrevista realizada a Magíster en Salud Mental.

<sup>14</sup> Entrevista realizada a Lic. en Trabajo Social de Centro de Salud Maroñas.

## Conclusiones

A la luz del objetivo general planteado en el presente documento se constató que el abordaje interdisciplinario en los equipos de salud se está efectivizando a partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esto no sucedía en el modelo biologicista donde la intervención que se realizaba era de tipo fragmentada, el abordaje a la salud implicaba una acción de curar al paciente cuando éste se encontraba enfermo.

El cambio de modelo de atención tiene como propósito que la intervención sea conjunta y articulada entre los profesionales que integran el equipo de salud. Esto se ha vuelto necesario debido a las problemáticas cada vez más complejas que vivencian los usuarios. A su vez, el hecho de que un equipo interdisciplinario de salud aborde dichas problemáticas lleva a que se busquen soluciones más eficientes, y por ende de forma integral. Del mismo modo se pudo aprehender el nuevo perfil profesional del Trabajador Social a partir de la efectivización del modelo de salud vigente.

Considerando que el cambio de modelo de atención es un proceso lento, se requiere de algunos años para poder visualizar y evaluar los resultados que el mismo produjo. Se sugiere que se retome el tema abordado aquí de modo que se pueda profundizar en el mismo, para poder corroborar si efectivamente se está abordando la salud desde un enfoque bio - psico -social que es a lo que apunta el SNIS, entre otras cosas.

Por otra parte, si bien han pasado algunos años desde la implementación del actual modelo de salud, es relativamente nuevo en términos de desarrollo de una política de esta naturaleza. Ello ha incidido en la búsqueda de producción bibliográfica sobre la temática. En efecto, puede decirse que fue escaso el material encontrado para elaborar esta monografía.

En Ciencias Sociales existe un pluralismo metodológico donde se presentan las diferentes formas de aproximarse, descubrir y justificar la dimensión de la realidad social que se estudia. Por esta razón, es que en vez de hablar de método de las Ciencias Sociales se hace referencia a "los métodos". Y no como algo aleatorio, sino como el adecuado en cada caso, dependiendo del aspecto del objeto que se va a investigar.

El método exploratorio -utilizado con el fin de este trabajo- tiene como objetivo principal captar una perspectiva general del problema. Se utiliza cuando el objetivo es

examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, como lo es el nuevo modelo de salud que se está implementando en nuestro país en la actualidad. Se ha escogido este método teniendo en consideración el tema central de la monografía, de modo de poder reunir la mayor información posible sobre un contexto particular de la realidad social, como lo es el accionar del/la Trabajador/a Social en los equipos interdisciplinarios, entre los modelos de salud de Uruguay, en la última década.

El estudio exploratorio finaliza cuando a partir de los datos obtenidos adquirimos conocimiento suficiente para identificar qué factores son relevantes al problema y cuáles no. Es el momento de analizar los datos recabados donde emergerán las conclusiones sobre la investigación.

La entrevista es un medio a través del cual se busca obtener información que no puede adquirirse de otra forma. Dado que la revisión bibliográfica nos aportó información restringida, la entrevista fue la metodología que nos brindó los elementos para culminar con los hallazgos expuestos anteriormente.

La elaboración del presente documento, realizado con el fin de culminar la Licenciatura en Trabajo Social, me permitió acercarme a una realidad que hasta el momento solo conocía desde la teoría, a la cual le pude sumar el acervo del trabajo de campo realizado. El mismo me abrió paso a un conocimiento más acabado sobre la temática, fue fundamental en el proceso de realización del trabajo, brindándome información enriquecedora sobre el SNIS, así como el trabajo interdisciplinario que se apuntaló en la salud a partir de la implementación del mismo. Esto me llevó a reconocer en la salud un área más de intervención para el Trabajo Social, en constante interacción con las demás disciplinas que la abordan.

## Referencias bibliográficas

- ✓ Acosta Acosta, L. (1997). *Modernidad y Servicio Social: Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Disertación de Maestrado, Río de Janeiro: Universidad Federal Río de Janeiro, Escuela de Servicio Social.
- ✓ Acosta, L. (1998). La génesis del Servicio Social y el "higienismo". *Revista Fronteras*. 3, 11-21.
- ✓ Ander Egg, E. y Follari, R. (1993). *Trabajo Social e interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Humanitas.
- ✓ Anzalone, P. (2006) *Tiempos de cambios profundos en la Salud*. Trabajo presentado por el Director de División Salud- Intendencia Municipal de Montevideo, Julio, Montevideo.
- ✓ Bagnulo, H., Dibarboure H., Haretche A., Lorenzo J., Petrucelli D. y Serra J. (2004). La Salud entre el Colapso y la Reforma. *Cuadernos del CLAEH: Revista Uruguaya de Ciencias Sociales*. 89, 7-25.
- ✓ Borgia, F. (2008). La salud en Uruguay: avances y desafíos por el derecho a la salud a tres años del primer gobierno progresista. Sección Especial: Reformas progresistas en Salud en América Latina. Obtenida el 2 de mayo de 2013, desde dirección <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/208/410>
- ✓ Cabeza Laffitte, N. (2008) *La Atención a la Salud Mental en el marco del proceso de Reforma del Sistema de Salud*. Tesis de Licenciatura no publicada, Montevideo: UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.
- ✓ Cambio del modelo de atención en el sistema de salud. Extraído de [www.aou.org.uy/documentos/d\\_176.PDF](http://www.aou.org.uy/documentos/d_176.PDF) el 26/09/2010
- ✓ Carballeda, A. (2006) *El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención: del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad*. Buenos Aires: Espacio.
- ✓ Cazzaniga, S. (2008). Trabajo Social e interdisciplina. La cuestión de los equipos de salud. En *Salud e intervención en lo social*. (pp. 153-168) Buenos Aires: Espacio.
- ✓ Cifuentes, R. (2009) Consolidación disciplinar de Trabajo Social en las Ciencias Sociales: desafío y horizonte en la formación profesional en Colombia. *Revista Eleuthera*. Vol. 3, 40-71.
- ✓ Conejo, R. (2011) La formación universitaria ante el enfoque generalista y la especialización del Trabajo Social en la salud mental. En *Transformaciones del Estado*





*Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica* (pp. 337-348). Buenos Aires: Miño y Dávila.

✓ Constitución de la República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo, Cámara de Representantes.

✓ De Martino J. (2004): *“Una encrucijada en constante evolución: salud y Trabajo Social*. Tesis de Licenciatura no publicada, Montevideo: UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.

✓ Dornell, T., Sande S. y Aguirre M. (2011, mayo 12-14) *La complejidad en la delimitación de nuevos objetos de conocimientos en los Equipos de Trabajo Interdisciplinarios*. XI Congreso Nacional de Trabajo Social y I Conferencia Latinoamericana de Bienestar Social y Trabajo Social.

✓ Eroles, C. (1998) La intervención individual y familiar en la metodología del trabajo social. *En familia y trabajo social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. (pp.13-27) Buenos Aires: Espacio.

✓ Espinosa López, L. (2010) *Incidencia de los factores sociales en el proceso salud enfermedad*. Tesis de Licenciatura no publicada, Montevideo: UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.

✓ fcs/dts/Psicologiasocial/ut3grupos.pdf recuperado el 21/8/2011.

✓ Fernández, B. (2006) Aspectos Éticos en el Trabajo Social en Salud. *Revista Sociedade em Debate*. 2, 9-28.

✓ Fuentes, G. (2010) El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. Vol.19, 119-142.

✓ Grassi, E. (1994). *La implicancia de la investigación social en la práctica profesional de Trabajo Social*. *Revista de Treball Social*. 135, 43-54.

✓ IIDH. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Extraído el 20 de mayo de 2013 desde fuente <https://www.iidh.ed.cr/multic/DefaultIIDH.aspx>

✓ Kruse, H. (1994) En procura de nuestras raíces. *Cuadernos de Trabajo Social*. 3, 87-102.

✓ Malacalza S., y Cruz V. (2009): *Escenario social complejo: la construcción interdisciplinaria de la intervención*. La Plata: De la Campana.

✓ Mesa de salud de ADASU, 2004.

✓ Ministerio de Desarrollo Social- Subsecretaría de Atención a las Adicciones, Buenos

Aires, 2010, Alfredo Carballeda. [En línea]. [Consulta: 23 de marzo de 2012]. Disponible en: <<http://www.sada.gba.gov.ar/>

✓ Muñoz Dra. María Julia. Ministra de Salud Pública. ADUR, 9 de noviembre de 2006. [www.msp.gub.uy](http://www.msp.gub.uy)

✓ Organización Mundial de la Salud [En línea]. [Consulta: 25 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/>

✓ Ortega Cerchiaro, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Disertación de Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Uruguay.

✓ Poder Legislativo, Ley Número 17930 del Presupuesto Nacional 2005-2009. Disponible en página Web del Parlamento: <http://www.parlamento.gub.uy>

✓ Poder Legislativo, Ley Número 18211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en página Web del Parlamento: <http://www.parlamento.gub.uy>

✓ Paz Tejeira, G. (2008) *Gente en obra: reflexiones en torno a la inserción del trabajo social en el primer nivel de atención de salud*. Tesis de Licenciatura no publicada, Montevideo: UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.

✓ Pereira Canto, S. (2011) *El rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención*. Tesis de Licenciatura no publicada, Montevideo: UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales.

✓ Pérez Sánchez, M. (2008) *La Reforma del Sistema de Salud en el Primer Gobierno de Izquierda en la historia del Uruguay. Los desafíos del cambio*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Ciencias Sociales, Uruguay.

✓ Pérez, M. (2009, setiembre 8 y 9) La reforma del sistema salud en el primer gobierno de izquierda en la historia del Uruguay: *los desafíos del cambio*. VIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.

✓ Rebellato, J. (1989) *Ética y práctica social*. (Ed. Populares para América Latina)

✓ Rodrigues, D. y Borges M. (2009) Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Obtenido el 3 de setiembre de 2012 desde dirección <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>

✓ Saldivia, Z. (2008) La interdisciplinariedad, método holístico cognoscitivo. *Revista Semestral Humanidades y Educación*. 4, 57-61.

✓ Scocozza, M. (2002) *Interdisciplina: Un encuentro más allá de las fronteras*. [En

línea]. [Consulta: agosto de 2012] <http://www.dem.fmed.edu.uy>

✓ Villar, H. (2003) *La salud una política de Estado: hacia un Sistema Nacional de Salud*. (S/Ed)

✓ Villar, H. (2010). *Bases para la organización de los sistemas locales de salud. En estándares para la normalización y acreditación de servicios de enfermería para el SNIS*. (pp. 10-32). Montevideo: Ministerio de Salud Pública.