

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

**El Trabajo Social en las Instituciones de
Asistencia Médica Colectiva en el marco
del Sistema Nacional Integrado de Salud**

Natalia Russo

Tutora: Celmira Bentura

2015

Agradecimientos

Quisiera agradecer por el incondicional apoyo recibido a Sandra, Viviana y Mario. A mi familia y en especial a mi hija Martina; por todo!

A las grandes amigas por estar siempre, a mis compañeros de estudio con quienes compartimos tardes interminables e inolvidables; a los compañeros de trabajo.

También quisiera expresar un especial agradecimiento a Alén y a Celmira.

A las a Trabajadoras Sociales entrevistadas, por el tiempo, la buena disposición y los valiosos aportes.

Índice

Listado de abreviaturas.....	4
Introducción.....	5
1. Construcción del objeto de estudio y marco metodológico.....	7
1.1 Objeto de estudio.....	7
1.2 Objetivos.....	9
1.3 Marco metodológico.....	9
2. La Reforma de la salud en el Uruguay.....	10
2.1.1 El contexto de la Reforma: situación socio-económica y política del país.....	10
2.1.2 Descripción del Sistema de salud en el Uruguay.....	13
2.2.1 Los tres pilares de la Reforma de la salud: cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento.....	16
2.2.2 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS).....	18
2.2.3. Ley 18211: “Creación del Sistema Nacional de Salud y del Seguro Nacional y del Seguro Nacional de Salud.....	21
2.2.4 Programas prioritarios de salud.....	23
3. Reseña histórica: origen y desarrollo del sub sistema privado de salud en el Uruguay.....	24
3.1 Las Mutualistas.....	24
3.2 El Sindicato Médico del Uruguay y su Centro Asistencial.....	27
3.3 Las IAMC: datos relevantes en la actualidad.....	28
4. El Trabajo Social en el sub sector privado de salud.....	29
4.1 Trabajo Social y <i>cuestión social</i>	29
4.2 La demanda hacia el Trabajo Social en la salud privada.....	31
4.3 El trabajo profesional en el sub sector privado de salud: la perspectiva de los actores.....	37
5. Consideraciones finales.....	41
Bibliografía.....	44
Anexos.....	48

Listado de Abreviaturas

ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
APS	Atención Primaria en Salud
BPS	Banco de Previsión Social
DIGESA	Dirección General de la Salud
DIGESE	Dirección General de Secretaría
DIGESNIS	Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Institutos de Medicina Altamente Especializada
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
FONASA	Fondo Nacional de Salud
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
SNS	Seguro Nacional de Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
SIA	Sistema Informático del Adolescente
SINADI	Sistema Nacional de Información
UDELAR	Universidad de la República
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Introducción

En los primeros años de la década del 2000 se producen una serie de acontecimientos que marcaron un quiebre en la vida política del país. Se rompe el tradicional bipartidismo históricamente consolidado con la llegada al gobierno nacional de una fuerza política de izquierda que asume en el año 2005, trayendo como propuestas programáticas una serie de reformas en el plano económico y social. Entre ellas, la reforma de la salud es una de las grandes propuestas, en un sector fuertemente institucionalizado, dividido en dos grandes sub sectores: el público y el privado, con grandes problemáticas en cada uno de ellos y en el sistema en su conjunto.

El presente trabajo, constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social y está enmarcado en el área de la salud. Se enfoca específicamente hacia el sub sector de la salud privada y en la inserción del Trabajo Social en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, principal prestador de salud en este sub sector, a partir de la anteriormente mencionada reforma.

En la primera parte se presenta el objeto de estudio, el objetivo general y los objetivos específicos. También presentamos la estrategia metodológica seleccionada.

El punto 2 se divide en varios ítems. En primer lugar se enmarca brevemente el contexto socio-político y económico por el cual transita el Uruguay en las últimas décadas, para confluir en el escenario del país al momento de implementación de la reforma de la salud. Pasamos luego a una breve descripción del sistema de salud imperante antes de la reforma: composición, efectores en cada uno de los dos sub sectores, entre otros aspectos.

Para adentrarnos en la reforma de la salud, presentamos los tres pilares en los cuales ésta se sostiene y realizamos una breve introducción al concepto de Atención Primaria en Salud. A partir de la Ley 18.211 y algunos de sus principales artículos entre los que se encuentran los principios y los objetivos del Sistema Nacional de Salud, pretendemos dar cuenta de la finalidad del mismo y de los principales actores que intervienen en este proceso de reforma. Finalizamos nombrando a los programas prioritarios en salud.

El punto 3 se enfoca hacia el origen del mutualismo en el país y al devenir del sub sector privado de salud, marcando aquellos acontecimientos relevantes para el mismo como el nacimiento de las mutualistas y del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay. Consideramos finalmente algunos de los datos disponibles del sub sector en la actualidad, ya en curso la reforma de la salud, como forma de obtener un mapeo del total de usuarios tanto a nivel nacional como en Montevideo.

El punto 4, se enfoca al Trabajo Social como profesión, inserto en este contexto de reforma en el sector y en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva en particular. A través de la mirada de los actores, Asistentes Sociales cuyo trabajo profesional es en dichas instituciones, trataremos de analizar desde dónde parten y cuáles son las demandas hacia la profesión en el sector, cuáles son los espacios de trabajo, la inserción del Trabajo Social en los equipos de salud, entre otros aspectos.

Por último, en el punto 5 presentamos algunas consideraciones finales.

1. Construcción del objeto de estudio y marco metodológico

1.1 Objeto de estudio

Nuestro país al igual que el resto de los países latinoamericanos, en la década de los '80 y los '90 se encuentra transitando por importantes crisis económicas, un fuerte endeudamiento externo y por procesos de reformas estructurales del Estado siguiendo las recomendaciones de los organismos de crédito internacionales.

Si bien en Uruguay se implementan medidas de ajuste, tiene una impronta que lo diferencia del comportamiento del resto de los países de la región. Caracterizado por un amplio sistema de protección social estatal heredado de la época batllista y por la oposición de la sociedad al desmantelamiento de las empresas estatales, las reformas implementadas responden a dos características: en primer lugar a la combinación de componentes “estatistas” en todas las reformas y en segundo lugar, al carácter “gradualista” en la introducción de las mismas. En el primer caso se situaría la reforma educativa y la de seguridad social, y en el segundo la reforma de la salud. La lentitud en implementar reformas en esta área se deben a las características del sistema de salud en el Uruguay, un sistema fuertemente institucionalizado y a una sociedad con una transición demográfica temprana, que lo hace un caso atípico en la región (Mitjavila et al, 2002: 1107).

El 1° de marzo de 2005 asume en nuestro país por primera vez una fuerza política de izquierda que tiene como una de sus principales propuestas programáticas la reforma en el sector salud a partir la creación del llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Como consecuencia de ello se produjeron grandes modificaciones en los sub sectores que lo componen: el sub sector público y el sub sector privado, siendo hasta ese momento el principal prestador de salud del sub sector público el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y en el sub sector privado las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) como principales prestadores. Con el SNIS se apuesta a mantener un sistema de salud mixto, integrado por

prestadores públicos y privados pero con la rectoría del Estado, y apuntando principalmente a la universalidad y equidad en el acceso a la salud.

Como uno de los principales objetivos de esta administración se encuentra la apuesta a fortalecer los Programas de atención en salud. Algunos de estos Programas se inician en el marco de la Reforma de la Salud, otros ya se veían implementando pero son modificados en el curso de la misma. Dichos Programas son *“base sustancial del modelo alternativo de atención a la salud, contemplando líneas programáticas que aseguren la continuidad a lo largo de la vida (Programa de salud de la Niñez, de los y las Adolescentes, de la Mujer, de Adultos y Adultos Mayores) y la integralidad en base al cruce con programas transversales (Programa de Salud Bucal, de Nutrición, de Atención a Consumos Problemáticos, de ITS y VIH-SIDA) con énfasis en protocolos desde el primer nivel de atención ”* (Setaro; Koohlas, 2008).

Esto nos lleva a preguntarnos ¿cuáles son los Programas a través de los que se establece la incorporación del Trabajador Social en los equipos de salud en el área privada? si bien Asistentes Sociales y Trabajadores Sociales ya formaban parte de dichos equipos antes de la reforma de la salud, ¿qué sucede a partir de la misma; se producen cambios? Nos referimos específicamente a las IAMC como principal prestador del sub sector privado, cuya sede central se localice en el departamento de Montevideo. Nos preguntamos también ¿cómo son las relaciones con los referidos equipos? ¿qué tipo de tareas y actividades se realizan, como se organizan dichas tareas? etc.

En base a lo anterior, planteamos entonces que el presente documento se enfoca hacia el sub sector de la salud privada, y se orienta a determinar cuál es la relación entre los Programas de salud en el marco de la Reforma de la salud y la demanda hacia el Trabajo Social en este sub sector, específicamente en las IAMC localizadas en Montevideo. Para ello se acota temporalmente el período de análisis a partir del año de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y del ingreso de la población al Fondo Nacional de Salud (FONASA) a partir de enero del 2008.

1.2 Objetivos

Objetivo general:

Contribuir a la reflexión sobre la demanda que se le coloca al Trabajo Social en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) a partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Objetivos específicos:

- i) Identificar los distintos Programas de atención en salud en los cuales interviene el Trabajador Social.
- ii) Conocer sobre la práctica profesional del Trabajador Social como integrante de los equipos de salud.

1.3 Marco metodológico

El presente trabajo es de carácter exploratorio y descriptivo, basado en la metodología cualitativa, utilizando como técnica de recogida de datos las entrevistas semi-estructuradas a informantes calificados.

Para seleccionar a los informantes calificados se consideró a los Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales que trabajen en una IAMC en Montevideo y en el caso de haber dos o

más profesionales, contactar a aquel cuya trayectoria en dicha institución sea mayor en lo que refiere a cantidad de tiempo trabajando en la misma.

De esta forma, las Asistentes Sociales y Trabajadoras Sociales entrevistadas fueron contactadas en primer lugar por su inserción profesional en el sub sector privado de salud, específicamente en aquellas IAMC localizadas en Montevideo. Luego la selección se realizó siguiendo los criterios establecidos para los objetivos del presente trabajo, tales como mayor cantidad de tiempo trabajando en la institución u ocupar un cargo de referencia en el área social. También se tuvo en cuenta que el ingreso a las instituciones fuera anterior a la implementación de la reforma de la salud o en los inicios de la misma. Se realizaron tres entrevistas, contactando en una IAMC a la Trabajadora Social con mayor años de trabajo en la institución (entrevista n° 1). En otra institución se trata de la Asistente Social coordinadora de Trabajo Social de la IAMC (entrevista n° 2), y en la entrevista n° 3 a la primera y única Asistente Social que trabaja en la IAMC desde el inicio de la misma hasta el presente.

Se combina la metodología cualitativa con el análisis de datos de fuentes secundarias tales como: documentos de los Programas de Salud del Ministerio de Salud Pública, documentos institucionales y leyes relacionadas a la creación e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) así como datos estadísticos relevantes para el presente trabajo.

2. La Reforma de la Salud en el Uruguay

2.1.1 El contexto de la Reforma: situación socio-económica y política del país

Para situarnos en el contexto de la Reforma de la salud que lleva adelante el gobierno a partir del año 2005, es necesario abordar brevemente algunos de los procesos sociales, económicos y políticos por los que transita nuestro país durante las últimas décadas, con el fin de orientarnos en la comprensión del mismo. Es conveniente señalar que la Reforma de la

Salud es parte de un conjunto de reformas tanto de carácter social como económico que pretende llevar a cabo el gobierno electo a partir de este período.

A partir de los años '60, en lo que refiere a la situación internacional, el capitalismo central luego de la crisis del modelo fordista, inicia una etapa de reconversión y expansión conocida como "globalización". Se consolida un nuevo modelo de acumulación caracterizado por la mundialización de la economía, la apertura y liberalización económica, el avance en la tecnología, el transporte y las comunicaciones. Es necesario recuperar las ganancias luego de las crisis que caracterizaron al modelo anterior. Este escenario es diferente para los países centrales y para los dependientes. Estos últimos se orientan hacia la adopción de políticas económicas de relacionamiento internacional sustentadas en el libre comercio y la apertura comercial irrestricta; la reconversión laboral que implica desregulación laboral y en las privatizaciones de los servicios públicos estratégicos (Olesker, 2001).

En nuestro país el período dictatorial entre los '70 y mediados de los '80, con la eliminación de las libertades políticas, sindicales y sociales, se caracteriza por la puesta en marcha de un nuevo modelo de acumulación a través de una reestructuración económica que viabilizó una serie de reformas. En líneas muy generales, estas reformas se basan en la apertura total del sistema financiero y la libre movilidad de capitales; extranjerización del sistema bancario privado producto del ingreso de capitales; crecimiento de las operaciones en moneda extranjera así como una creciente deuda externa; caída sustantiva del salario real y el retiro gradual de la participación del Estado en la fijación de precios (Olesker, 2001: 35).

Durante este período comienzan a implementarse lentamente en nuestro país una serie de cambios en los sistemas de protección social heredados de las primeras décadas del siglo XX. Estos sistemas de protección tienen al Estado como agente central proveedor de bienes y servicios, con políticas sociales de carácter universalista. Si bien a diferencia de lo que sucede en otros países de la región no se produce un desmantelamiento del aparato estatal, se producen reasignaciones en el gasto social que impactan en la calidad de las

prestaciones, principalmente en las áreas de salud, seguridad social y educación (Midaglia, 2009).

Con la reapertura de la democracia en los años '80 y la década del '90, se consolida este modelo, siendo entre las reformas estructurales las que se destacan: el retiro del Estado de la negociación colectiva tripartita; la reforma del sector público, frenada en gran medida por la oposición de la ciudadanía mediante el plebiscito de derogación de la ley de empresas públicas; el aumento de las tercerizaciones y contratos a término en el ámbito estatal; el impacto sobre la producción nacional del ingreso de productos importados a menor costo como consecuencia de la apertura externa; el aumento en los impuestos al consumo y a los sueldos (Olesker, 2001).

Si bien el modelo aplicado permitió un proceso sostenido de crecimiento económico, es sumamente dependiente del contexto internacional y con un carácter concentrador de las ganancias en los sectores de grandes exportadores, comerciantes e importadores, aquellos vinculados al sistema bancario y algunos profesionales.

Llegamos así al 2004 *“con un complicado escenario económico y social, con una institucionalidad muchas veces híbrida entre el antiguo régimen de Estado de Bienestar de la época batllista y los elementos de las políticas neoliberales. La salud, la seguridad social, la enseñanza o la vivienda son claros ejemplos de este híbrido que desde una perspectiva institucional ayudaron a agudizar este problema”* (Portillo: 2010; 12).

En líneas generales tenemos un país donde un 13 % de la población económicamente activa se encuentra desempleada, casi un 47 % de los empleados con inestabilidad laboral, precariedad o informalidad, caída del salario, concentración de la pobreza en los menores de 6 años con un porcentaje próximo al 50 %, un fuerte endeudamiento externo, etc. Específicamente en la salud, la crisis de las IAMC llevo en este periodo al cierre de varias de estas instituciones debido a la falta de control y fiscalización y en el ámbito Estatal, se hace notoria la falta de recursos y el aumento de población a ser atendida (Portillo, 2010).

Esta es la compleja situación económica y social en la que se encuentra nuestro país al llegar a la primera década del 2000, que sin lugar a dudas es base sustancial para las propuestas programáticas de reformas que trae consigo el nuevo gobierno en el año 2005. Pero para situarnos específicamente en las transformaciones que se producen en el sector de la salud, comenzamos por aproximarnos a algunos conceptos básicos, siendo algunos de ellos: ¿cómo definimos el concepto de salud? ¿Qué es un sistema de salud; cómo se compone este último? ¿quiénes son sus principales actores? Todos estos aspectos se abordan en el siguiente punto.

2.1.2 Descripción del Sistema de Salud en el Uruguay

En principio nos aproximamos al concepto de salud y sistema de salud desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La primera se define de forma positiva e integral, no como mera ausencia de la enfermedad, sino como *“completo bienestar biológico, psicológico y social”* y siendo considerada como un derecho humano fundamental (OMS, 1948). Un Sistema de Salud es definido como una entidad que *“comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito principal es mejorar la salud”* (OMS, 2005).

Por otra parte, los Sistemas de Salud pueden caracterizarse de múltiples formas, una de las más utilizadas incluyendo a nuestro país, se basa en la propiedad de los “efectores”, identificándose de esta forma dos sub sectores: el sub sistema público y el sub sistema privado. *“Se define como efector de la atención a la salud a la Unidad Asistencial que efectúa las prestaciones vinculadas a la atención de salud con habilitación para tal fin, organizándose los servicios brindados a través de una administración única”* (Tommasina, León, 2008: 107)

El sub sector público hasta la implementación de la reforma de la salud se constituyó de la siguiente forma: el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” hospital universitario de la Universidad de la República (UdelaR), el Servicio de Sanidad de las

Fuerzas Armadas, el Servicio de Sanidad Policial, los Servicios Médicos de las Intendencias Municipales de los 19 departamentos, el Banco de Previsión Social y los Servicios Médicos de los Entes Autónomos y Servicios Descentralizados.

El sub sector privado se encontraba conformado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), los Seguros Parciales de Salud, las instituciones que brindan Atención Particular Privada y los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

Con respecto a las IAMC, principal efector de servicios de salud del sub sistema privado, podemos decir que su organización es de los siguientes tipos a partir de la Ley 15181:

Artículo 6°.- Las instituciones privadas de asistencia médica colectiva serán de los siguientes tipos:

- a) Asociaciones Asistenciales, las que inspiradas en los principios del mutualismo y mediante seguros mutuos otorguen a sus asociados asistencia médica y cuyo patrimonio esté afectado exclusivamente a ese fin;
- b) Cooperativas de Profesionales las que proporcionen asistencia médica a sus afiliados y socios y en las que el capital social haya sido aportado por los profesionales que trabajen en ellas;
- c) Servicios de Asistencia creados y financiados por empresas privadas o de economía mixta para prestar, sin fines de lucro, atención médica al personal de dichas empresas y eventualmente, a los familiares de aquél.

El Sistema de Salud de nuestro país no fue objeto de reformas significativas anteriormente, con excepción de algunas modificaciones principalmente a nivel estatal que no pueden caracterizarse como reformas en el sector en su conjunto. Esto se debe al corporativismo y fuerte institucionalización del mismo y a la existencia de un sub sector privado consolidado,

liderado por las IAMC que en muchos casos presentó profundas crisis de gestión y financieras.

Principalmente en Montevideo y zonas urbanas, el sector IAMC captó a aquellos usuarios con capacidad de pago y a la mayor parte del sector formal de los trabajadores cubiertos por un seguro obligatorio. Por otro lado, un sub sector público, que atiende las necesidades de la población de bajos recursos y desprovista de protección asociada al trabajo formal. El sistema de salud anterior a la reforma se caracteriza por la existencia de estos dos sub sectores marcados por una fuerte fragmentación, traducida en una escasa o inexistente complementación entre ambos y por una marcada segmentación que se refleja en inequidad asistencial (Midaglia, 2009).

Por otra parte, de acuerdo al diagnóstico realizado por la VII Convención médica llevada a cabo en julio de 1984, en dónde ya se afirmaba que el sector salud estaba en crisis, se establece que la inequidad está asociada también a la forma de financiamiento, la distribución y el uso de los recursos cuando se comparan ambos sub sectores. Los usuarios no tienen asegurada la accesibilidad al sistema así como tampoco la participación en la toma de decisiones (Tomasina; León, 2008).

Dadas las características del sistema de salud del país resultó evidente para muchos actores la necesidad de una reforma estructural en el sector. Sin embargo, por algunas de estas mismas características tales como la fuerte institucionalización y el peso del sub sector privado y de las IMAC, es que se opta por la implementación de una reforma basada en un Sistema Integrado a partir del año 2008, manteniendo la división históricamente consolidada del sub sector público y el sub sector privado pero con la regulación del Estado. La reforma del sector salud entonces se sostiene en los tres pilares que desarrollamos a continuación.

2.2.1 Los tres pilares de la Reforma de la salud: cambio en el modelo de atención, gestión y financiamiento

La Reforma de la salud se sostiene en tres ejes que determinan cambios sustanciales con respecto al modelo anterior, ellos son:

- **Cambio en el modelo de atención**

El modelo asistencial vigente se basa en la aplicación de un tipo de atención curativa, una vez instalada la enfermedad y en donde se brinda como respuesta erradicar los síntomas sin profundizar en las causas, con lo que esto conlleva por el costo que se genera para los usuarios y al propio sistema de salud. La atención fragmentada, especializada, donde el cuerpo no es visto como un todo, sino como parte de una máquina que cada especialista debe hacer “funcionar” desde su saber, dejando de lado otros aspectos que hacen a la salud como los aspectos psicológicos, sociales y ambientales (Bentura, 2011).

Se propone a través del cambio en el modelo de atención, basado en la estrategia APS privilegiar la promoción y prevención en salud así como apuntar hacia un tipo de atención integral. Para ello apuesta al fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, la atención a la salud a través de equipos interdisciplinarios con un enfoque integral, la cobertura universal y coordinación intersectorial (Tommasina; León, 2008).

Se entiende como Primer nivel de atención la *“organización de los recursos, que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes de una población dada...este es el nivel donde se resuelven los problemas más comunes y más sencillos”* (León; Herrera, 2008:45).

El cambio hacia un modelo basado en la prevención y promoción en salud implica la existencia y fortalecimiento de un conjunto de Programas prioritarios en salud pensados como herramientas que impacten directamente en los hábitos de salud de la población y que

se instrumenten tanto en el sub sector público como en el sub sector privado. En el desarrollo de los Programas prioritarios en salud nos detendremos más adelante.

- **Cambio en el modelo de gestión**

Respecto al cambio en el modelo de gestión se apunta en primer lugar al rol del MSP en la rectoría del sistema de salud, diseñando políticas de salud, regulando la normativa de los Programas de salud, ejerciendo el contralor de los efectores; en suma: el MSP como el responsable de la conducción en el proceso de construcción e implementación del nuevo Sistema de salud.

Se apuesta también a la participación de los trabajadores de la salud y a los usuarios en la gestión del nuevo Sistema de salud, en donde a través de las Comisiones de participación, los usuarios además de ejercer control sobre la calidad de las prestaciones mantendrán un diálogo permanente con los servicios de salud.

- **Cambio en el modelo de financiamiento**

Por último, para el logro de un Sistema de salud que apunte hacia la universalidad en la cobertura y acceso a los servicios, el planteo referido al cambio en el modelo de financiamiento se sustenta en la creación de un Seguro Nacional de Salud de acuerdo a los siguientes puntos:

_ Los usuarios deben aportar al Sistema en función de su ingreso familiar lo que les permite el acceso a la cobertura integral en salud.

_ Las empresas tanto públicas como privadas deben aportar un financiamiento proporcional a la cantidad de trabajadores contratados.

_ Las instituciones cobran mensualmente por sus afiliados cuotas diferenciadas por prima de riesgo según sexo, edad u otras variables, de forma de posibilitar el equilibrio del costo de atención según riesgos de dicha población. A ello se suma que en el pago se incluye un

componente por cumplimiento de objetivos sanitarios (metas asistenciales) que apuntan al fortalecimiento en el cambio de modelo de atención propuesto.

_Los efectores pueden ser públicos o privados, formar alianzas estratégicas o redes de atención que les permitan mejorar en la calidad en los servicios y una mayor captación de usuarios (Olesker, 2010).

2.2.2 Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS)

De acuerdo a lo planteado sobre los tres pilares en los cuales se sostiene la reforma de la salud, consideramos necesario realizar una breve introducción al significado de la estrategia APS. Ello porque según se declara en la Ley 17930 “Presupuesto Nacional, periodo 2005-2009” en su artículo 264, el SNIS se constituirá por la complementación público privada y en base *“a la estrategia APS, privilegiando el Primer Nivel de Atención, acciones de prevención, promoción y rehabilitación”*.

La Estrategia de Atención Primaria en Salud tiene su origen en la década de los ´70, más precisamente en 1978 en la ciudad de Alma Alta, en Kazajistán (ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas -URSS-) para lograr la meta “Salud para Todos en el año 2000”.

Esta meta es una propuesta de la OMS ante las transformaciones estructurales que se venían desarrollando con el avance del modelo neoliberal y la expansión del capitalismo central, el impacto de la desregulación en el mundo del trabajo, el desmantelamiento de los Estados de Bienestar y los servicios brindados por éstos, incluidos los servicios de salud y por los cambios en el perfil demográfico de la población en occidente.

Un sistema de salud basado en la APS tiene por objetivo principal el logro del nivel de salud más alto posible, tratando de dar respuestas a las necesidades de salud a la población. Apunta a garantizar la cobertura universal y el acceso a servicios orientados a la mejora en la calidad de los mismos, la eficiencia y la efectividad. Para ello es necesario un marco legal, institucional y organizacional, así como recursos financieros, recursos humanos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

Se hace énfasis en la prevención y en la promoción, brindando atención integral a través de acciones intersectoriales que permitan el abordaje de otros determinantes de la salud.

Se entiende por atención integral *“la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social, acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada”* (Benia, Macri, Berthier, 2008: 140).

De acuerdo a la Declaración de Alma Alta, según la clasificación de los citados autores, los principios básicos de la APS son:

1) Respuesta a las necesidades de salud de la población:

Los sistemas de salud deben centrarse en la persona, buscando satisfacer sus necesidades en forma integral. Para lograr responder en forma adecuada se deben tener en cuenta tres componentes:

- i. Brindar soluciones efectivas a las problemáticas que trae el usuario.
- ii. Contener al usuario en tanto se construya una solución a su problemática
- iii. Apoyo al usuario para transitar su problemática: escucha, cuidados paliativos, orientación en la comprensión de los tratamientos.

2) Servicios orientados hacia la calidad:

Son indicadores de calidad la actualización continua de los equipos de salud para poder brindar mejor respuesta a las necesidades de los usuarios. El trato digno, respetuoso y el abordaje holístico de la persona.

3) Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos:

Esto implica que los ciudadanos conozcan y efectivicen el pleno ejercicio de sus derechos exigiendo servicios de calidad y equitativos. Incluye que sean los gobiernos quienes implementen políticas y procedimientos de control a todos aquellos que formen parte de un sistema de salud con independencia del tipo de prestador (público, privado, etc.) con líneas claras de responsabilidad.

4) Sustentabilidad del sistema de salud:

A través de la planificación estratégica con objetivos y metas específicas de forma de dar respuesta a las necesidades a todos los ciudadanos, en especial a los más vulnerables, de forma que estas respuestas cuenten con los recursos necesarios para asegurar su continuidad y trasciendan los cambios en los gobiernos.

5) Participación:

A nivel individual y a nivel social. En el primer caso con respecto a la toma de decisiones en cuanto a la propia salud y a la de la familia y en el segundo caso a través del control social de la gestión.

6) Intersectorialidad:

Este principio implica la articulación entre diversos actores y sectores (intersectorialidad e interinstitucionalidad) que permitan mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades (Benia, Macri, Berthier, 2008). Veremos en el siguiente punto, que muchos de estos principios son retomados en la Ley 18.211, correspondiente a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud.

2.2.3 Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional de Salud y del Seguro Nacional de salud.

En este punto, desarrollamos algunos de los artículos de la Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional de Salud y del Seguro Nacional de Salud, a través de los cuáles nos adentramos en la reglamentación de la reforma en el sector salud y donde se explicita de qué forma se llevará adelante.

En principio, según el Art 1°) se establece que la Ley 18211 tiene como objetivo reglamentar el derecho a la salud de todos los habitantes residentes en el país y plantea cómo lograr el acceso a los servicios integrales de salud. Se establece en el Art 2°) cuáles son los efectores habilitados para integrar dicho sistema, conformando un sistema mixto, compuesto por prestadores públicos y privados.

En el artículo 3°) se establecen los principios rectores del SNIS, siendo algunos de ellos:

- La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- La intersectorialidad de las políticas de salud respecto al conjunto de políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población
- La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud
- La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones
- La orientación preventiva, integral y de contenido humanista
- La calidad integral de la atención respetando los derechos humanos de los usuarios y los principios de la bioética.
- La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios
- La participación de trabajadores y usuarios
- La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales

Por otra parte, los objetivos del SNIS los encontramos en el artículo 4°) en donde se señalan entre los principales:

- implementación de una estrategia sanitaria a través de un modelo de atención integral que comprenda políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, prevención y diagnóstico precoz; tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de los usuarios incluyendo cuidados paliativos.
- Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Otro de los puntos referidos que entendemos importante en este nuevo modelo propuesto es el rol del Estado, a través del Ministerio de Salud Pública (MSP), quien ejerce el contralor del sistema y elabora las normas y políticas en torno a las cuales funciona el SNIS. Para ello registra, habilita y controla (en la gestión sanitaria, contable y económico financiera) a los prestadores sanitarios integrantes del SNIS. También es quién diseña y aprueba los programas de prestaciones integrales de salud que estos prestadores deben brindar a los usuarios.

La creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA), según artículos 23° y 24°, es un organismo desconcentrado dependiente del MSP, que tiene como principales objetivos la administración del SNIS y asegurar el cumplimiento de los principios y objetivos del mismo. La JUNASA se integra por dos miembros del MSP, uno del Ministerio de Economía y Finanzas, uno del Banco de Previsión Social (BPS), un representante de los prestadores de salud, un representante de los trabajadores de los prestadores de salud y un representante de los usuarios del SNIS.

Con respecto al ingreso de la población al SNS, ésta se realizó en forma gradual. En principio los trabajadores privados, los menores de 18 años, luego se fueron incorporando los trabajadores públicos, los trabajadores amparados en las cajas de auxilio, los jubilados y pensionistas; paulatinamente los cónyuges con hijos, y luego sin hijos. Actualmente falta el

ingreso de los trabajadores municipales y los mayores de 18 años que no trabajan, como forma de lograr el objetivo de cobertura universal (Artículos 60 al 74 de la Ley 18211.)

2.2.4 Programas prioritarios de Salud

Cuando desarrollamos el cambio en el modelo de atención que propone el SNIS, una de las estrategias propuestas consiste en la aplicación y fortalecimiento de los Programas prioritarios en salud como forma de incentivar en la población cambios en los hábitos de vida y cuidado de la salud. Dichos programas son:

- Programa Nacional de Nutrición
- Programa Nacional de Mujer y Género
- Programa Nacional de Salud Bucal
- Programa ITS-SIDA
- Programa Nacional de Discapacidad
- Programa Nacional de Salud Mental
- Programa Nacional de la Niñez
- Programa de Control de Tabaco
- Programa de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas
- Programa Nacional de Adolescencia
- Programa Nacional del Adulto Mayor

Fuente: www.msp.gub.uy

El objetivo de fortalecer estos Programas es la atención en salud y continuidad a lo largo de la vida de la persona, diferenciándolos en distintas etapas tales como niñez, adolescencia, etc. de forma de orientar acciones de acuerdo a las características y al cuidado necesario de esa etapa en particular. Se complementa con el cruce de Programas que tiene como objetivo el logro de atención integral, en concordancia con los principios de la APS. Las prestaciones que deben brindar las instituciones están contempladas en la Ley 18211 y son controladas por la JUNASA.

3 Reseña histórica: origen y desarrollo del sub sistema privado de salud en el Uruguay.

Como ya mencionáramos anteriormente, la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud de carácter mixto, conformado por el sub sector público y el sub sector privado responde en gran medida a las características del sistema de salud históricamente consolidado en el país.

Dentro del sub sector privado, las IAMC actualmente son las instituciones que cuentan a nivel nacional con aproximadamente 1.800.000 de afiliados, representando más de la mitad de la población con cobertura en salud. Es por ello que en este punto nos detenemos en el origen de las instituciones privadas de salud y qué características presentaron estas primeras instituciones. Básicamente tomamos como referencia a las mutualistas nacidas a mediados del 1800 y más cerca en el tiempo el Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay, principalmente por las particularidades de su surgimiento.

Por último presentamos algunos datos que consideramos relevantes del sub sector privado en la actualidad, específicamente de las IAMC a nivel nacional y en Montevideo.

3.1. Las Mutualistas

Aproximarnos al origen del sector privado de salud en el Uruguay implica abordar brevemente el nacimiento del mutualismo en el país, ya que son este tipo de asociaciones vinculadas a las colectividades de inmigrantes las primeras que surgen como forma de brindar apoyo social, económico y sanitario además de preservar pautas culturales.

Principalmente las colectividades españolas e italianas, las más numerosas en nuestro país en la segunda mitad del siglo XIX y en menor cantidad las francesas, son las impulsoras del mutualismo en Uruguay, definido como un gran “movimiento social” al decir de José María Buyo, fundador de la primer mutualista del país en 1853, la Asociación Española 1a de Socorros Mutuos en la ciudad de Montevideo (Kruse, 1994).

A la Asociación Española le siguieron la Asociación Francesa, la Sociedad Italiana de Socorros Mutuos, la Asociación Fraternidad, El Círculo Napolitano, el Círculo Católico de Obreros, entre otras. El trasfondo filosófico de las primeras mutualistas uruguayas no es claro, si bien predominaron entre los inmigrantes llegados de Europa las ideas anarquistas y socialistas, con respecto a las asociaciones mutuales solo se puede señalar por ejemplo a través del Reglamento de la Asociación Española 1a de Socorros Mutuos que los objetivos eran:

- 1) Socorrer a los españoles inscritos en caso de enfermedad
- 2) La reunión de los esfuerzos del total o parte de los asociados, para conseguir todo y cualquier objeto plausible y de mutua utilidad, que no pudiesen conseguir aisladamente (Kruse, 1994: 45).

Las asociaciones de socorros mutuos no operaron únicamente para la atención a la salud de sus afiliados, sino que también atendieron aspectos tales como el apoyo económico, por ejemplo en el caso de la Asociación Española tuvo una bolsa de trabajo para sus socios desocupados, así como otras asociaciones de socorros mutuos cumplieron diversos fines, es por ello tal vez que Buyo (en Kruse, 1994) las caracterizó como un gran movimiento social.

A fines de 1890 el mutualismo era una fuerza importante en el país, destacándose las mutualistas gremiales, las mutualistas confesionales católicas, las primeras mutualistas barriales y las nuevas mutualistas comerciales, que según manifestaría el Sindicato Médico del Uruguay en años posteriores estar “*en contra de estas organizaciones comerciales que desvirtúan los elevados fines del mutualismo*” (Avellanal, 1996: 11).

En la primera década del 1900 se observan los siguientes datos correspondientes al origen de las mutualistas, basándonos en la investigación de Kruse (1994) tenemos entonces:

ETNICA	COSMOPOLITA	GREMIAL	INDEFINIDA	CATOLICA	FEMENINA
100	37	21	44	29	1

Del total de sociedades de socorros mutuos existentes, se observa un marcado predominio de aquellas vinculadas a las colectividades de inmigrantes frente a las cosmopolitas, también sobre aquellas provenientes de la actividad gremial y de las mutualistas confesionalmente católicas. Es notorio el hecho de que exclusivamente femeninas solo existió una.

Se destaca también que de las aproximadamente 232 sociedades de socorros mutuos existentes en estos años, un porcentaje cercano al 41 % se localizaba en Montevideo y un 58 % en el interior. Muchas de ellas fueron muy pequeñas debido a los requisitos necesarios para el ingreso.

Las diferencias regionales que mantenían tanto españoles como italianos incidieron en la división de varias de las mutualistas existentes, así como en muchos casos la mala gestión y el tamaño de la nómina de socios de otras hicieron que muchas de ellas fueran desapareciendo paulatinamente. Por otra parte, se decía que las mutualistas llamadas “comerciales” explotaban tanto a socios como a médicos.

Realizando una revisión histórica, Kruse sostiene que *“el mutualismo uruguayo paso por varios grandes procesos: surgimiento, expansión explosiva, apogeo y una larga, muy larga crisis”* (1994: 69). De esta forma se está diferenciando los distintos momentos por los que paso el mutualismo uruguayo a partir de su surgimiento asociado a las colectividades de inmigrantes, extendiéndose luego a las organizaciones barriales, católicas, gremiales y también a las comerciales. La ausencia de regulación en la materia que no apareció hasta mediados del 1900, hizo que muchas de estas organizaciones lucraran con la salud de sus asociados de forma tal que el Sindicato Médico del Uruguay no demoró en tomar posición al respecto. Por último, durante todos estos años, la mala gestión fue un factor determinante en la desaparición de muchas de estas instituciones.

3.2 El Sindicato Médico del Uruguay y su Centro Asistencial

En plena etapa de expansión, a medida que crecían las mutualistas y su número de afiliados, se ve incrementado también el cuerpo médico necesario para su atención. Las condiciones laborales y salariales no tardaron en generar tensiones y conflictos entre el cuerpo médico y las organizaciones mutuales. Ante esta situación el Sindicato Médico nacido en el año 1920 comenzó a tomar parte de esta problemática.

La crisis provocada en el '29 por la caída de la Bolsa de Nueva York no demoró en traer consecuencias a nuestro país, el cual se encontraba en los primeros años de la década del '30 con amplios sectores de la población afectados por la crisis económica. Esto repercutió también en el modelo sanitario privado tradicional, por lo que muchas personas optaron por el sector mutual. En este contexto, sostiene Avellanal *“conflictividad creciente con las instituciones mutuales, desocupación médica, nuevo y mayor dinamismo del gremio y sus estructuras sindicales [...] se iniciaba así en 1934 el proceso fundacional del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay”* (1996: 12).

Como forma de regular por primera vez a estas instituciones, el decreto-ley 10.384 del 13 de febrero de 1943 “Mutualistas de Asistencia” las clasificó en los siguientes tipos: sociedades mutuales, sociedades de producción sanitaria, sociedades patronales o gremiales de asistencia médica, sociedades médicas de asistencia y empresas comerciales de asistencia. En este decreto-ley se reglamenta el funcionamiento de estas sociedades y las competencias del Poder Ejecutivo y del Ministerio de Salud Pública respecto a éstas.

Este decreto-ley queda derogado con la publicación de la Ley 15.181 en setiembre de 1981, “se establecen nuevas normas para la asistencia médica colectiva y privada”. Tal como se detalla anteriormente (2.1.3 del presente trabajo) las instituciones de asistencia médica colectiva son de los siguientes tipos: asociaciones asistenciales, cooperativas profesionales y servicios de asistencia. En esta Ley se establecen las condiciones de funcionamiento, derechos y obligaciones de las IAMC así como de los asociados, afiliados o usuarios de las mismas.

3.3 Las IAMC: datos relevantes en la actualidad

Según datos del Sistema Nacional de Información (SINADI) brindados al Ministerio de Salud Pública (MSP) en 2013, las IAMC cuentan aproximadamente con 1.834.939 afiliados por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en todo el país.

Las IAMC con sede central en Montevideo son 11 y tienen una cifra de afiliados por FONASA de aproximadamente 1.085.506 usuarios. En el siguiente cuadro se discriminan los afiliados a las IMAC por FONASA de Montevideo e interior:

	Cantidad de instituciones	Cantidad de afiliados por FONASA
IAMC Montevideo	11	1.085.506
IAMC interior	27	749.433
TOTAL	38	1.834.939

Institución	Cantidad de afiliados por FONASA
ASOCIACION ESPAÑOLA	154.777
CASA DE GALICIA	51.570
EVANGELICA	52.294
CASMU	172.585
CIRCULO CATOLICO	71.208
CUDAM	49.683
COSEM	61.838
GREMCA	32.926
MUCAM	267.880
SMI	112.104
UNIVERSAL	58.641

En este cuadro se discriminan la cantidad de afiliados por institución en Montevideo. Los datos de los cuadros corresponden a cifras del SINADI del año 2013, lo que nos da una aproximación a la cantidad de usuarios que optaron por los prestadores de tipo IAMC a partir de la reforma de la salud.

4. El Trabajo Social en el sub sector privado de salud

En este punto nos referiremos brevemente y de forma general al Trabajo Social como profesión y al ejercicio profesional, para luego dirigirnos directamente a la inserción de dicha profesión en el ámbito del sub sector privado de salud.

4.1 Trabajo Social y “cuestión social”

Coincidiendo con la visión de lamamoto, para comprender la profesión es necesario partir de una mirada que trascienda lo cotidiano, de forma tal que abarque el cuadro socio-histórico que atraviesa y conforma el ejercicio profesional, así como las múltiples expresiones de la “cuestión social”. El mundo actual, el mundo globalizado bajo la hegemonía del gran capital financiero en el cual se unen capital bancario y capital industrial, donde se concentra cada vez más el capital y el poder, es el contexto donde se produce la “cuestión social” hoy y sus múltiples expresiones (lamamoto, 2003).

El Trabajo Social es considerado como una especialización del trabajo y la actuación del Asistente Social como una manifestación de su trabajo enmarcado en el ámbito de producción y reproducción de la vida social. Los hombres para poder vivir necesitan trabajar, y cuando hablamos de Trabajo Social en la producción y reproducción de la vida social estamos hablando de reproducción de convivencia humana, de relaciones entre individuos, grupos y clases sociales.

Todo proceso de trabajo requiere de una materia prima u objeto sobre el cual incide la acción e instrumentos de trabajo que permitan llevar a cabo la acción del sujeto sobre el

objeto, que además sufrirá transformaciones mediante la acción del trabajo (Iamamoto, 2003: 121).

El objeto de trabajo para el Trabajo Social es la *“cuestión social”* en sus múltiples expresiones, ésta provoca la necesidad de la acción profesional. Esas expresiones o manifestaciones de la *“cuestión social”* son la materia prima u objeto de trabajo profesional. Por lo tanto el conocimiento de la realidad es condición necesaria para el ejercicio profesional ya que implica conocer el propio objeto de trabajo en el cual incide la acción transformadora o ese trabajo (Iamamoto, 2003:80).

Con respecto a los instrumentos de trabajo, Iamamoto plantea que la cuestión es más compleja que considerar únicamente las técnicas que dispone el Asistente Social para llevar adelante su trabajo. La autora considera que más allá de los instrumentos debemos considerar los medios con los que el profesional direcciona su trabajo. Las bases teórico-metodológicas y las habilidades adquiridas en el proceso de formación del profesional son parte del conjunto de sus medios de trabajo, que le permitirán realizar una lectura de la realidad y dirigir sus acciones. Sin embargo, el Asistente Social depende también de otros recursos para poder llevar adelante el proceso de trabajo, estos recursos están previstos en programas y proyectos de instituciones que lo requieran y lo contraten, la condición de trabajador asalariado encuadra también su inserción socio institucional en la sociedad (Iamamoto, 2003: 81).

Entender las expresiones de la *“cuestión social”* consiste en explicar los procesos sociales que las producen y reproducen. Pero a que nos referimos cuando hablamos de *“cuestión social”*? En forma muy acotada y de acuerdo al análisis que realiza Pastorini, la *“cuestión social”* se estructura fundamentalmente en base a tres pilares. En primer lugar, la *“cuestión social”* como tal remite directamente a la relación *“capital/trabajo”*, ya sea en la condición de trabajador asalariado o a la ausencia de trabajo. Otro de los pilares que conforman la *“cuestión social”* estaría directamente asociado al hecho de que la atención de la *“cuestión social”* se vincula con la preocupación por la cohesión social, es decir, a aquellos problemas y grupos sociales que pueden representar un riesgo al orden socialmente establecido. Finalmente, la *“cuestión social”* es expresión de las manifestaciones de las desigualdades y

antagonismos inherentes a las contradicciones de la sociedad capitalista (Pastorini, 2004:111).

El Trabajo Social como profesión inserto en la división social y técnica del trabajo se desempeña en distintos ámbitos, principalmente en el sector público pero también y en forma creciente en organizaciones privadas así como organizaciones de la sociedad civil. Es en estos ámbitos de trabajo donde se expresan en forma de demandas que requieren de la intervención del profesional, las múltiples expresiones de la “*cuestión social*”. En el caso particular de la salud, históricamente predomina el trabajo en el sector público aunque en número bastante menor también las instituciones privadas ya contaban desde antes de la reforma del sector con Asistentes Sociales trabajando en ellas.

4.2. La demanda hacia el Trabajo Social en la salud privada

La demanda de intervención profesional del Trabajo Social en las IAMC surge desde diferentes actores. Los Asistentes Sociales como trabajadores contratados por una institución, forman parte de un entramado en el que se cruzan las demandas y necesidades de los usuarios de los servicios de salud; las demandas y los intereses institucionales y en pleno proceso de Reforma de la salud, la presencia de otro actor relevante como es el MSP. Este último a través de sus órganos competentes en su función de rectoría y contralor del SNIS y por supuesto de las IAMC. Según Cazzaniga, la demanda expresa las manifestaciones de la “*cuestión social*” en un contexto histórico particular, y será atravesada por la construcción imaginaria de la profesión y por las expectativas de los sujetos que la soliciten según sus problemas y necesidades concretas (Cazzaniga, 2009).

Desde las instituciones, la necesidad de intervención del Trabajo Social surge por un lado desde los equipos técnicos que pudieron interpretar la necesidad de los usuarios, de esta forma afirma una de las entrevistadas:

“...fueron demandas de los equipos médicos, la necesidad de que exista un Trabajador Social para entender que se puede convivir con ciertas enfermedades, con ciertas patologías, el trabajar en la calidad de vida que se

puede obtener, esa fue una demanda de los médicos, pero claro, eso también se ve porque el usuario fue presentando ciertas necesidades que los médicos no podían cubrir y por suerte en equipos donde la atención es integral como estos en los cuales estoy, que realmente el equipo que está conformado por psicólogos, bueno ahí ya hay una apertura porque hay psicólogos, hay médicos, hay nurses, bueno entienden que el Trabajo Social debería estar ahí para poder trabajar con los usuarios ciertas cuestiones que son necesidades de ellos. Pudieron trasladar la demanda y bueno se generó ese espacio” (entrevista n° 1).

En otra de las instituciones también se plantea la demanda hacia el Trabajo Social como la conjunción de las necesidades del usuario y de la propia institución, y se adjudica en parte a la trayectoria de la profesión en dicha institución:

“Ah sí, del usuario sí, porque el usuario como te decía hoy esta es una institución en donde el usuario sabe, este, porque el usuario sabe que hay Trabajo Social, entonces el usuario pregunta, sobre todo los días que acá, los miércoles o viernes se hace consulta de trabajo, piden consulta para averiguar sobre algunas situaciones familiares, socioeconómicas, violencia doméstica, viene sí, el usuario viene...hay una demanda desde la institución, por la historia del Trabajo Social en la institución sí” (entrevista n° 2).

Sin embargo, a diferencia de las dos posturas anteriores, se señala en otra entrevista que si bien la demanda surge desde el equipo técnico a través de derivaciones, no fue fácil la inserción de la profesión en el ámbito privado. El usuario pocas veces recurre al Trabajo Social, tal vez esta situación esté dada por el carácter de la atención mutua:

“que es como mucho mas privativa la consulta...estamos hablando de un servicio privado donde el Servicio Social tuvo que batallar mucho, no es lo mismo una mutualista que un hospital” (entrevista n° 3)

Continúa expresando con respecto a la idea que los equipos técnicos transmiten al usuario, esto implica que cuando hay un Trabajador Social es:

“para ayudarte a estar mejor, porque conoce mejor los mecanismos necesarios para tal o cual cosa” (entrevista n° 3)

De todas formas, la institución detecta que la población usuaria presenta determinadas necesidades y quiénes pueden brindar respuestas a sus demandas:

“...la única disciplina que puede hacerlo somos nosotros, así como cuando estás embarazada necesitás un ginecólogo, cuando viene una mujer que plantea que es víctima de VD, o tenés un adolescente con un tema de adicciones... acá surgió cuando empezaron a detectar que había una necesidad... y surge de la Dirección Técnica” (entrevista n° 3).

De acuerdo con lo que plantea Bentura, se puede afirmar que el Trabajo Social estaría ganando espacios y posicionándose mejor de acuerdo a su saber específico. Se estaría dando prioridad a aquellos aspectos que claramente refieren al objeto de intervención del Servicio social (Bentura, 2011: 83). Según se manifiesta en las tres entrevistas, la demanda hacia la profesión se está planteando como la conjunción de las necesidades del usuario, de los equipos técnicos y desde los órganos de dirección de las instituciones, porque se buscan respuestas que trascienden el saber médico, respuestas que el Trabajo Social puede dar porque constituyen su saber específico.

Con respecto a la demanda hacia la profesión en el sub sector privado otro actor que cumple un rol fundamental es el MSP y sus órganos competentes: la JUNASA cuyas acciones se coordinan con tres unidades ejecutoras: DIGESA (Dirección Nacional de Salud), DIGESE (Dirección General de Secretaria) y DIGESNIS (Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud), siendo esta última de notoria importancia, ya que junto con la JUNASA son quienes controlan todo lo relativo al buen funcionamiento del SNIS y las Metas Asistenciales.

Con la creación del SNIS los efectores y la JUNASA firmaron contratos de gestión en donde además de los derechos y deberes de usuarios y prestadores, estos últimos se comprometieron entre otros puntos, a brindar en forma obligatoria un conjunto de prestaciones integrales cuyo incumplimiento es objeto de importantes pérdidas económicas para los prestadores.

Con respecto a las Metas Asistenciales, ellas son una herramienta fundamental que impuso el MSP para el logro del cambio de atención propuesto en el SNIS, siendo obligatorias para todos los prestadores que forman parte del mismo. Planteábamos cuando desarrollamos el punto 2.2.1 que el cambio en el modelo de atención va fuertemente ligado al cambio en el modelo de financiamiento. Con la creación del FONASA los prestadores reciben como pago una cuota de salud compuesta por tres criterios, cuyo único componente variable es el correspondiente al cumplimiento de objetivos sanitarios llamados Metas Asistenciales, que representan hasta un 10% de la cuota salud y su incumplimiento habilita un recorte de pago proporcional al porcentaje no alcanzado de los mismos (Aguerregoyen, 2013). Esto constituye un descuento de dinero importante para los prestadores que no cumplen con las Metas Asistenciales requeridas.

En directa vinculación con las Metas asistenciales se encuentran los diferentes programas prioritarios de salud, ya que muchos de ellos son atravesados por estos objetivos sanitarios. De acuerdo a información obtenida del DIGESNIS, los Programas alcanzados por las Metas Asistenciales son: Programa de Atención a la Salud de la Niñez, Programa del Adulto Mayor, Programa de Salud Adolescente, Programa de Salud integral de la Mujer, Programa Violencia y Salud, Enfermedades crónicas no transmisibles.

En el momento actual son cuatro las Metas Asistenciales que deben cumplir los efectores: la Meta 1 abarca los controles en salud de niñas, niños y de la mujer embarazada, así como la detección de situaciones de violencia doméstica.

La Meta 2 corresponde a los controles de los adolescentes entre 12 y 19 años con su médico de referencia, el uso de la hoja SIA (Sistema Informático del Adolescente) y las actividades

promocionales en salud que deben realizar los equipos técnicos de adolescentes en instituciones deportivas, educativas o sociales de la zona en la que se encuentra la IAMC. También el control de los adultos de 45 a 64 años con su médico de referencia y la realización de un screening preventivo para detectar enfermedades crónicas y hábitos de vida.

La Meta 3 corresponde a los controles de los adultos mayores a partir de 65 años con su médico de referencia y el uso del Carné del Adulto Mayor. Por último la Meta 4 implica la obligatoriedad de los prestadores a la creación de cargos médicos de alta dedicación de las especialidades básicas. Las Metas están planteadas de forma que la mayoría de la población usuaria de los prestadores de salud quede comprendida en alguna de las franjas etarias establecidas en cada una de las pautas (MSP, 2013).

Como forma de reflexionar en torno a la probabilidad de una relación directa entre los ámbitos de inserción profesional del Trabajo Social con el conjunto de prestaciones obligatorias y las Metas asistenciales es que procuramos identificar los espacios de trabajo de las Asistentes Sociales entrevistadas.

De acuerdo a lo expresado por una de las entrevistadas, desde el MSP surge la demanda hacia el Trabajo Social en especial en aquellos espacios relacionados a las Metas asistenciales. Al respecto en la entrevista N° 1 se señala:

“...tenés desde el MSP en cuanto a las metas prestacionales, distintas áreas son directamente del ministerio, lo que es violencia doméstica, bueno es una meta prestacional por un requerimiento del ministerio...”

En otra de las IAMC también se considera clave el rol del MSP en cuanto a lo que es la demanda intervención del Trabajo Social a partir del SNIS, refiriéndose a la cantidad de Asistentes Sociales trabajando en la institución al comienzo de la implementación de la Reforma (entrevista n°2):

“... las disposiciones del ministerio están a partir del Sistema Integrado de Salud, en las policlínicas de salud sexual y reproductiva, en interrupción voluntaria del embarazo IVE, es por ley que tiene que haber un equipo interdisciplinario de ginecólogo, trabajo social y psicología, es por ley. En las policlínicas de uso problemático de sustancias también, el equipo tiene que estar conformado por médico psiquiatra, licenciado en Psicología y licenciado en Trabajo social. Otro equipo es el de intentos de autoeliminación, eso es por ley, eso también provocó la necesidad de se incorporen más, que haya más, porque dos no pueden estar en todos lados”

De acuerdo con ello, en la entrevista n° 1 los equipos que integra la Asistente Social entrevistada son actualmente en el área de VIH como coordinadora general del área y el equipo de cuidados paliativos. Anteriormente integró el equipo de Violencia Doméstica. Las otras dos Asistentes Sociales de la institución trabajan actualmente en el área de Salud sexual y reproductiva, Violencia Doméstica y Salud mental.

Al respecto, en la entrevista n° 2 se señala que los espacios de trabajo son los siguientes: Policlínicas de Salud Sexual y Reproductiva, policlínicas de adicciones, el área de Salud mental, policlínicas de adolescentes, Espacio Mujer (vinculado a situaciones de Violencia Doméstica) y Plan Aduana (vinculado al Programa de Atención a la Salud de la Niñez) así como la atención a los usuarios internados en sanatorio. Resaltamos en esta entrevista lo manifestado con respecto a Plan Aduana:

“nosotros tenemos seguimientos de situaciones familiares en los diferentes Planes, Plan Aduana por ejemplo, en la atención de los niños, en la atención y en el cuidado, quiero decir con esto, en que los padres hagan atender a sus hijos como tiene que ser en forma continua durante el primer año mes a mes, ese es un seguimiento que se hace, se coordina con la familia y se va a visitar a las familias que no cumplen y ver por qué no cumplen y hacer que comprendan que tienen que ir y que hacer atender a sus hijos”.

En la entrevista n° 3 los espacios de trabajo de la Asistente Social son:

“Policlínicas de adolescentes, policlínica de adicciones, policlínica de IVE, comité de violencia, comité de psicoterapia... y después tengo todo lo que es la atención directa en pacientes a partir de las derivaciones hechas por los equipos técnicos. Si, también los domicilios, si por diferentes circunstancias, porque a veces hay pacientes que no se pueden trasladar, pasa mucho con los pacientes que están en paliativos, también hago domicilios por Plan Aduana... yo que sé, meterme en cada una de las situaciones”.

Consideramos importante lo señalado en estas dos entrevistas con respecto al seguimiento que se realiza en el marco de Plan Aduana¹. Si bien por un lado se trata de la promoción y educación de la importancia de los controles en salud necesarios desde el nacimiento hasta los 3 años, así como el cumplimiento con el esquema de vacunación vigente, esta área de trabajo se encuentra incluida en lo que ya mencionamos como Meta 1, y es en la primera infancia donde se solicita a los prestadores un elevado porcentaje de cumplimiento de las Metas.

4.3 El trabajo profesional en el sub sector privado de salud: la perspectiva de los actores

A nivel global, el conjunto de actividades profesionales que realizan las Asistentes Sociales en las IAMC implica según su propia visión todo aquello que tiene que ver con un mayor contacto con la persona, la búsqueda de mayor y mejor relacionamiento con el usuario. Tal como lo plantea una de las entrevistadas:

¹ Los orígenes del Programa Aduana se remontan a la década de los '70 como consecuencia de la preocupación del Dr. Ramón Guerra por la alta mortalidad infantil de la época. El Dr. Guerra propuso dos instrumentos de mejora de atención a la salud infantil, siendo uno de ellos la captación en el Primer Nivel de Atención de los niños recién nacidos, antes de su egreso de la maternidad, mediante la derivación informada a los centros de salud próximos al domicilio de la familia. De esta forma surge el Programa Aduana, como puerta de salida custodiada desde el hospital, paso de “aduana” hacia el Primer Nivel de Atención a quién se informaba qué niños llegarían para su control. El Programa Aduana comienza a funcionar en los Hospitales Pedro Visca y Pereira Rosell, y fue desarrollado por el personal de enfermería de los servicios. Entre 1995 y 2000 el Programa tuvo un fuerte impulso en donde se incorporan recursos específicos y nuevos campos de trabajo (embarazadas, niños egresados de alto riesgo). Su surgimiento es en los hospitales públicos con un enfoque preventivo y la coordinación intra e interinstitucional así como actividades con salida a terreno a través de las visitas domiciliarias, lo que facilita el relacionamiento con comunidades y familias (I.M.M., s/d). A partir del 2006, de acuerdo a lo que establece el Programa Prioritario de Atención a la Niñez, el Programa Aduana se amplía también a los prestadores de salud del sub sector privado.

“hacemos todo, absolutamente todo!... lo que no se animan a trabajar otras profesiones, lo están derivando, todo aquello que tiene más contacto por ahí con la persona, más en la atención.. en lo que se apuesta con el nuevo sistema, a la atención integral, a lo que se apuesta más es al ser humano...a la hora de meterse un poco más en otros aspectos, mas sociales...eso no lo hacen, no lo hacen”

refiriéndose a otras profesiones en especial a la medicina, en las que este contacto con el usuario no se hace (entrevista n° 1). Otra de las entrevistadas también expresa que se trabaja en todas las áreas y hace hincapié en que a partir de la implementación de la Reforma, se inicia el trabajo en lo que es Atención Primaria, hecho que es señalado como *“novedoso en lo que es la salud privada, antes no lo hacíamos”* (entrevista n° 3)

Entonces vemos que se le pide al Trabajo Social que intervenga en aquellas situaciones que otras profesiones ven como desbordante y que implica además mayor relacionamiento con el usuario. Coincidimos con Bentura en que *“...es claro que hoy la necesidad de una intervención que involucre a lo social aparece con mayor fuerza debido a la complejidad de la “cuestión social” que obliga a los servicios de salud a prestar atención en estos aspectos y que son vistos por el colectivo médico con gran impotencia”* (Bentura, 2011: 112).

En concordancia con esto, se estaría dando también el inicio hacia una apuesta a la estrategia de atención primaria en salud y a la atención integral en el sub sector privado. Como planteábamos en el punto 2 de este trabajo, ello supone servicios de salud que estén dando sus primeros pasos hacia una estrategia que involucre la promoción, prevención y cuidados, realizando acciones intersectoriales de forma de dar respuestas a las necesidades de una población determinada.

Coincidiendo con el planteo de Cazzaniga, las instituciones y en particular las instituciones de salud están atravesando una especie de estallido, donde se observa la diversificación en el tipo de demanda, con situaciones que son complejas en lo que respecta a conflictividad y magnitud. Situaciones asociadas a malos tratos, violentaciones diversas, aumento de padecimientos psíquicos, etc. Ante este escenario se vuelve imperiosa la reconstrucción de

estrategias de intervención interdisciplinarias, porque es a través de la interdisciplina y no desde la intervención profesional desarticulada que se puede brindar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan hoy en las instituciones. (Cazzaniga, 2008).

Enfocándonos hacia el trabajo de las Asistentes Sociales entrevistadas como integrantes de los equipos de salud, manifiestan que es muy positivo el trabajo en dichos equipos y el relacionamiento con los profesionales de otras disciplinas. Al respecto en la entrevista N° 1 se plantea que:

“... cada caso, cada demanda de un paciente, cada paciente que viene a este consultorio antes se discute en equipo. Nosotros tenemos ya te digo, médicos, sicólogos, en el caso de paliativos también está la nurse, todos los pacientes se discuten en equipo, se generan líneas de intervención en equipo, muchas veces estamos acompañadas, no estamos solas, este, y cada una hace su propio análisis, su propia intervención, y ahí entre todos diseñamos una estrategia de intervención para esa familia determinada, para esa persona determinada, no es al azar, lo vamos analizando, tenemos días pautados de reunión y analizamos todos los pacientes que estén internados o ambulatorios...Con los equipos, con mis equipos de trabajo el relacionamiento es permanente...y bueno, siempre con el respeto de la otra profesión”.

De acuerdo a lo que se está planteando, el equipo funcionará con objetivos comunes, en un proceso basado en la división funcional del trabajo y asumiendo responsabilidades compartidas. Este proceso se estaría dando enmarcado en la interacción de las distintas disciplinas y con una comunicación fluida entre estas (OPS, 2010).

Marcando una cierta diferencia con el planteo anterior pero señalando igualmente un buen proceso comunicativo con los equipos en el seguimiento de las distintas intervenciones, en esta entrevista se dice:

“yo tengo muchos años de experiencia de trabajo en salud, trabajo también en ASSE entonces estoy acostumbrada, considero que el Servicio Social a través

de todos estos años ha generado un espacio muy importante y es un técnico que es muy valorado entonces mi relación es buena, hay veces que no trabajo directamente con el resto del equipo pero si tengo el contacto permanente con el profesional que me deriva, me llama, yo le hablo, hablamos de pacientes, a veces no nos encontramos físicamente pero si nos hablamos” (entrevista n° 3).

Para finalizar, compartimos la siguiente reflexión expresada en una de las entrevistas con respecto a los cambios que se vienen llevando adelante en el marco de un sistema integrado de salud:

“...siento que ha cambiado mucho en cuanto a aquellos aspectos de una integralidad de la atención, esta cuestión de atender algunos aspectos que hasta hace algún tiempo estuvieron ignorados como lo que es la atención en el tema de paliativos, yo creo que eso ha mejorado y nos ha dado a nosotros mucho más campo de acción para poder intervenir sobre la realidad... para nosotros ha sido también un esfuerzo para poder tratar de comprender y poder explicar bien y poder hacerle llegar a la gente cuando realmente eso es su derecho, porque primero nos tenemos que interiorizar primero nosotros para poder explicarlo. Creo que ha cambiado y muchísimo pero ha cambiado para bien, y para nosotros también con esto ha significado más trabajo también”.
(entrevista n° 3)

De acuerdo con lo que plantea la entrevistada es necesario adquirir el conocimiento necesario para poder transmitir opciones. Coincidimos con lamamoto que es necesario que el profesional tenga en cuenta tres aspectos para poder dar una dirección a su intervención: una base teórica metodológica, supone también una dimensión ético-política, es decir la elección de valores y por último el conocimiento de las condiciones y las relaciones del espacio profesional en el que el Asistente Social interviene de forma de poder elegir estrategias de acción (lamamoto, 2002:98).

La entrevistada hace una valoración positiva del inicio a un cambio de atención en el sistema de salud que estaría permitiendo al Trabajo Social otros espacios de inserción profesional.

5. Consideraciones finales

El escenario político, económico y social del país al momento de llevar a cabo la Reforma del sector salud se caracterizó por su complejidad. El país fue objeto de transformaciones estructurales en forma gradual durante las últimas décadas, confluyendo en una profunda crisis económica y social en el año 2002 con graves repercusiones para amplios sectores de la población, en donde el sector salud también se ve afectado por estos acontecimientos, además de “cargar” con sus problemáticas históricas particulares que ya evidenciaban la necesidad de cambios en el sistema.

El sistema de salud imperante fue históricamente de carácter mixto, con un significativo peso de la cobertura en salud a través del sub sector privado liderado por las IMAC, sub sector que en estos últimos años ha presenciado el cierre de varias de estas instituciones producto de la mala gestión, la absorción de instituciones pequeñas por otras más fuertes, la falta de un exhaustivo control por parte del Estado, etc. La reforma de la salud perpetúa este sistema mixto, proponiendo un Sistema Nacional Integrado de Salud conformado por prestadores públicos y privados. Lo destacable es que a partir de la reforma, los trabajadores y todos quienes están amparados por el SNIS pueden optar por un prestador público o por uno privado. Se puede apreciar de acuerdo a los datos consultados que en Montevideo en los últimos años los prestadores de tipo IAMC se posicionan fuertemente en la captación de los usuarios del SNIS.

En cuanto a la reforma en sí, los tres ejes en los que ésta se sostiene apuntan a lograr el acceso universal a la salud, incorporando nuevos sectores de la población, en tanto entendida como un derecho de los ciudadanos y por otra parte una mayor equidad en el gasto en salud. Se pretende también cambiar el modelo de salud de carácter asistencialista vigente a otro de carácter preventivo, con un abordaje integral basado en los principios de la APS.

Para viabilizar estas transformaciones, se unen fuertemente el modelo de atención y el modelo de financiamiento, en donde el punto de unión entre ellos es la aplicación de la herramienta de pago por desempeño que son las Metas asistenciales, las que atraviesan gran parte de los programas prioritarios. Esta metodología de imponer el cumplimiento de objetivos sanitarios con la contraparte económica, que significa un importante ingreso económico para los prestadores, sería lo que los obliga a fomentar estrategias de promoción, prevención y cuidado de la salud de los usuarios.

El fortalecimiento y aplicación del conjunto de programas de atención en salud consideramos que es el principal factor explicativo en el incremento de los espacios de trabajo del Asistente Social en el contexto actual, ya que a través de ellos se plantea el cambio de paradigma en el modelo de atención, realizando un abordaje de la persona en forma integral, atendiendo otros determinantes que hacen a la salud de la población como son los aspectos sociales y psicológicos entre otros. El Trabajo Social en las instituciones de salud es receptor de todo tipo de demandas ya sea directamente desde los usuarios como a través de derivaciones de los equipos técnicos, que requieren de la intervención de una disciplina cuyo saber específico se constituya entre otros aspectos el buscar respuestas a las expresiones cada vez más complejas de la *“cuestión social”*.

Entonces, si bien en general en las IAMC el Trabajo Social ya tenía sus espacios de trabajo, consideramos que la rectoría del MSP determina que al cumplir con los requerimientos que este impone a las IAMC a través de los organismos competentes, éstas se vean en la necesidad de aumentar la cantidad de Asistentes Sociales necesarios para cubrir todos los espacios de trabajo en los cuales debe estar presente este profesional.

Estos espacios son un ámbito de intercambio con otras profesiones que en algunos casos recién comienzan a trabajar junto con Trabajo Social en el sub sector privado, lo que genera en muchas oportunidades conflictos y tensiones. En otros casos, los espacios de trabajo funcionan como verdaderos equipos interdisciplinarios en donde la comunicación y el relacionamiento entre las diferentes disciplinas es permanente y desde donde se estaría abordando la situación de la persona en forma integral.

Para finalizar, nos parece importante destacar nuevamente el hecho de que si bien existe un trasfondo económico por parte de las instituciones en la generación de todos estos cambios, para el Trabajo Social se están formando nuevos espacios de trabajo en el área de la salud privada. Espacios desde los cuales poder trabajar con la materia prima de la profesión como dice Yamamoto, las expresiones de la *“cuestión social”*, donde la puerta de entrada son las políticas de salud dirigidas a la primera infancia, adolescencia, salud mental, los espacios de salud sexual y reproductiva, entre otros a través de los cuales el Trabajo Social mediante su intervención promueva el ejercicio de derechos y contribuya desde su saber a lograr una mejor calidad de vida de los usuarios.

Bibliografía

_Aguerregoyen, María Laura (2013). *Más SALUD. Los efectos de las Metas Asistenciales y su relación con el cambio de modelo de atención de salud*. DCP. FCS. UdelaR. Montevideo

_Ander Egg, Ezequiel (1993). Técnicas de investigación social. Parte II: operaciones básicas del proceso de investigación social. Cap. 8 y 9 pp 135-175. Disponible en:
http://imas2009.files.wordpress.com/2009/04/ander-egg_135-175.pdf
[acceso 21/07/2014].

_Avellanal, Roberto. (1996) El CASMU. Nacimiento de una institución histórica. Revista *Intercambio*. Año VI, N° 54, agosto. Uruguay. Disponible en:
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu_d.pdf
[acceso 31/10/2014].

_Avellanal, Roberto. (1996) Organismos mutuales de asistencia médica. Revista *Intercambio*. Año VI, N° 55, octubre. Uruguay. Disponible en:
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/casmu/casmu_c.pdf
[acceso 31/10/2014].

_Bentura, Celmira (2011). *Salud y Trabajo Social ¿Un campo social envejecido?*. Editorial Académica Española. Saarsbruchen.

_Benia, Wilson. Macri, Mariela. Berthier, Ruben (2008). Capítulo 8. "Atención Primaria en Salud. Vigencia y renovación" En: Benia, Wilson. Reyes, Inés. *Temas de Salud Pública*. Tomo 1. Departamento de Salud Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Fefmur. Montevideo. Pp 119-139.

_Cazzaniga, Susana (2009) *La intervención en Trabajo Social. La intervención Profesional en Trabajo Social*. Universidad Nacional de Entre Ríos. Mimeo. Disponible en:
<http://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD>

_Cazzaniga, Susana. (2008). "Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud". En: *Colección cuadernos de Margen N° 1*. Salud e intervención en lo social. Espacio Editorial. Bs As. Argentina.

_Holgado Ramos, Daniel (2010). Tesis doctoral "Preparación comunitaria y contextos de intervención social en salud". Universidad de Sevilla. España.

Disponible en: http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/1350/Y_TD_PS-PROV15.pdf
[acceso 28/06/2014].

_Iamamoto, Marilda (2003). El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional. Cortez editora. Brasil.

_Iamamoto, Marilda (1997). Servicio Social y división del trabajo. Cortez editora. Brasil.

_Kosik, Karel. (1967). Dialéctica de lo concreto. Ed. Grijalbo. México.

_Kruse, Herman (1994). Los orígenes del mutualismo uruguayo. EPPAL. Montevideo.

_León, Ima. Herrera, Melina (2008). Capítulo 4. "Atención médica. Niveles de atención" En: Benia, Wilson. Reyes, Inés. Temas de Salud Pública. Tomo 1. Departamento de Salud Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Fefmur. Montevideo. Pp 39-49.

_Midaglia, Carmen. (2009). Consenso Progresista: las políticas sociales de los gobiernos progresistas del cono sur. FES. Chile.

_Mitjavila, Miriam. Fernández, José. Moreira, Constanza (2002). "Propuestas de reforma de salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del Welfare State?" *Cadernos de Saúde Pública* [publicación periódica en línea]. Jul -ago 2002 .Vol 18, n 4. p 1103-1120.

Disponible en <http://www.scielos.org> [acceso 22/06/2014]

-Olesker, Daniel (2010). La Reforma de Salud y el programa de gobierno. Instituto Cuesta Duarte. PIT CNT. Montevideo. Disponible en:

http://www.cuestaduarte.org.uy/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=109&dir=DESC&order=date&Itemid=397&limit=8&limit_start=32 [acceso 01/10/2014].

_Olesker, Daniel (2001). Crecimiento y Exclusión. Nacimiento, consolidación y crisis del modelo de acumulación capitalista en Uruguay (1968-2000). Ediciones Trilce. Montevideo.

_Oliva, Andrea. (2001) Monografía para la Maestría en Servicio Social “Análisis de la practica profesional de los Trabajadores Sociales en el ámbito Estatal. Bs As Argentina.

_OMS (2005). Sistemas de Salud. Disponible en:

<http://www.who.int/features/qa/28/es/> [acceso 08/09/2014]

_OPS (2009): “Perfil de los Sistema de Salud- Republica Oriental del Uruguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”.

Disponible en: [www.dem.fmed.edu.uy/materno/.../Perfil%20de%20Salud%20Uruguay.](http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/.../Perfil%20de%20Salud%20Uruguay)

[acceso 08|10|2014].

_OPS (2008). Serie: La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. N°1. “Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria en Salud. Estrategia para el desarrollo de los equipos de APS”. Washington. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf [acceso 14/10/2014].

_Pastorini, Alejandra (2004). A categoria “questao social” em debate. Cortez Editora. Brasil.

_Pereira, Silvia (2011). *El Rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención*. DTS. FCS. UdelaR. Montevideo. Uruguay.

_Rozas, Margarita (s/d). Intervención profesional frente a la actual cuestión social. En: Rozas, Margarita; lamamoto, Marilda y Sánchez, Daniela (s,l); (s,n); (s,d).

_Setaro, Marcelo. Koohlaas, M. (2008). “Políticas de Salud para la Infancia y la Adolescencia”. *Cuadernos de la ENIA*. Comité de Coordinación Estratégica. Montevideo.

_Tomasina, Fernando. León, Ima (2008). Capitulo 7. “Sistema de Salud en el Uruguay” En: Benia, Wilson. Reyes, Inés. *Temas de Salud Pública*. Tomo 1. Departamento de Salud Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Fefmur. Montevideo. PP. 105-118.

Fuentes documentales:

_ Intendencia Municipal de Montevideo (s/d). Anexo 9. Implementación del Programa Aduana.-ASSE. Programa Aduana. Disponible en:

http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_09_-_programa_aduana_implementacion_nacional.pdf [acceso 12/12/2014]

_Ley 18211(2007). “Creación del Sistema Nacional de Salud y del Seguro Nacional de Salud”. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=> [acceso 02/04/2014]

_Ley 17930 (2005). “Presupuesto Nacional”. (Periodo 2005-2009). Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17930&Anchor=> [acceso 05/05/2014]

_Ley 15181 (1981). “Se establecen nuevas normas para la Asistencia Médica Colectiva privada”. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=15181&Anchor=> [Acceso 01/11/2014]

_Ley 10384. Decreto Ley 10384 (1943) “Mutualistas de Asistencia”. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=10384&Anchor=> [acceso 1/11/2014]

_ MSP (2008). Programa Prioritario de atención a la salud de la niñez. http://www2.msp.gub.uy/uc_709_1.html

_MSP. JUNASA (2013). Boletines de Metas Asistenciales. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/noticia/boletines-de-metas-asistenciales>

_ MSP. SINADI (2013). Edad, sexo, tipo afiliación. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Afiliados_IAMC_2013.xls. [acceso 30/08/2014].

ANEXOS

Pauta de entrevista

1) Cuándo comenzó a trabajar en la institución?

2) Sabe cuántos Asistentes Sociales hay trabajando actualmente en la institución?

Objetivos:

-Conocer la fecha de inicio del trabajo en ese centro de salud

-Determinar el número de Asistentes Sociales que trabajan en la institución en el momento actual, en el proceso de reforma de la salud.

3) Hubo un incremento en la cantidad de Asistentes Sociales trabajando en la institución? Recuerda a partir de que año?

Objetivo:

-Identificar si existe relación entre la puesta en práctica del SNIS y el aumento de A.S trabajando en el centro de salud.

4) En líneas generales, que se le pide que haga al Trabajo Social en la institución?

Objetivo:

-Conocer en forma general que tareas se espera que realice el Trabajo Social en el centro de salud.

5) Desde donde parte la demanda de intervención hacia el Trabajo Social: son derivaciones de los equipos, es a demanda del usuario, de la institución o por disposición del MSP?

Objetivos:

-Identificar desde donde parte la demanda hacia los A.S. en el marco del SNIS en ese centro de salud en particular.

-Determinar la incidencia del MSP en los ámbitos de trabajo del Trabajo Social.

6) Qué tareas y actividades realiza ud? De quien depende jerárquicamente?

Objetivos:

-Conocer los espacios de trabajo en los que se encuentra el Trabajo Social actualmente y que tareas realiza.

-Determinar si los A.S se encuentran en puestos de referencia en ese centro de salud.

7) Conoce cuáles equipos interdisciplinarios integran los A.S de esta institución?

Objetivos:

-Identificar si existe relación entre el conjunto de prestaciones obligatorias que exige el MSP a los efectores y los espacios de trabajo del Trabajo Social.

-De acuerdo con ello, en que programas enmarca su trabajo en A.S en ese centro de salud.

8) Cómo es el relacionamiento con los equipos interdisciplinarios?

Objetivo:

-Indagar en la dinámica de trabajo entre las diferentes disciplinas que integran los equipos de salud.

9) Cuenta Trabajo Social con lugares físicos adecuados para el desempeño de sus tareas?

Objetivo:

-Conocer si se cuenta con lugares destinados al trabajo del A.S y el acceso a recursos para el mismo.