



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
(ILAESP)**

SERVIÇO SOCIAL

**SIMETRÍAS Y ASIMETRÍAS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS
TRABAJADORES SOCIALES EN LA POLÍTICA DE SALUD: UNA MIRADA A
BRASIL Y PERÚ**

LAURA CORDERO LOAYZA

Foz do Iguaçu
2025

**SIMETRÍAS Y ASIMETRÍAS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS
TRABAJADORES SOCIALES EN LA POLÍTICA DE SALUD: UNA MIRADA A BRASIL Y
PERÚ**

LAURA CORDERO LOAYZA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Maria Geusina da Silva (graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná)

Foz do Iguaçu
2025

LAURA CORDERO LOAYZA

**SIMETRÍAS Y ASIMETRÍAS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS
TRABAJADORES SOCIALES EN LA POLÍTICA DE SALUD: UNA MIRADA A BRASIL Y
PERÚ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Maria Geusina da Silva
UNILA

Prof. Juliana Domingues
(UNILA)

Prof. Filipe Neri
(UFAL)

Foz do Iguaçu, 05 de Agosto de 2025.

Dedico este trabajo a mi madre, padre y hermanos, quienes me apoyaron en todo momento y fueron mis principales fuentes de inspiración.

AGRADECIMENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios sobre todas las cosas, permitirme mantener un estado saludable en todo el recorrido universitario.

A mi profesora orientadora Maria Geusina da Silva por su tiempo valioso en cada momento que requería de su apoyo, dedicación, sugerencias y paciencia conmigo.

A los profesores que componen la banca examinadora, por su valioso tiempo y presencia.

A mi familia, quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo momento, siendo valioso cada instante para mí y hacerme sentir que cuento con ellos, a pesar de la distancia.

A todas las profesoras de Servicio Social de la UNILA a quienes admiro por su arduo trabajo y su constancia de instrucción que influencia a cada uno de los estudiantes de la carrera, mostrando su compromiso ético con la profesión.

A mis colegas que conocí desde el comienzo de la carrera, quienes compartieron y aportaron ideas, debates y experiencias en cada aula lo cual tuvo un significado importante durante mi aprendizaje académico y me permitió conocer nuevas culturas de los países vecinos.

La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso aborda a intervenção do assistente social na área da saúde no Brasil e no Peru, buscando identificar e apresentar as simetrias e as assimetrias existentes na atuação destes profissionais. Enquanto perspectiva teórica, parte da compreensão da saúde como espaço ocupacional do assistente social. A saúde é um direito social fundamental, amparado por marcos legais e institucionais que afirmam sua universalidade, analisando as estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e do Seguro Integral de Saúde (SIS) no Peru, juntamente com os marcos regulatórios que norteiam a atuação dos assistentes sociais. O objetivo geral do estudo é identificar as simetrias e assimetrias na intervenção profissional dos assistentes sociais em ambos os países. Isso levará a uma caracterização das políticas de saúde em ambos os países, apresentar a área da saúde como um espaço ocupacional para os assistentes sociais e identificar simetrias e assimetrias em sua prática profissional. A metodologia utilizada foi o método comparativo, com enfoque qualitativo, e o tipo de investigação exploratória apoiada na técnica de pesquisa bibliográfica e documental, por meio da análise de leis, relatórios institucionais, artigos acadêmicos e documentos oficiais. Os resultados revelam que ambos os países enfrentam desafios comuns relacionados à descentralização e à cobertura universal, embora apresentem particularidades estruturais que influenciam a implementação de seus sistemas. A intervenção de assistentes sociais surge como fundamental para a promoção da equidade, pautada por códigos de ética e legislação específica, o que destaca a importância de políticas públicas intersetoriais sensíveis aos determinantes sociais da saúde.

Palavras-chave: saúde; Serviço Social; Brasil; Peru

RESUMEN

Este Trabajo de Conclusión de Curso aborda la intervención de los trabajadores sociales en el área de salud en Brasil y Perú, buscando identificar y presentar las simetrías y asimetrías existentes en el trabajo de estos profesionales. Desde una perspectiva teórica, parte de la comprensión de la salud como un espacio ocupacional para los trabajadores sociales. La salud es un derecho social fundamental, respaldado por marcos legales e institucionales que afirman su universalidad. Analiza las estructuras del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil y del Seguro Integral de Salud (SIS) en Perú, junto con los marcos regulatorios que guían el trabajo de los trabajadores sociales. El objetivo general del estudio es identificar las simetrías y asimetrías en la intervención profesional de los trabajadores sociales en ambos países. Esto conducirá a una caracterización de las políticas de salud en ambos países, presentará el campo de la salud como un espacio ocupacional para los trabajadores sociales e identificará simetrías y asimetrías en su práctica profesional. La metodología utilizada fue el método comparativo, con enfoque cualitativo, y el tipo de investigación exploratoria con apoyo de técnica de investigación bibliográfica y documental, que incluye análisis de leyes, informes institucionales, artículos académicos y documentos oficiales. Los resultados revelan que ambos países enfrentan desafíos comunes en materia de descentralización y cobertura universal, si bien presentan peculiaridades estructurales que influyen en la implementación de sus sistemas. La intervención de los trabajadores sociales resulta fundamental para promover la equidad, guiada por códigos de ética y legislación específica, lo que resalta la importancia de políticas públicas intersectoriales sensibles a los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: salud, Trabajo Social; Brasil; Perú

ABSTRACT

This final project addresses the role of social workers in healthcare in Brazil and Peru, seeking to identify and present the symmetries and asymmetries that exist in the work of these professionals. From a theoretical perspective, it begins with the understanding of health as an occupational space for social workers. Health is a fundamental social right, supported by legal and institutional frameworks that affirm its universality. It analyzes the structures of the Unified Health System (SUS) in Brazil and the Comprehensive Health Insurance (SIS) in Peru, along with the regulatory frameworks that guide the work of social workers. The overall objective of the study is to identify the symmetries and asymmetries in the professional intervention of social workers in both countries. This will lead to a characterization of health policies in both countries, present the health field as an occupational space for social workers, and identify symmetries and asymmetries in their professional practice. The methodology used was a comparative method with a qualitative approach and exploratory research supported by bibliographic and documentary research techniques, through the analysis of laws, institutional reports, academic articles, and official documents. The results reveal that both countries face common challenges related to decentralization and universal coverage, although they have structural peculiarities that influence the implementation of their systems. The intervention of social workers emerges as fundamental to promoting equity, guided by codes of ethics and specific legislation, which highlights the importance of intersectoral public policies sensitive to the social determinants of health.

Keywords: health; Social Work; Brazil; Peru

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 – Parámetros de actuación del asistente social en la salud.....	31
Cuadro 2 – Atribuciones del trabajador social en Perú.....	35
Cuadro 3 – Porcentaje de los determinantes sociales que inciden en la salud en Perú.....	41
Cuadro 4 – Porcentaje de los determinantes sociales que inciden en la salud en Brasil.....	42
Cuadro 5 – Simetrías y asimetrías en el ejercicio profesional del asistente social en salud.....	45

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial (Brasil)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social (Brasil)
CSE	Clasificación Socioeconómica (Perú)
CTSP	Colegio de Trabajadores Sociales del Perú
ESNSF	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar (Perú)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú)
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves (Brasil)
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Brasil)
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social (Brasil)
LOS	Lei Orgânica da Saúde (Brasil)
MINSA	Ministerio de Salud (Perú)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Brasil)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPAS / OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial (Brasil)
SIS	Seguro Integral de Salud (Perú)
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares (Perú)
SUAS	Sistema Único de Assistência Social (Brasil)
SUS	Sistema Único de Saúde (Brasil)

SUMARIO

1 INTRODUCCIÓN.....	2
2 LA POLÍTICA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: CONSIDERACIONES SOBRE BRASIL Y PERÚ.....	7
2.1. TEJIENDO CONSIDERACIONES DE LA POLÍTICA DE SALUD EN BRASIL A PARTIR DE LA REFORMA SANITARIA.....	10
2.2. TRANSITANDO CAMINOS PARA CONOCER LA POLÍTICA DE SALUD EN PERÚ: BREVES APROXIMACIONES.....	19
3 LA SALUD COMO ÁMBITO DE INTERVENCIÓN PARA EL SERVICIO SOCIAL EN BRASIL Y PERÚ.....	25
3.1. CONOCIENDO EL TRABAJO PROFESIONAL DE LOS ASISTENTES SOCIALES EN EL ÁREA DE SALUD EN BRASIL.....	27
3.2. DESCRIBIENDO EL TRABAJO PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN EL ÁREA DE SALUD EN PERÚ.....	33
4 EL ROL DEL SERVICIO SOCIAL EN LA POLÍTICA DE SALUD DE BRASIL Y PERÚ.....	39
4.1. SIMETRÍAS Y ASIMETRÍAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS ASISTENTES SOCIALES EN BASE A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL TERRITORIO.....	40
5 CONSIDERACIONES FINALES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se enfoca en el análisis del ejercicio profesional del asistente social en la política de salud en los países de Brasil y Perú que tienen establecido según los gobiernos que rigen para su ciudadanía, el cual es de gran importancia dar a conocer las simetrías y asimetrías sobre el ejercicio profesional que poseen los dos países que componen el Mercosur, ya que tienen distinta magnitud poblacional y por supuesto en cuanto a su desarrollo social, político y ético. Dado a que la salud es un derecho que poseen todos los ciudadanos, el cual es reconocido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO, 1946) es de suma importancia estudiar cómo se establecen en estos Estados; no obstante, al mismo tiempo conocer el trabajo del asistente social/trabajador social en esta área, en la cual su intervención es requerida para cumplir la labor social y aportar con sus atribuciones dadas según su Código de Ética respectivamente. El área de la salud es muy abarcativa, sin embargo, al centrarse en estos dos países que sitúan América del Sur, sus sistemas de salud pueden variar en aspectos dentro de las políticas dirigidas a esta gran área que también depende de la forma en que el Estado distribuya los recursos económicos, además de la realidad social en que se encuentren, los cuales serán objeto de estudio de este trabajo.

Brasil es el país más grande de América Latina (Lowenthal, 2010), se tiene una población aproximada de 203.080.756 ciudadanos, dato dado en el último censo realizado (IBGE, 2022), siendo una gran cantidad de habitantes que se tienen en el territorio, la garantía del acceso a la salud para la población brasileña puede verse compleja dado a que la cobertura debería ser extensa, llegando a los lugares alejados para brindar una atención adecuada, se ampara a través de la Ley Orgánica de Salud (LOS), Ley n° 8080 (Brasil, 1990) el cual dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes de tal forma que instituye el Sistema Único de Salud (SUS), el cual es considerado el mayor sistema público de salud del mundo que garantiza el acceso gratuito a su población (Brasil, 2024).

El país vecino, Perú posee una población cerca de 33 726 000 habitantes registrado últimamente en el año 2023 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), un país multicultural que es ocho veces menor que la población

brasileña, afronta una realidad social similar en cuanto a la desigualdad social, donde la salud se trata de colocar en primer plano, puesto que también su sistema de salud sea compuesta por privada y pública, siendo en el sector público que ofrece el Seguro Integral de Salud (SIS) el cual subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema, creado mediante Ley N° 27657 en el año 2002 por el Ministerio de Salud del Perú (Perú, 2015). Abordando el área de la salud, las políticas dirigidas que se dan en ambos países, son determinantes para abrir paso a los profesionales de Servicio Social/Trabajo Social ya que está presente una de las expresiones de la cuestión social: dificultad de acceso a la salud, aún existiendo políticas que socavan e implementan para dar facilidad de entrada a los ciudadanos a los servicios públicos y/o privados, considerando que la salud es un derecho que todos tienen y debe efectuarse, los desafíos encontrados dentro del espacio público que brindan servicios de salud conllevan a reflexionar la integralidad de las políticas de salud en ambos países.

El planteamiento del problema de este trabajo, parte del análisis desde el comienzo de las prácticas obligatorias de la carrera Servicio Social como componente curricular que se realizaron en servicios de salud en la ciudad de Foz do Iguazú lo cual llevó a crear la cuestión ¿Cuáles son las simetrías y asimetrías presentes en la intervención profesional del asistente social frente a la política de salud en Brasil y Perú?, de esta forma abre espacio a la reflexión y estudio del sistema de salud que compone Brasil como parte de experiencia en el área de Servicio Social, con una visión analítica con la intención de encontrar simetrías y asimetrías que posee el sistema de salud y mostrar cuáles son junto a Perú, puesto que el atendimento en la Atención Primaria de Salud es necesario para dar cobertura en todas las regiones de manera descentralizada, tanto como la promoción de salud es de gran importancia. El asistente social/trabajador social son guiados por los parámetros para llevar a cabo su actuación en el área, en Brasil emitido mediante el Consejo Federal de Servicio Social (CFESS) (CFESS, 2009), mientras que en el Perú mediante un Oficio emitido por el Colegio de Trabajadores Sociales del Perú (CTSP) (Ley N° 27918) se describe la intervención que el trabajador social debe ejercer:

Los trabajadores sociales contribuyen a que las políticas de Estado en los diferentes sectores, y en este caso en el de Salud, logre mayor y mejor cobertura, especialmente para las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas que son las que menor probabilidad tienen para acceder a

una adecuada atención integral, y en quienes se presenta el mayor porcentaje de enfermedades transmisibles, y no transmisibles” (CTSP, 2021, p.3).

En términos referentes a la salud, la elección de este tema se deriva de la importancia que tiene la salud como derecho social universal y del reconocimiento de las profundas desigualdades que dificultan el acceso a una atención adecuada, especialmente entre las poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema. La experiencia personal en Perú, como país de origen, combinada con la experiencia práctica en la ciudad de Foz do Iguazú (Brasil), me permitió observar concretamente las barreras económicas, culturales, educativas y geográficas que afectan directamente el uso de los servicios públicos de salud. Si bien existen sistemas de seguro gratuito, como el SIS en Perú y el SUS en Brasil, garantizar un acceso efectivo no se traduce automáticamente en inclusión social. Esta realidad resalta la importancia de analizar críticamente las simetrías y asimetrías de las políticas de salud adoptadas por los diferentes gobiernos, así como su efectividad territorial y descentralizada. Esta investigación busca destacar estas simetrías y asimetrías entre ambos países, demostrando la importancia de las políticas públicas intersectoriales que consideren los determinantes sociales de la salud¹. Desde la perspectiva crítica del Trabajo Social, se busca reforzar la relevancia del rol del trabajador social en la formulación, implementación y seguimiento de las políticas de salud, destacando sus repercusiones en la ciudadanía y su contribución a la promoción de la equidad y la justicia social.

El objetivo general del trabajo trata de identificar y presentar las simetrías y asimetrías de la intervención profesional del asistente social en la política de salud en Brasil y Perú, generando así los objetivos específicos dirigidos a: caracterizar la política de salud en Brasil y Perú, presentar la salud como espacio ocupacional del Trabajo Social en ambos países y evidenciar las simetrías y asimetrías del ejercicio profesional del asistente social en la política de salud en los países estudiados.

¹ Definido por la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud (2011): Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud (OMS, 2011, p.2). Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5.

La metodología usada para este trabajo será llevada a cabo por el método comparativo descrito por Pont (2013) que trata de describir los fenómenos y mostrar las simetrías y asimetrías que poseen, en este caso tomando referencia dos países en base a un tema en común, y por lo tanto, realizado con abordaje cualitativo colocado por Minayo (2001) considerando la pesquisa social como medio de reflexión de la realidad de los procesos sociales e historicidad, dado en sus palabras que “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (Minayo, 2001, p.21-22)², ello se realizará a través del procedimiento bibliográfico y documental. Se trata, por lo tanto, de una investigación exploratoria, cuyo objetivo principal según Gil (2002) es proporcionar mayor familiaridad con el problema, él define:

Estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, no modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado o qual envolvem o levantamento bibliográfico (Gil, 2002, p.41)³.

De esta forma, la investigación exploratoria permite formular hipótesis e identificar elementos clave para el análisis de los fenómenos. Este tipo de investigación se caracteriza por su planeamiento flexible, adaptándose a los hechos estudiados conforme se avanza en el análisis. Esto incluye el procedimiento técnico en el cual se empleó la investigación bibliográfica y documental. La investigación bibliográfica permitió el desarrollo del trabajo mediante la recopilación de información crítica contenida en materiales ya elaborados, como artículos científicos y libros digitales, que aportan distintas perspectivas sobre el problema abordado. Por lo tanto, la investigación documental consistió en la búsqueda y análisis de fuentes primarias, como legislaciones, documentos oficiales, informes institucionales y registros públicos provenientes de organismos gubernamentales y entidades privadas de ambos países, de este modo permitió tener información precisa para el desarrollo del trabajo.

Con vista a responder las incertidumbres de la investigadora y al problema de investigación conjuntamente con el objetivo general y específicos, el Trabajo de

² “La investigación cualitativa responde a preguntas muy específicas. En las ciencias sociales, se ocupa de un nivel de realidad que no puede cuantificarse” (Minayo, 2001, pág. 21-22) (Traducción nuestra).

³ “El objetivo principal de estos estudios es perfeccionar ideas o descubrir intuiciones, de modo que permita considerar los más variados aspectos relacionados con el hecho estudiado, lo que implica el estudio bibliográfico” (Gil, 2002, p. 41) (Traducción nuestra).

Conclusión de Curso fue estructurado de la siguiente manera: 1) En el primer capítulo se buscó trabajar La política de salud en América Latina: Consideraciones sobre Brasil y Perú sobre la política de salud en América Latina con los subtemas a nombrar: Tejiendo consideraciones de la Política de salud en Brasil a partir de la Reforma Sanitaria y Transitando caminos para conocer la política de salud en Perú: Breves aproximaciones. 2) En el segundo capítulo la autora buscó presentar: La salud como ámbito de intervención para el Servicio Social en Brasil y Perú con los subtemas: Conociendo el trabajo profesional de los asistentes sociales en el área de salud y Describiendo el trabajo profesional de los asistentes sociales en el área de salud en el Perú. 3) En el tercer capítulo se buscó describir y presentar al lector El Rol del Servicio Social en la política de salud de Brasil y Perú con el subtema de Simetrías y asimetrías del ejercicio profesional de los asistentes sociales en base a las políticas de salud establecidas en sus territorios.

Finalmente aportando con las consideraciones finales que evidenciaron los hallados en el recorrido de la investigación, dentro de los cuales se manifiesta el espacio sanitario en los dos países estudiados como espacio socio ocupacional que permite la actuación del asistente social insertarse en la política de salud como actor estratégico en la mediación de promoción y defensa de la salud comprometidos de manera ético-político en sus respectivos territorios.

2 LA POLÍTICA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: CONSIDERACIONES SOBRE BRASIL Y PERÚ.

El sector sanitario representa un asunto significativo ya que su principal objetivo es mejorar la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que un sistema de salud consta de un modelo social que constituye un conjunto de personas y acciones destinadas a salvaguardar y mejorar el bienestar de la población. Este sistema incluye varios componentes interconectados, tales como instituciones, agencias y servicios, que dictaminan una serie de acciones planificadas y coordinadas, realizan una diversidad de actividades destinadas a la promoción de la salud, defensa, prevención y tratamiento de enfermedades, incluyendo también la rehabilitación y reintegración de aquellas personas que padecen un estado de bienestar decaído (OMS, 2000).

En Brasil, la representación directa de la Organización Pan-Americana de Salud (OPAS)⁴ comenzó a tener una cooperación más sólida desde el año 1947, lo cual lleva trabajando de la mano con el Estado brasileiro por maximizar el trabajo ligado a la sanidad pública bajo los valores predispuestos: equidad, solidaridad, excelencia, respeto e integridad. Las orientaciones técnicas y estratégicas que la OPAS/OMS comparten con el Estado brasileiro buscan la efectividad de adoptar estrategias de apoyo y atender las demandas poblacionales en abrangencia para crear mecanismos de prevención, promoción y bienestar de la población a nivel federal, estadual y municipal. Por otro lado, Perú adopta las orientaciones de la OPAS/OMS mediante los principios y valores definidos ya en la Constitución de la Organización Panamericana de Salud (OPS) que rige desde el año 1948, cuya visión fue el fortalecimiento del sistema sanitario con la finalidad de dar una cobertura universal priorizando el saneamiento eficaz y sustentable. Por lo tanto, los dos países sudamericanos siguen las recomendaciones establecidas por la OPAS.

Para dar a conocer la construcción de la política de salud tanto en Brasil cuanto en Perú, se considera necesario realizar una incursión en la historia retomando por la década de 1960 con el acontecimiento de la Guerra Fría, en un mundo dividido entre potencias capitalistas y socialistas, y en medio de una constante inestabilidad

⁴ OPAS: Siglas de la Organización Panamericana de Salud. Principal organización de salud pública de la Región de las Américas, líder en la mejora de la salud y el bienestar de las personas.

política, varios países latinoamericanos fueron blanco de golpes de Estado donde presenciaron el establecimiento de regímenes autoritarios.

Mundialmente, el decenio de 1970 fue testigo de un declive relativo del ciclo de prosperidad económica y social que comenzó en el período de posguerra. Este ciclo influyó en la expansión del llamado Estado de Bienestar⁵, estableciendo patrones inéditos de solidaridad social. En el contexto del Occidente capitalista, fue desapareciendo un relativo consenso sobre el papel que desempeñaba el Estado, que antes era visto como agente productivo, promotor del desarrollo y de la solidaridad social, además de ser el proveedor directo de servicios considerados básicos, como la seguridad social, la salud, la educación y la asistencia social (Paiva e Teixeira, 2014).

En la década de 1970, los países que forman parte de América Latina pasaron por períodos de transiciones, uno de los factores era la deuda externa, la crisis económica como desestabilizadores del Estado. El Estado de Bienestar influyó en la elaboración de políticas sociales, lo cual permitió una adecuada ampliación y formulación de políticas favorecedoras para la población. Según Pérez et.al (2006);

Aunado a ello, los diferentes países latinoamericanos han tenido que adaptarse al entorno que ha venido perfilando la globalización económica. Se hizo necesario entonces -y a la vez inevitable- emprender procesos de reforma tales como la modernización del aparato público y la descentralización político-administrativa para enfrentar las manifestaciones de la crisis en Latinoamérica, como el derrumbe de las economías, la pérdida de legitimidad de los sistemas políticos, el desempleo, la corrupción, la pobreza, entre las más significativas (Pérez et.al, 2006, p.2).

En América Latina, la situación sanitaria se manifiesta y se define por sucesos que impactaron a cada administración propia, de acuerdo con los datos recopilados por la CEPAL (2005) mencionan que en la década de 1980 los países latinoamericanos realizaron transformaciones en sus sistemas de salud, siendo notorio la participación del sector privado, lo cual afectó los servicios públicos estatales. Esta información implica la reconsideración de estrategias para abordar

⁵ Llamado también “Welfare State”, concibe como todo esfuerzo del Estado para modificar las condiciones del mercado y proteger los individuos de sus consecuencias económicas y sociales e, en esos términos, sería posible afirmar acciones públicas en esa dirección, todavía rudimentarias originadas en el siglo XIX ampliándose en el siglo XX (Meny e Thoening, 1989).

esta cuestión, con aspectos como la descentralización, financiamiento y participación social. Según Arriagada, Aranda y Miranda (2005, p.28);

Según señalan las autoridades que respondieron el cuestionario, en varios países se ha avanzado en esta dirección, puesto que se han definido planes nacionales y objetivos sanitarios, que implican reestructuración de la política nacional de salud y de otras políticas específicas (Brasil, Chile, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú). Se trata de reformas de los sistemas de salud, los sistemas generales de seguridad social en salud y los modelos de atención integral en materia de salud (Argentina, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Paraguay, Perú). En el caso de Nicaragua, estas transformaciones implicaron en los últimos cinco años la promulgación de una Ley General de Salud y en Argentina, la formulación de un Plan Federal de Salud tendiente a asegurar el papel activo de un "Estado garante" del bienestar de la población (Ministerio de la Salud de Argentina, 2004). Como se puede observar, el trasfondo de estas iniciativas ha sido una preocupación central por asegurar la cobertura básica universal de la salud, lo que en algunos países ha implicado declaraciones explícitas de compromiso en cuanto a acceso, cobertura, y garantías básicas de salud para la población (Chile, Guatemala, Honduras). Las estrategias de extensión de coberturas mediante la contratación de organizaciones no gubernamentales en El Salvador y Nicaragua, han sido avances concretos en esta materia (Arriada, Aranda y Miranda, 2005, p.28).

En el marco de las reformas estructurales, en el contexto del modelo neoliberal que fue impulsado por el Consenso de Washington⁶, la política social en América Latina y en particular el acceso a la salud pasó por transformaciones profundas. Diversos estudios, como los de la CEPAL, han documentado que estas reformas generaron desigualdad social, aumento de la pobreza, deterioro de los servicios públicos y crisis económicas recurrentes. Esta orientación se alineó con el enfoque neoliberal dominante, que redefinió el papel del Estado en la provisión de servicios básicos. Según Bitar (1988), dicho enfoque planteaba que los recursos públicos para gasto social debían concentrarse exclusivamente en los más pobres, mientras que el resto de la población debía financiar por su cuenta servicios como la educación y la salud: "Postulan finalmente que lo prioritario es el combate contra la extrema pobreza [...] debiendo los demás sectores costearse los servicios de educación y salud" (Bitar, 1988, p. 57).

⁶ El economista Williamson creó el término "Consenso de Washington" para referirse al denominador común más bajo de los consejos de política que se dirijan a los países de América Latina por parte de las instituciones con sede en Washington a partir de 1989 (Williamson, 2000, p.251).

En cuanto al financiamiento, actualmente en Brasil, la salud pública es sustentada por un modelo tripartite, que implica la financiación proveniente de la Unión, Estados y Municipios, quienes son los efectivos en movilizar los recursos financieros. Esta estructura se valida con la Ley Complementaria 141/2012 en el cual deben destinar mínimo el 15% los Municipios, y los Estados 12%, la Unión tiene específicamente destinado invertir el mismo valor que fue invertido en el año anterior más un incremento de la variación nominal del PIB (Produto Interno Bruto) (Brasil, 2012).

En Perú el presupuesto destinado específicamente al sistema de salud público asigna aproximadamente el 94% a la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) y el restante 6% proviene de contribuciones no reembolsables (Alcalde at. el., 2009). Según las Instituciones Prestadoras de Salud Pública (IPRESS) los recursos provienen de los impuestos generales, lo que significa que el Ministerio de Salud obtiene fondos del presupuesto gubernamental. Así, a través de transferencias estatales se efectúa la descentralización a nivel nacional y regional.

Cada administración gubernamental enfrenta situaciones coyunturales únicas, esto implica asimetrías en la asignación económica.

2.1. TEJIENDO CONSIDERACIONES DE LA POLÍTICA DE SALUD EN BRASIL A PARTIR DE LA REFORMA SANITARIA

Partiendo de los hechos históricos, desde de la colonización, la salud fue tomada como una forma de realizar tratamientos para tratar enfermedades con las que los portugueses, al llegar a Brasil, contribuyeron a las prácticas médicas; así comenzó la instalación de las Santas Casas de Misericordia, siendo estas las primeras en aparecer en São Vicente en 1543, estas casas fueron creadas por católicos que realizaban obras sociales. Según Scaff y Chioro (1999), la asistencia médica era un medio de atención mecánica para las personas que padecían de enfermedades que necesitaban de intervenciones médicas, pero no a todo el público, es decir, solo para quienes podían pagar para ser atendidos, dejando de lado a aquellos que no tenían recursos económicos, siendo ellos auxiliados por otras instituciones como las Santas Casas de Misericordias.

Até a década de 20, aqueles que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Aos despossuídos restavam duas alternativas: a medicina popular (leigos, curadores, práticos, benzedeiros, etc.) ou o auxílio das Santas Casas de Misericórdias, destinadas ao tratamento e amparo aos indigentes e pobres. O processo de industrialização que pôs fim ao modelo económico agroexportador induziu o aparecimento da assistência médica da Previdência Social (Scaff e Chioro, 1999, p.3)⁷.

No obstante, durante el período colonial se dio pase hacia iniciativas de salud pública en Brasil, donde los fundamentos eran la protección y el saneamiento de las ciudades, con objetivo de monitorear y controlar enfermedades, también ofrecer atención a los pacientes (Oliveira, 2012). Posteriormente, este proceso continuó con una industrialización gradual y la migración de la población que llevó al gobierno a redefinir sus servicios de salud.

En el recorrido de la República, bajo el regimiento de presidentes como Rodrigues Alves (1902-1906) se implementó una campaña de saneamiento con el propósito del control de la salud pública. Sin embargo, la situación económica en Brasil también se vio impactada, por el deterioro de la monocultura del café que se manifestó en la primera década del siglo XX. Esto resultó en aprimoramiento de una reforma sanitaria, que permitiría fomentar una reflexión sobre un movimiento de cambio social donde la salud pública sea apreciada y colocada como prioridad en agenda.

De acuerdo con Escorel y Teixeira (2012), la atención en la expansión de los servicios médicos para los empleados urbanos indica que la política sanitaria durante el gobierno de Vargas se fundamentaba en dos ejes esenciales: la salud pública y la medicina vinculada a la seguridad social. En este contexto, se integra el sistema de salud brasileño mediante la implementación de la Ley Eloy Chaves y la Seguridad Social en el país. La instauración de la seguridad social en Brasil, particularmente en términos de acceso a salud, representa un hito crucial en la creación del sistema de protección social a nivel nacional. La Ley Eloy Chaves, promulgada el 24 de enero de 1923, representó uno de los primeros avances en la creación de un sistema de seguridad social en Brasil. Denominada en honor al diputado federal Eloy Chaves,

⁷ Hasta la década de 1920, quienes necesitaban atención médica se veían obligados a contratar servicios de profesionales independientes. Los desposeídos tenían dos alternativas: la medicina tradicional (laicos, curanderos, practicantes, curanderos, etc.) o la asistencia de las Santas Casas de Misericordia, que brindaban tratamiento y apoyo a los indigentes y pobres. El proceso de industrialización que puso fin al modelo económico agroexportador propició el surgimiento de la atención médica de la Seguridad Social (Scaff y Chioro, 1999, p.3) (traducción nuestra)

quien lideró su redacción, esta ley estableció la formación de las Cajas de Aposentadoría y Pensiones (CAPs), enfocándose inicialmente en los trabajadores del ámbito ferroviario. Fue el primer esfuerzo sistemático para orientar la seguridad social en Brasil, con la finalidad de asegurar protección social a un grupo definido de trabajadores.

Como consecuencia, al analizar la situación prevalente en el ámbito sanitario, se desarrolló un nuevo proyecto de construcción nacional que enfocó la cohesión del país, como la valorización del empleo y los trabajadores urbanos. Frente al escenario, el gobierno de Getúlio Vargas durante su primer mandato fue fundamental, dio lugar a la expansión de iniciativas asistenciales que se habían iniciado durante la Primera República, en respuesta a las crecientes exigencias del movimiento obrero. En el denominado Estado Nuevo de Getúlio Vargas, en 1932, se establecieron los Institutos de Aposentadorias y Pensiones (IAPs) con propósito de proporcionar asistencia médica como servicio destinado a estimular un tipo de previsión social que exigía a los trabajadores contribuciones formales, asegurando así la obtención de beneficios. Este sistema también incluía otras entidades, como el Instituto de Aposentadoria y Pensiones Marítimos (IAPM) y el Instituto de Aposentadoria de los Comerciantes (IAPC) (Baptista, 2007).

Con la creación del Ministerio de Salud en 1953 mediante Ley n° 1.920 (Brasil, 1953), fue reformulada para dar frutos a una política sanitaria centrada en acciones preventivas, la gestión estatal en salud se vio marcada por una inexistencia de un modelo sanitario definido, lo cual fue desgastante porque no se podía enfrentar adecuadamente las epidemias que asolaban, contextualizando Rio de Janeiro como una de las ciudades principales afectadas, presentando enfermedades graves como la fiebre amarilla, peste, malaria los cuales, trayendo consecuencias en el sector comercial (Polignano, 2001).

Otro acontecimiento significativo que ayudó a desarrollar el mejoramiento de de la salud pública ocurrió en 1904. En este contexto, Oswaldo Cruz introdujo propuestas sanitarias destinadas a elevar el bienestar de la población. Estas iniciativas incluían la instauración del Servicio de Profilaxis contra la fiebre amarilla, el establecimiento de la inspección de aislamiento y desinfección, la instalación de la Dirección General de Salud Pública, la obligatoriedad de la vacunación contra la viruela en todo el país, la exigencia de un certificado de vacunación para ocupar cargos públicos, viajar y matricularse en centros educativos, así como sanciones para

los profesionales médicos que expidieran certificados de vacunación falsos. Según descrito por Polignano;

Foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causam revolta na população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (Polignano, 2001, p.4-5)⁸.

Este enfoque orientado hacia la sociedad brasileña en el ámbito de salud pública tenía como objetivo principal establecer una “ciudadanía saludable” mediante intervenciones gubernamentales que buscaban la urbanización de las principales metrópolis, como Río de Janeiro, que sufrió transformaciones significativas debido al auge económico provocado por el café. Durante ese tiempo, Brasil estaba profundamente marcado por una perspectiva higienista, la cual sostenía que el bienestar de la población dependía de la “pureza” del entorno urbano, reflejando una mentalidad colonialista que asociaba el desarrollo con la salud y el orden.

Así, el impulso para limpiar las ciudades y mejorar la calidad de vida de los grupos sociales más desfavorecidos coincidía con la necesidad de actualizar Brasil, bajo los criterios previamente establecidos. Esta etapa estuvo caracterizada por el autoritarismo y el control ejercido por la élite sobre los temas sociales, centrando sus esfuerzos en preservar el orden público y garantizar la estabilidad política.

La Reforma Sanitaria fue un proceso de transición que se llevó a cabo en la década de 1970, referenciando a su inicio en la Primera República de Brasil. Las metas trazadas de esta reforma fueron impulsadas con la finalidad de institucionalizar, implementar acciones de manera que el Estado vele por la mejora de las demandas en el ámbito de salud, inició la articulación entre diferentes movimientos sociales, académicos, estudiantes, y varios grupos populares que defendían el derecho a la salud, según Cordeiro (1979, p.49);

⁸ Se creó un verdadero ejército de 1500 personas para llevar a cabo actividades de desinfección en la lucha contra el mosquito, vector de la fiebre amarilla. La falta de aclaración y las acciones arbitrarias de los "guardias de la salud" causaron indignación en la población. Este modelo de intervención se conoció como campaña y se concibió dentro de una visión militar en la que el fin justificaba los medios, y en la que el uso de la fuerza y la autoridad se consideraban los instrumentos de acción predilectos (Polignano, 2001, p.4-5) (traducción nuestra).

Entender o direito à saúde, nesta perspectiva, recoloca o problema em outra dimensão, ou seja, é preciso desvendar o papel que a medicina e as políticas de saúde cumprem nesta função de instauração da hegemonia de um grupo social. Parece, então, que é importante entender, fazendo uma leitura ideológica de uma série de documentos que vêm pautando a política de saúde na América Latina, onde aparecem os elementos de maior relevância (Cordeiro, 1979, p.49)⁹.

Esta dinámica se concreta en dos aspectos clave: el primero consta de los procesos de dominación, que se ilustran con la formalización del derecho a la salud y la aplicación de políticas de salud como medios para crear un acuerdo social; y en segundo lugar, los elementos del poder que se evidencian en una estructura unificada del estado moderno, es decir, considerando que cada contexto histórico necesita de una gestión actual, buscando solucionar las diferencias entre la ineficacia que puede surgir del Estado y del sector privado, dado que una buena planificación priorizaría la salud (Cordeiro, 1979).

La narrativa de este movimiento en Brasil tuvo como propósito impulsar un cambio benéfico, centrando la prioridad de garantizar un acceso accesible y justo a la salud, con objetivo de promover la justicia y la equidad social en el ámbito de la atención sanitaria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un derecho humano esencial” (OMS, 2019); no obstante, la realidad en Brasil durante la década de 1970 era diferente antes de la Reforma Sanitaria, ya que el sistema de salud estuvo dividido y no era accesible para un gran porcentaje de la población, especialmente para aquellos en situaciones de vulnerabilidad y pobreza.

Bajo el fundamento de esta reforma, se constata la salud como derecho universal, adjudicado a la Constitución Federal de 1988 referente al tema de salud, lo cual estuvo pendiente en la agenda de los gobiernos, a esto la autora Gershman (2004) denomina este proceso como una vía a la “Democracia Inconclusa”¹⁰ por el período que Brasil atravesó con las bases sociales que apoyaron a la Reforma de Salud, cambios organizativos que tuvieron las instituciones estatales de salud y como

⁹ Comprender el derecho a la salud desde esta perspectiva replantea el problema desde otra perspectiva; es decir, es necesario desentrañar el papel que la medicina y las políticas sanitarias desempeñan en el establecimiento de la hegemonía de un grupo social. Parece, entonces, importante comprender, a través de una lectura ideológica de una serie de documentos que han guiado la política sanitaria en América Latina, dónde aparecen los elementos más relevantes (Cordeiro, 1979, p.49) (traducción nuestra).

¹⁰ La investigadora brasileña Silvia Gershman en su libro “A Democracia Inconclusa”: Um estudo da Reforma Sanitária brasileira, el término se refiere a cómo se dio el proceso de democratización, el cual pasó por un proceso transitorio de regímenes políticos que presentaron obstáculos y desafíos en cuanto a lo social, económico que se dio en el transcurso de la reforma sanitaria en Brasil.

eje central para la implementación de cambios políticos en el sector el proceso de descentralización, lo cual dio cabida en la década de 1980 para comenzar a implementar proyectos dirigidos a la política social focalizado en la salud.

Los pilares importantes consideradas por la reforma sanitaria consisten en adaptar un sistema público, derecho universal a la salud, sistema unificado, descentralización, participación popular, financiamiento, control sobre el mercado, el empresariamiento y un sistema público, Según Teixeira;

A construção do projeto da reforma sanitária funda-se na noção de crise: crise de conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. A estratégia de transformação da situação de crise, inspirada em uma leitura socializante da problemática da saúde, concretiza-se na perspectiva da luta pela democratização que se baseia na interpelação dos indivíduos enquanto cidadãos, capazes de aprofundar sua consciência sanitária e, assim, transformarem-se em atores sociais organizados na luta pelo direito à saúde como dever do Estado (Teixeira, 1989, p. 203)¹¹.

Para dar entrada a una nueva reformulación del Sistema Nacional de Salud, en el año 1986 se dio a cabo la VIII Conferencia Nacional de Salud (CNS), el cual es uno de los espacios democráticos para crear políticas públicas referentes a la salud en Brasil, en la cual participan representantes del gobierno y discuten el futuro y/o mejora de los servicios enfocados en el área de la salud pública, los temas a considerar fueron: salud como derecho, reformulación del Sistema Nacional de Salud y el financiamiento sectorial (Brasil, 1986).

Posteriormente, abrió pase a la promulgación de la Constitución de 1988, fue un hecho marcante en el proceso, ya que establece el derecho fundamental e inalienable, estipulado en el artículo n° 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

¹¹ La construcción del proyecto de reforma sanitaria se basa en la noción de crisis: crisis del conocimiento y la práctica médica, crisis del autoritarismo, crisis del estado de salud de la población y crisis del sistema de prestación de servicios de salud. La estrategia para transformar la situación de crisis, inspirada en una comprensión socializadora de los problemas de salud, se materializa en la perspectiva de la lucha por la democratización, basada en la interpelación de los individuos como ciudadanos, capaces de profundizar su conciencia de salud y, así, transformarse en actores sociales organizados en la lucha por el derecho a la salud como deber del Estado (Teixeira, 1989, traducción propia).

risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1990)¹².

Por lo tanto, la Constitución estableció la responsabilidad del Estado en garantizar la salud como un derecho social, transformación y la implantación del llamado Sistema Único de Salud (SUS), mediante Ley 8.080 (Brasil, 1990) define los objetivos del SUS constando de la identificación y divulgación de los condicionantes y determinantes de la salud, es decir, formular la política de salud para promover los campos económico y social, disminuir los riesgos de agravios, acciones de promoción, protección y recuperación con acciones preventivas y asistenciales, los cuales han sido significativos como uno de los avances en política de salud que posee hasta la actualidad en cuanto a la salud pública.

El Sistema Único de Salud (SUS) tiene el objetivo de ordenar el modelo anterior, ya que se hallaban diversas instituciones que se encargaban de las funciones lo cual resultó ser descoordinada, ya con el nuevo sistema hubo una acomodación lógica, ubicando el mando único a mano de cada esfera del gobierno, a nivel federal el encargado de coordinar las acciones en el campo de la salud es el Ministerio de la Salud, a nivel estadual la Secretaría Estadual de Salud (SES).

Según la Nota técnica de la Cámara de Diputados N° 10/2011 el aspecto público que caracteriza al Sistema Único de Salud (SUS), garantizado por sus principios fundamentales y su financiación por parte del Estado, la atención sanitaria en Brasil está también abierta a la participación del sector privado. Esta situación permite la existencia de diversos segmentos en la provisión de servicios de salud, los cuales se diferencian según los métodos de acceso y las fuentes de financiación, como los planes de salud y los seguros, así como los sistemas de "clientela cerrada" y los proveedores privados independientes. Esta particularidad confiere una diversidad notable al sistema de salud, la cual se diferencia de otros países que

¹² “La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que busquen la reducción del riesgo de enfermedades y otros problemas y el acceso universal e igualitario a acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación” (Brasil, 1990) (traducción nuestra).

aplican modelos similares en la organización de los servicios públicos de salud, donde la influencia del sector privado a nivel municipal no es tan pronunciada.

En el ámbito institucional, se establece un sistema participativo para asegurar el control social sobre las políticas en esta área. Esto se consigue al incluir: gerentes del sistema en todos los niveles de gobierno; grupos de toma de decisiones que abarcan a gerentes de diversos niveles, como la Comisión Intergestora Bipartita (un representante por cada Estado) y las Comisiones intergestoras regionales (que se encuentran en varias regiones de salud, con un número que puede variar según la ubicación de cada Estado); así como Consejos que representan a los secretarios de salud, tanto a nivel estatal como municipal, donde a nivel nacional existen el Consejo Nacional de Secretarios de Salud y el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud, además de los Consejos de Secretarios Municipales de Salud en el nivel estatal (Noronha, Lima y Machado, 2012).

Por lo tanto, se considera la salud como producto social ya que influyen factores y determinantes que lo condicionan de forma colectiva, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de acciones sociales individuales y colectivas tienen como responsabilidad sobre el bienestar de las personas. En la Ley Orgánica de Salud 8080/90 en el artículo n° 3 menciona lo siguiente:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990, p.1)¹³.

Esto significa que en la sociedad se presentan determinantes y factores, los cuales componen un estado de bienestar para los ciudadanos, conformado por los derechos fundamentales, tener una alimentación saludable como el principal factor condiciona a la persona a mantenerse saludable físicamente, la rienda que compone el dinero que tienen como entrada para solventar sus gastos cotidianamente, el trabajo

¹³ Art. 3 Los niveles de salud expresan la organización social y económica del país, teniendo como determinantes y condicionantes la salud, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, la actividad física, el transporte, el ocio y el acceso a los bienes y servicios esenciales (Brasil, 1990, p.1) (traducción nuestra).

como actividad de productividad lo cual exige mano de obra e induce a un desgaste físico y mental, saneamiento básico influye directamente a los servicios de agua potable y electricidad, la recreación como fuente de vitalidad que se puede optar para estar en óptimo estado de bienestar. Se trata de una organización que considera la salud de cada ciudadano que es influenciado y condicionado a servicios que puedan tener al alcance, teniendo en cuenta que no todos poseen el mismo nivel socioeconómico.

Abordando el Sistema Único de Salud (SUS), en la Constitución Federal está estipulado la participación de la comunidad a través de la Ley 8.142 de 1990 (Brasil, 1990), se describe que es parte fundamental del Pacto por la Salud, así busca mejores condiciones de vida siendo influenciada por la población. Dentro de los principios doctrinarios del Sistema Único de Salud se comenta que la universalización garantiza el acceso a los servicios de salud a todas las personas, la equidad disminuye desigualdades, invirtiendo más donde la carencia es mayor y la integridad considera las personas como un todo, atendiendo a todas sus necesidades. Sobre sus principios organizativos se encuentran la regionalización y jerarquización, es decir que los servicios deben ser organizados en niveles descendientes de complejidad adheridos al área geográfica, mientras que la regionalización trata de la articulación entre los servicios existentes para su unificación, la jerarquización consta de la división de niveles de atención para garantizar formas de acceso a los servicios, o sea, atención primaria, atención secundaria y atención terciaria. Otro de los principios organizativos es la descentralización y comando único, el cual consta la redistribución de poder y responsabilidad entre los tres niveles de gobierno mediante la Norma Operacional de Asistencia a la Salud (NOAS-SUS 01/2002) (Brasil, 2002), aquí parte desde el Municipio su responsabilidad para con la ciudadanía, ya que se les destina condiciones administrativas y financieras, y sobre el comando único, incide en cada esfera de gobierno quien actúa de manera autónoma sobre las decisiones que respeten la participación ciudadana (Brasil, 1990).

De manera complementaria, consecuente de la reforma sanitaria se fue direccionando la Reforma psiquiátrica a través de los nuevos abordajes de salud mental que también se contempla en la Constitución de 1988, fue consolidada ya con la Ley N° 10.216/2001 (Brasil, 2001) bajo la creación de un modelo psiquiátrico

enfocado en el atendimento comunitario y desinstitucionalización de pacientes que presentan trastornos mentales para lo cual implementaron servicios de Red de la Atención Psicosocial (RAPS) y Centros de Atención Psicosocial (CAPS).

El reconocimiento de la salud que abarca tanto físico como mental es un factor social que acompaña el proceso de abertura a un espacio socio ocupacional, en este caso para el asistente social insertado en el área la comprensión de tener salud y/o mantenerse saludable en la realidad dependerá de las condiciones económicas y sociales que muestran e indican que las expresiones de la cuestión social que se manifiesten en el área de intervención especializada.

2.2. TRANSITANDO CAMINOS PARA CONOCER LA POLÍTICA DE SALUD EN PERÚ: BREVES APROXIMACIONES

Para el conocimiento de la cronología de la salud en el Perú, se retomará desde el inicio de la República (siglo XIX), según Bustíos (2004) denota una fase de transformación de una sociedad colonial hacia una nueva configuración política y social. Durante este lapso, la sanidad pública y los servicios médicos estuvieron influenciados por los legados coloniales y las dificultades derivadas de la guerra de independencia, el aumento poblacional y las restricciones en materia económica.

La República en Perú comienza en el año 1821, en cuanto al tema de salud, tuvo como predominancia la llegada de las epidemias de fiebre amarilla, pestes en la época colonial que fueron desatándose por la llegada de los europeos. La salud pública en el país emergió ante la atención de plagas o "pestes" durante la época colonial.

Diversas enfermedades epidémicas de origen europeo provocaron numerosas muertes entre los indígenas. Con el transcurso de los siglos, se transformaron en otras epidemias y endemias incontrolables científicamente, que también se propagaron entre la población española y criolla. Ante esta situación, la monarquía española decide enviar a América la vacuna contra la temible viruela, la cual llegó al virreinato peruano a inicios del siglo XIX, a través del médico Salvany. La vacunación se llevó a cabo mediante la técnica de inoculación vacunal de brazo a brazo variación del

descubrimiento del inglés Jenner (Paredes, 2018), aplicada de vaca a humano, pero con la dificultad de encontrar voluntarios dispuestos a proporcionar dicho suero inmunizador. Según Bustíos coloca;

Durante el período 1845-1876 las normas legales dictadas específicamente para la protección de la salud colectiva y la salubridad urbana se limitaron a las de carácter administrativo, orientadas al control de las epidemias, especialmente la fiebre amarilla urbana y al financiamiento de algunas obras públicas de saneamiento básico. Las normas más importantes dictadas en estos años fue la “Ley de Vacunaciones de 1847” y la “Ley de Creación del Servicio de Médicos Titulares” (Bustíos, 2004, p.253).

Durante este período, los temas vinculados a la sanidad pública en el país quedaron a cargo del entonces llamado Ministerio de Gobierno cuyos partícipes eran presidentes de las Juntas de Sanidad y las Municipalidades. Hubo una polémica asociada a que la salubridad se relacionaba con “asuntos policíacos”, según Bustíos (2004) ya que esto consideraba un orden prevaeciente del espacio público que tenían que dar las pautas y mantener la higiene pública. Por otro lado, el tema de la sanidad estuvo de la mano con la asistencia pública lo cual se manifestaba con la beneficencia pública adjudicados a la Instrucción Pública, Beneficencia y Asuntos Eclesiásticos.

A inicios del siglo XX, la salud pública y la medicina se vieron vinculados a un modelo teórico llamado “teoría del germen” en la cual hubo participación de especialistas que tenían conocimiento en las enfermedades y por lo tanto realizaban estudios profundos para dar a conocer y hallar tratamientos dignos, esta intención hizo repensar en cuanto al enfrentamiento de los problemas de salud, velando por el bienestar biológico, así como social y sobre la atención de la salud. La epidemiología fue un área determinante para considerar el tema sanitario, según comenta el autor;

En los lustros iniciales del siglo XX, de grandes tensiones sociales y políticas, reaparecen médicos que, en contra de la corriente hegemónica en la comunidad científica, insisten en utilizar la Epidemiología como instrumento para estudiar las “patologías sociales” generadoras de desigualdades y conflictos. Major Greenwood, médico socialista inglés, profesor de Epidemiología y Estadísticas Vitales de la “London School of Higiene”, reclama una delimitación más clara del campo objetivo de la Epidemiología; asimismo recusa el carácter esencialmente descriptivo que estaba adoptando en los últimos años (Bustíos, 2004, p. 365-366).

Más tarde, en 1924, durante el mandato de Luis Sánchez Cerro, se creó el Servicio de Salud de la Policía, este es el primer intento de creación de un primer

sistema de salud en el Perú. La formación de este servicio estuvo vinculada a varios cambios que buscaban dotar al país de una infraestructura moderna para la atención médica. Según Rios (2014), en la década de 1920, Perú experimentó un crecimiento en la urbanización y grandes cambios en la forma de gestionar la salud pública. Estos cambios incluyeron la formación de organizaciones dedicadas a atender a grupos específicos, como la policía, el ejército y los trabajadores industriales. La introducción del Servicio de Salud en la Policía Nacional del Perú fue un paso importante en este proceso, ya que fue una de las primeras iniciativas de este tipo en instituciones estatales. Uno de los primeros logros del nuevo Servicio de Salud fue la creación de una red de hospitales y dispensarios en las ciudades principales y en las comisarías. Además, se pusieron en marcha programas de prevención de enfermedades y se mejoró el acceso a medicamentos y tratamientos médicos, lo que terminó con la fundación del Hospital Central de la Policía.

En el período de 1933 a 1963 el contexto económico en el Perú se presentó obcecadamente en cuanto a su economía, la producción fue afectada por factores externos e internos, siendo uno de los hechos marcantes, la Segunda Guerra Mundial (1939-1945); descrito según Bustíos (1995) el Perú se caracterizaba como exportador de materias primas lo cual contribuyó en su economía. La creación de Ministerio de Salud, Trabajo y Previsión Social se dio en el año 1935 dentro del cual se conformaron entidades especializadas en atender cada aspecto sanitario, siendo: los Departamentos o Direcciones de Salubridad, de Trabajo, de Previsión Social y Asuntos Indígenas del Ministerio de Fomento, y el Departamento de Beneficencia del Ministerio de Justicia;

Un mes después, en noviembre de 1935 se promulgó la Ley Orgánica de las Sociedades Públicas de Beneficencia que formó la constitución de esta sociedad y los servicios de profilaxis y asistencia social gratuitas. Las Sociedades Públicas de Beneficencia se convierten en personas jurídicas que ejercen por Ministerio la ley, funciones de asistencia social, cooperando dentro de sus propias actividades a los fines de previsión social del Estado dirigirán y mantendrán los establecimientos hospitalarios de asilo y previsión que se hallan a su cargo (Bustíos, 1995, p.5).

Como producto del enfoque sanitario en cuestión de la previdencia, en el año 1936 se creó la Caja Nacional del Seguro Social (Seguridad Social de los Trabajadores Nacionales) el cual estuvo enfocado exclusivamente para trabajadores obreros, siendo una premisa para dar cobertura a nivel nacional.

Un hecho que marcó el avance del constructo a una política sanitaria es la creación del Código Sanitario en 1969, mediante Decreto Ley N° 17505, en primera instancia este Código sirvió como un dispositivo legal que menciona el derecho a la salud como “bien jurídico” el cual está predispuesto a brindar bienestar a las personas para así beneficiar el progreso de las poblaciones. El Código Sanitario consagra lo siguiente en el título preliminar (1969, p.3);

Titulo Preliminar

- I.- La salud es el principal componente del bienestar y constituye elemento indispensable en el desarrollo de los hombres y el progreso de los pueblos.
La salud es un bien jurídicamente irrenunciable.
- II.- No se puede pactar contra la Norma de Salud.
- III.- La Norma de Salud tiene por finalidad tutela: el interés constituido por la salud.
- IV.- En la normación jurídica de la salud solo intervienen consideraciones de orden público.
- V.- La Autoridad de Salud no puede dejar de cumplir y hacer cumplir las Normas de Salud, ni aún por deficiencia de éstas. En tal caso se debe aplicar los principios del Derecho.
- VI.- Ninguna persona puede eximirse de las obligaciones impuestas por las Normas de Salud.
- VII.- Ningún extranjero puede invocar su ley territorial en materia de salud.
- VIII.- Los bienes están sujetos a la Norma de Salud, en cuanto ponen ésta en peligro.
- IX.- Todo acto u omisión intencional que altere o amenace el estado de la salud constituye delito.
- X.- El Ministerio de Salud es el único Organismo del Estado competente en la solución de los problemas de salud, teniendo jurisdicción al respecto en todo el territorio de la República (Perú, 1969, p.3)

El Código Sanitario como instrumento jurídico en el siglo XX, sirvió de base para consolidar y prestar atención a los asuntos respectivos a salud, dando el enfoque a cada sector que compone la sociedad, sobre las personas que están en formación, sobre la salud de la madre, salud del niño, trasplante de órganos, sobre la vigilancia de los alimentos, de los productos farmacéuticos, traslado de cadáveres, promoción de salud, protección de salud, salud mental, de la educación para la salud, saneamiento ambiental, establecimientos de salud, salud en el trabajo, asistencia social y delitos contra la salud (Perú, 1969).

La discusión sobre la salud es un desafío para el presente, la Constitución Política del Perú de 1993 prevé la Política Nacional de Salud. Artículo n° 9 "El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo regula y supervisa su

aplicación. Es responsable de diseñar y conducirla de forma plural y descentralizadora para facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud para todos" (Perú, p.8, 1993).

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en contribución subsidiada o indirecta y contribución directa, que corresponde a la Seguridad Social. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: Seguridad Social con Provisión Tradicional (EsSalud) y Provisión Privada (EPS); EsSalud presta servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones. Sin embargo, desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Prevención mediante Decreto Supremo n° 009-97 (Perú, 1997), en 1997, el sector privado viene ofreciendo servicios personales al EsSalud por medio de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS).

En el sector público, el gobierno peruano ofrece apoyo sanitario a la población no asegurada mediante el pago de una cuota de recuperación basada en montos variables, sujeto a la discreción de las organizaciones, además del Seguro Integral de Salud (SIS). Este último subsidia la prestación de servicios de salud para la población en situación de pobreza y pobreza extrema.

En el año 2002 se creó e implementó el Seguro Integral de Salud, producto de la fusión del Seguro Materno Infantil (SMI) y el Seguro Escolar Gratuito (SEG), los cuales se orientaron de manera enfocada a garantizar a los niños y madres en situación de pobreza, dando así origen a la Unidad de Seguro Integral de Salud mediante Resolución Suprema 445-2001-SA del 31 de octubre de 2001, según la Gerencia del Seguro Integral de Salud (2011);

En el 2001, el programa que amplía la cobertura de atención de madres y niños pobres denominados Seguro Materno Infantil (SMI) se fusionó con el Seguro Escolar Gratuito (SEG) creándose la Unidad de Seguro Integral de Salud mediante Resolución Suprema 445-2001-SA del 31 de octubre del 2001; y para el año 2002 mediante Ley 27657 se crea el Seguro Integral de Salud, entidad que tiene como misión, administrar los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, de conformidad con la Política del Sector (2011, p.6).

Los servicios para la población subsidiada por el SIS ya sean abiertos o protegidos, se prestan a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados ubicados en las diversas regiones y en la capital (Rabanal et. al., 2011).

La instalación del Seguro Integral de Salud representa un avance significativo en camino al aseguramiento inclusivo porque se trata de seguro focalizado para ciudadanos en estado de vulnerabilidad social y económica, es decir están bajo situación de pobreza y pobreza extrema clasificado por la Clasificación Socioeconómica (CSE) en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)¹⁴.

La breve contextualización de la política de salud que fue construyéndose en Perú tiene un significado social, lo cual de la misma manera se tiene un trayecto recorrido que abrió paso a profesionales de Trabajo Social, como partícipes de la realidad e intervención en el área.

¹⁴ Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) en Perú es un sistema de información instaurado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que permite identificar y clasificar los hogares según su nivel socioeconómico, con el objetivo de incorporar a los programas sociales a los hogares que se encuentren en situación de pobreza y pobreza extrema.

3 LA SALUD COMO ÁMBITO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL EN BRASIL Y PERÚ.

El Servicio Social en Brasil surge en la segunda mitad de la década de 1930, en medio de la era de modernización fabril lo cual generó consecuencias en el entorno sociocultural, haciendo que se produjera la degradación de la cuestión social, formando derivados de este como consecuentes producidos, lo cuales se nombran adecuadamente expresiones de la cuestión social, haciendo notar las brechas sociales, políticas y económicas que se desarrollaron y afronta el país. Cuestión social según las palabras de Santos (2012) la construcción teórica del término se establece como consecuencia del resultado de la acumulación o reproducción ampliada del capital, formulado por Marx en la Ley General de la Acumulación Capitalista¹⁵ (2013), explica la autora;

Esse processo remete à incorporação permanente de inovações tecnológicas pelos capitalistas, tendo em vista o aumento da produtividade do trabalho social e a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias. Essa tendência, por sua vez, produz um movimento simultâneo de aumento do capital constante e diminuição do capital variável, que corresponde à força de trabalho (Santos, 2012, p.26)¹⁶.

Esto denota una reforma del capital, donde las maquinarias y equipamientos aumentan, paralelamente los salarios y cantidad de trabajadores disminuyen porque la tecnología hace reducir la manufactura manual, volviéndolo eficiente. Ello conlleva a reflexionar las expresiones de la cuestión social que son originadas por causa de desigualdades sociales que repercuten en los ciudadanos que componen la clase trabajadora, se conceptualizan en la pobreza, falta de acceso a derechos básicos, violencia, desempleo.

Por consiguiente, la salud, dado a las circunstancias, los trabajadores resultaron afectados por el desempleo ocasionado, demostrando una contingencia a

¹⁵ Según Marx (2013), es un proceso constante de “acumulación de riqueza en un polo, al mismo tiempo, la acumulación de miseria, el suplicio del trabajo, la esclavización, la ignorancia, la brutalización y la degradación moral en el polo opuesto, esto es, del lado de la clase que produce su propio producto como capital.

¹⁶ Este proceso se refiere a la incorporación permanente de innovaciones tecnológicas por parte de los capitalistas, con el objetivo de aumentar la productividad del trabajo social y reducir el tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de bienes. Esta tendencia, a su vez, produce un movimiento simultáneo de aumento del capital constante y disminución del capital variable, que corresponde a la fuerza de trabajo (Santos, 2012, traducción nuestra).

causa de las condiciones de vida que poseían en el momento, descrito por la autora Bravo (2013);

Os problemas de saúde, suscitados pela Revolução Industrial, não afetaram apenas o proletariado, mas também as classes dominantes, pois estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais. As más condições de vida e de saúde reduziram a produtividade do trabalho e a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que colocavam em perigo a ordem constituída (Bravo, 2013, p.34)¹⁷.

La equidad sanitaria es sustancial para la población el tener un estado de bienestar óptimo para desarrollar actividades cotidianas, dentro de ello está el trabajo, el cual requiere de esfuerzo físico y mental el cual debe cuidarse apropiadamente.

En Perú, el Trabajo Social surge en el año 1937 con la fundación de la Primera Escuela de Servicio Social en la ciudad de Lima, el cual estuvo bajo dependencia del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, con el objetivo de formar profesionales con función de intervención en los problemas sociales para afrontar la pobreza, salud pública y educación. El país participó en el Segundo Congreso¹⁸ Panamericano de Servicio Social realizado en la ciudad de Río de Janeiro en Brasil en 1949. Dentro del tema central abordado fue sobre la “Acción del Servicio Social en el Fortalecimiento de la Vida Familiar” en el cual la colocación de la delegación peruana de Servicio Social enfocó la relevancia que la salud es una de las seguridades que debe tener una familia, Según los partícipes de la Escuela de Servicio Social que asistieron al Congreso describen;

Este tema se ha sugerido, no solamente teniendo en cuenta las necesidades de nuestro país, sino que se ha considerado que es un tema de interés para todos los países de América en donde se ha reconocido que la acción del Servicio Social debe inspirarse en ciertos principios fundamentales que afirman la altísima función de la familia,

¹⁷ Los problemas de salud que planteó la Revolución Industrial afectaron no solo al proletariado, sino también a las clases dominantes, ya que no fueron inmunes a las epidemias que se propagaron en los nuevos centros industriales. Las malas condiciones de vida y de salud redujeron la productividad laboral, y la desesperada situación de la clase trabajadora abonó el terreno para las revueltas, que pusieron en peligro el orden establecido (Bravo, 2013, traducción nuestra).

¹⁸ Según la Publicación de la Escuela de Servicio Social del Perú (1943-1964) recibieron invitación para hacer la participación efectiva en el Segundo Congreso Panamericano de Servicio Social y fue enviada una delegación representante de la Escuela a la ciudad de Río de Janeiro en Brasil, del 2 al 9 de julio de 1949, cuya realización y sede fueron acordados en el Primer Congreso celebrado en Santiago de Chile en 1945.

pedra angular de toda restauración social, por consiguiente, la familia debe rodearse de toda clase de seguridades: moral, de salud, económicas, jurídicas, educacionales (Araoz et al., 1947, p. 145).

Mencionado ello, se toma la salud como relevancia en el contexto lo cual significa que la profesión está arraigada para notar la realidad social en un marco categórico que abarca las condiciones generales de vida, es decir integran la alimentación, vivienda, educación e higiene. Consecuentemente, en octubre del mismo año se realizó la Tercera reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en Lima, donde participaron varios países de América Latina y el Caribe, se abordaron temas asociados para la idealización de un plan sanitario, fomentar políticas de higiene y luchar contra la insalubridad y enfermedades. Según lo descrito por el comité que compone la Escuela de Servicio Social;

Esta reunión, tuvo una estructura muy diferente a la ya clásica de presentación de trabajos, más o menos literarios, que son discutidos en sesiones de comités, y los acuerdos de éstos llevados a la Plenaria para su aprobación final; el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana se reunió para tomar decisiones muy concretas con relación a su trabajo futuro. Así, son muy importantes los acuerdos tomados en orden al plan por realizar en favor de la salud en América Latina, habiéndose aprobado para el año de 1950, un presupuesto de U.S. \$1,742,035.00 para la Oficina Sanitaria Panamericana, que a partir del acuerdo celebrado en Washington, en mayo del presente año, entre dicha Oficina y la Organización Mundial de la Salud, actúa como Oficina Regional de esta organización (Araoz et. al., 1949, p.167).

Con lo comentado, la salud se torna un asunto relevante que compone la realidad social, uno de los focos que el trabajador social tiene como potestad para referirse al mismo como área integrativa que requiere de su intervención.

3.1. CONOCIENDO EL TRABAJO PROFESIONAL DE LOS ASISTENTES SOCIALES EN EL ÁREA DE SALUD EN BRASIL

El Servicio Social en el área de salud, desempeña una labor significativa necesaria de medidas para asegurar derechos, lo cual significa que el profesional de esta carrera es un puente mediador que concilia la entrada al acceso de servicios de salud, ya que en la Constitución Federal de Brasil la salud está establecida como derecho de todos y el deber del Estado. Los inicios de la intervención del Estado inciden durante la década de 1930, ya hasta la época de la dictadura militar dada en

1964 se dio una consolidación de la política de salud, en las palabras de Bravo y Matos (2022, p. 28)

A expansão do Serviço Social no país, entretanto, ocorre a partir de 1945, relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial. Nessa década, a ação profissional na Saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais absorveu os assistentes sociais. A influência norte-americana na profissão substituiu a europeia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional — com alteração curricular — como nas instituições prestadoras de serviços (Bravo e Matos, 2022, p.28)¹⁹.

Según lo expuesto por los autores Bravo y Matos (2022), durante la década de 1940, se incluye al asistente social en el área de salud. Ello permitió que se integrara mediante nuevos enfoques que sirvieron de apoyo en establecer su rol como trabajador técnico en actividades de promoción y prevención hasta la década de 1950. Durante este periodo, se desarrollaron estrategias de salud incitando la colaboración de diversas disciplinas en servicios de salud como hospitales y clínicas. La participación colectiva evidencia un esfuerzo por integrar a todos. Sin embargo, al término de la dictadura de 1964, la profesión comenzó a experimentar un cambio debido a la influencia de factores políticos, económicos y sociales. Netto (2017) describe que la profesión pasó por un momento de Renovación²⁰ bajo el proceso de la autocracia burguesa, lo cual conceptualizó a la funcionalidad constitutiva, que es anclado también a las estructuras organizacional-institucional del ejercicio profesional, generando ruptura con lo conservador, lo cual describe del siguiente modo;

Do estrito ponto de vista profissional, o fenômeno mais característico desta quadra relaciona-se à renovação do Serviço Social. No âmbito das suas natureza e funcionalidade constitutivas, alteraram-se muitas demandas práticas a ele colocadas e a sua inserção nas estruturas organizacional-institucionais (de onde, pois, a alteração das condições do seu exercício profissional); a reprodução da categoria profissional — a formação dos seus quadros técnicos — viu-se profundamente

¹⁹ Sin embargo, la expansión del trabajo social en Brasil comenzó en 1945, impulsada por las demandas y necesidades de la profundización del capitalismo en Brasil y los cambios ocurridos en el panorama internacional tras el fin de la Segunda Guerra Mundial. Durante esta década, el sector salud también se expandió, convirtiéndose en el que absorbió el mayor número de trabajadores sociales. La influencia norteamericana en la profesión reemplazó la influencia europea que había caracterizado el período anterior, tanto en la formación profesional —con cambios curriculares— como en las instituciones prestadoras de servicios (Bravo y Matos, 2022, p.28) (traducción nuestra).

²⁰ En el libro "Ditadura e Serviço Social": *uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*, Netto (1990) aborda el impacto de la dictadura militar en la profesión y describe la transición por el cual quebró su carácter tradicional y asistencialista.

redimensionada (bem como os padrões da sua organização como categoria); e seus referenciais teórico-culturais e ideológicos sofreram giros sensíveis (assim como as suas autorrepresentações) (Netto, 2017, p. 153)²¹.

La mención del período de renovación se hace presente por la reivindicación categórica del profesional, implicando su proyecto de formación, así como también paradigmas de intervención que envuelve la funcionalidad de la formación profesional, adherido al proyecto ético-político posicionado al conocimiento de la realidad en sí de la sociedad. En el Código de Ética del Asistente Social (2011) se constan once principios fundamentales, de los cuales dos de los principios hablan sobre los derechos y el compromiso;

II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional; (CFESS, 2011, p.23-24)²².

En contraste, en la década de 1980, con el marco de la implementación de la Reforma Sanitaria, Bravo (2013) examina el lugar del Servicio Social en la política de salud mediante una perspectiva crítica e histórica. Esto se hace porque se adaptan al entorno que operan, considerando el contexto capitalista que afecta directamente la labor de los trabajadores sociales y la atención que brindan a los usuarios. El objetivo no es analizar de manera superficial, sino comprender la realidad socioeconómica y política al aplicar políticas públicas, el impacto ocasionado por el sistema de salud en la vida de los usuarios. Asimismo, los profesionales de Servicio Social cumplen una función clave en la lucha por el acceso universal a la atención sanitaria.

Nos anos 1980, no processo de redemocratização do país, ocorreu a construção do Projeto de Reforma Sanitária cuja preocupação central foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável

²¹ Desde una perspectiva estrictamente profesional, el fenómeno más característico de este período se relaciona con la renovación del Trabajo Social. En el ámbito de su naturaleza constitutiva y funcionalidad, han cambiado muchas de sus exigencias prácticas y su inserción en las estructuras organizacionales-institucionales (de ahí el cambio en las condiciones de su ejercicio profesional); la reproducción de la categoría profesional —la formación de su personal técnico— se ha transformado profundamente (al igual que los patrones de su organización como categoría); y sus marcos teórico-culturales e ideológicos han experimentado cambios significativos (al igual que sus autorepresentaciones) (Netto, 2017, p.153) (traducción nuestra).

²² II. Defesa inquebrantable de los derechos humanos y rechazo a la arbitrariedad y al autoritarismo; X. Compromiso con la calidad de los servicios prestados a la población y con el desarrollo intelectual, desde la perspectiva de la competencia profesional; (CFESS, 2011, p.23-24) (traducción nuestra).

pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (Bravo, 2013, p.177)²³.

Constando de la categoría profesional de los asistentes sociales, se muestra el segundo principio como una forma que el asistente social es un mediador que posee un papel aportante en defender los derechos de la población vulnerable, permitiendo el acceso equitativo a los servicios de salud, por otro lado, el profesional tiene como función de orientar pacientes y familiares en cuanto a las políticas de asistencia social, beneficios sociales, cooperando con el atendimento humanizado como se sustenta en el Sistema Único de Salud, particularmente cumplen con el compromiso dictaminado en el Código de Ética. De este modo influencia directamente la actuación del asistente social en el área de salud, como agente transformador y de constante evolución para atender las demandas de la población, en base a la realidad que se presenten.

El Consejo Federal de Servicio Social (CFESS) cumple un rol importante en la reglamentación y orientación de los asistentes sociales en Brasil, considerando la política de salud, el Consejo establece parámetros específicos que garantice la práctica profesional, se alinee a los principios éticos y técnicos de la profesión, promoviendo un atendimento calificado y compromiso con los derechos sociales. Los Parámetros para la actuación de los asistentes sociales en la salud es un documento emitido cuyo objetivo principal es establecer directrices para la intervención profesional de los asistentes sociales en el área de salud, desarrollado por el Grupo de Trabajo “Serviço Social na Saúde” instituído en 2008 por el Consejo Federal en base a las deliberaciones de los Encuentros Nacionales del Consejo Federal y Consejo Regional de Servicio Social (CFESS/CRESS). La principal abrangencia del documento relata la mayoría de las acciones y actividades en los programas de salud en todos los diferentes niveles de atención en salud: básica, media y alta complejidad, además también se estructura la evidencia de la interconexión entre acciones asistenciales, movilización social, investigación y planeamiento. Es de gran importancia el conocimiento de los parámetros, ya que resalta las contribuciones y atribuciones que posee el asistente social, sirviendo como documento normativo que

²³ En la década de 1980, durante el proceso de redemocratización del país, se creó el Proyecto de Reforma de Salud, cuya preocupación central fue asegurar que el Estado actuara en concordancia con la sociedad, a partir del concepto de un Estado democrático y de derecho, responsable de las políticas sociales y, en consecuencia, de la salud (Bravo, 2013, p.177) (traducción nuestra).

estén a la altura de los documentos del Ministerio de Salud y de las Secretarías Estaduales o Municipales de Salud, según la Resolución del Consejo Nacional de Salud n° 218/1997 se reconoce a los asistentes sociales como profesionales de salud, lo cual es formalizado por el CFESS n°383/1999, efectivando el alineamiento de las prácticas profesionales de los asistentes sociales y las demandas del sector de salud en Brasil (CFESS, 2008).

Con la creación de los parámetros para la actuación de los asistentes sociales en el sector de salud, se respalda su inserción en el espacio socio ocupacional, de esta manera contribuye en el hallazgo de desafíos futuros creando reflexiones como en la capacitación continúa, adaptándose a las demandas que recaen en el cotidiano, cumpliendo con el papel estratégico en la política de salud bajo la humanización del atendimento en el acceso a los derechos sociales y articulación entre pacientes e instituciones.

Según Mito y Nogueira (2006) el asistente social en la salud coloca que se debe abordar de manera interdisciplinaria lo cual garantiza el trabajo articulado con otros profesionales del área de salud, como los médicos, enfermeros y psicólogos, manifestando la actuación profesional de manera integral e incorporando estrategias en trabajo comunitario, salud y control social para fortalecer la participación poblacional en la formulación e implementación de las políticas de salud. Caracterizan el desenvolvimiento de sus actividades en cuatro grandes dimensiones: el atendimento directo a los usuarios, movilización y participación social, planeamiento y gestión, y la asesoría para calificación profesional siendo realizadas de acuerdo con las necesidades de la población, lo cual complementa el fortalecimiento de la intervención profesional en el sector de la salud. De acuerdo con el documento emitido, se describe en el siguiente cuadro (Cuadro 1) las acciones que están establecidos en los parámetros que los asistentes sociales deben seguir en el ámbito de la salud.

CUADRO 1- Parámetros de actuación del asistente social en la salud

Dimensiones	Finalidad	Principales Acciones de cada dimensión
1. Atendimento directo a los usuarios	Realizado en los espacios de salud, desde la atención básica hasta los servicios de alta	a) acciones socio asistenciales: democratizar las informaciones a través de orientaciones (individuales y colectivas) y encaminamientos; conocer y movilizar las redes de servicio; fortalecimiento de vínculos familiares;

	<p>complejidad (Unidades de Estrategia de Salud de la Familia, Instituciones y maternidades, Hospitales generales y especializados, Centros de Atención Psicosocial).</p>	<p>formulación de estrategias de intervención profesional y subsidiar al equipo de salud; elaboración de estudios socioeconómicos</p> <p>b) acciones de articulación con el equipo de salud: aclaración de sus atribuciones y competencias para los demás profesionales del equipo de salud; realizar en conjunto con el equipo de salud en la respectiva situación en caso de óbito.</p> <p>c) acciones socioeducativas: sensibilizar a los usuarios sobre los derechos sociales y directrices del SUS; realizar actividades socioeducativas en las campañas preventivas.</p>
2. Mobilización, participación y control social	<p>Envuelve la participación de los usuarios, familiares, trabajadores de salud y movimientos sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la participación de los usuarios y familiares para la lucha por mejores condiciones de vida, trabajo y de acceso a los servicios de salud. - Participar de los Consejos de Salud (locales, distritales, municipales, estatales y nacionales).
3. Investigación, planeamiento y gestión	<p>Envuelve un conjunto de acciones que tienen como perspectiva el fortalecimiento de la gestión democrática capaz de producir en equipo propuestas que favorezcan a los usuarios y trabajadores de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar planos y proyectos de acción profesional para el Servicio Social para los asistentes sociales del equipo. - Participar en las Comisiones y Comités temáticos existentes en las instituciones sobre ética, salud del trabajador, mortalidad materno-infantil, violencia contra la mujer. - Realizar estudios e investigaciones con relación a los determinantes sociales de la salud.
4. Asesoría, calificación y formación profesional	<p>Envuelve el aprimoramiento profesional con el objetivo de la mejora de la calidad de servicios prestados a los usuarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formular estrategias colectivas para la política de salud de la institución. - Crear campos de práctica y supervisar directamente practicantes de Servicio Social y establecer articulación con las unidades académicas.

Fuente: Elaboración propia. Información brindada por el CFESS (2009)

La inserción de los parámetros fortalece rigurosamente la regulamentación de la profesión y proporciona reconocimiento de los asistentes sociales en el área de salud, bajo la formalización de funciones realizadas que siguen reglas de las competencias exigidas lo cual garantiza clareza y compromiso en el desempeño de los profesionales, entre los impactos que tienen los parámetros se destacan la articulación con los equipos multiprofesionales para fortalecer la atención integral en salud, perfeccionamiento en la administración de servicios socio asistenciales optimizando recursos y atendimento eficiente, aflora la expansión del debate sobre los derechos sociales referentes a la salud lo cual refuerza la defensa de la equidad al acceso a los servicios y la valorización de la formación continua incentivando profesionales a especializarse para contribuir tanto en el área con la búsqueda y enriquecimiento investigativo que el profesional toma como desafío.

3.2. DESCRIBIENDO EL TRABAJO PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN EL ÁREA DE SALUD EN PERÚ

El Trabajo Social en Perú desempeña un papel esencial que comprende acciones orientadas a la justicia social dentro del cual se adhiere la defensa de los derechos humanos y en la garantía de políticas públicas dirigidas para el bienestar de la población. Así mismo, de la misma forma en Brasil, presenta una realidad que afronta desafíos socioeconómicos y desigualdades sociales (Cotler y Cuenca, 2011); los asistentes sociales son agentes fundamentales en la mediación entre el Estado y la sociedad, agentes que contribuyen en las iniciativas de políticas de asistencia e inclusión social. La realidad social de Perú refleja factores como pobreza, migración interna, urbanización desordenada y dificultades al acceso de servicios básicos: salud, educación y habitación. La garantía de derechos fundamentales para las poblaciones más vulnerables como comunidades indígenas, trabajadores informales y moradores de calle. Cotler y Cuenca lo describen de la siguiente manera;

La lucha por la reducción de las desigualdades, por ejemplo, en lo que respecta a la pobreza, debe empezar tomando en cuenta la manera en que los recursos con los que cuenta una persona o un grupo de ellas permiten o no que ciertas capacidades mínimas, establecidas de acuerdo con las características de cada sociedad, tengan la oportunidad de ser desarrolladas por todos los individuos (Cotler y Cuenca, 2011, p.39).

Soto (2003) alega que la profesión en el ambiente Latinoamericano desarrolló una mirada amplia por presentarse cambios sociales en la sociedad, bajo enfoques teóricos que explican la realidad como la teoría de dependencia, teoría marxista por pertenecer al cuadro de las ciencias sociales, de modo que influye involucrándose en la configuración de intervención social que un trabajador social puede convertir el trabajo multidisciplinario con el objetivo de buscar un cambio social. Por ende, Soto (2003) plantea que el profesional de Trabajo Social está preparado y requiere de adentrarse inmediatamente en las circunstancias de las personas que acuden a ellos para que sean encaminados a la ayuda;

En la formación profesional de nuestra carrera preparan a los egresados, estudiantes con dos enfoques teóricos y metodológicos, el primero, se basa en la idea o enfoque de problemas y necesidades de la población, y el segundo es el enfoque de desarrollo de capacidades de la población. En otras palabras, el primero se basará en resolver problemas inmediatos (asistencialismo) de las personas y el segundo, está basado en el cambio de mentalidad de la población para que ellos mismo resuelvan sus necesidades. Por tanto, será importante tener en cuenta el enfoque, de desarrollo de capacidades o enfoque de derechos si queremos cambios de las condiciones de vida de la población (Soto, 2003, p.137).

Con la premisa, durante la década de 2010, el Trabajo Social emerge como profesión esencial para mitigar los impactos de las desigualdades y fortalecer políticas públicas que busquen equidad e inclusión, este sector es amparado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión (MIDIS) cual fue creado en el año 2011 con el objetivo de formular las políticas públicas dirigidas para la reducción de la pobreza, garantizando el acceso a la población vulnerable a servicios esenciales, es el principal órgano público que brinda participación al trabajo profesional de los asistentes sociales, coordinando programas sociales enfocados a mejorar la calidad de vida a los ciudadanos peruanos.

La legislación que ampara actualmente el ejercicio profesional del asistente social en Perú fue emitido en el año 2015, la Ley N° 30112 (Perú, 2013) que regula el ejercicio profesional del trabajador social el cual regula la actividad de los profesionales en diversos ámbitos, tanto públicos como privados y establecen condiciones para su ejercicio profesional, bajo la misma ley, se emite el Código de Ética profesional que describen las reglas a seguir y lo que deben evitar en sus funciones como trabajadores. En cuanto al conocimiento de las atribuciones de los

trabajadores sociales que poseen, se rige a partir del Código de Ética, dentro del cual se presenta de la siguiente manera (Cuadro 2);

CUADRO 2 – Atribuciones del trabajador social en Perú

Ámbito de actuación	Atribuciones Éticas y Profesionales
Con la Profesión	<p>Desde el art. 2 al art. 11</p> <p>Actuar con principios éticos y aplicar conocimientos teórico-metodológicos en su labor.</p> <p>Abstenerse de aceptar trabajos, comisiones o recompensas fuera del marco ético.</p> <p>Asumir responsabilidad por los trabajos inherentes a su cargo o realizados bajo su dirección.</p> <p>No aceptar cargos que excedan sus competencias profesionales.</p> <p>Emitir informes veraces y objetivos; verificar contenidos antes de firmarlos.</p> <p>No testificar sobre hechos que no le consten personalmente, especialmente si afectan a terceros.</p> <p>Defender los derechos humanos y denunciar violaciones evidentes.</p> <p>Proporcionar información precisa a colegas que la soliciten.</p> <p>Señalar errores o limitaciones que atenten contra los principios profesionales.</p>
Con el Usuario	<p>Del art. 12 al art. 16</p> <p>Respetar la dignidad humana y prestar servicios sin discriminación, cumpliendo compromisos y horarios.</p> <p>Garantizar el derecho del usuario a decidir sobre sus alternativas de solución, sin afectar derechos de terceros.</p> <p>Guardar confidencialidad de datos personales o técnicos relacionados con la intervención profesional.</p> <p><i>Sobre el secreto profesional: Excepciones al secreto profesional:</i> cuando lo solicite la justicia, beneficie al usuario o se involucren acusaciones injustificadas.</p> <p>No usar recursos institucionales para beneficios propios o de terceros.</p> <p>Evitar establecer relaciones comerciales, económicas o que afecten la imagen profesional con los usuarios.</p>
Con los Colegas	<p>Del art. 17 al art. 21</p> <p>Respetar la información de colegas y promover un ambiente de trabajo positivo para mejorar la calidad del servicio.</p> <p>Facilitar el intercambio de conocimientos y experiencias que contribuyan al desarrollo profesional colectivo.</p> <p>Actuar con lealtad y solidaridad, defendiendo los derechos de colegas ante injusticias, agotando instancias internas.</p>

	Proteger la creación intelectual de otros profesionales y evitar su apropiación indebida. No firmar denuncias contra colegas sin pruebas suficientes o razones justificadas.
Con la Institución	Del art. 22 al art. 24 Conocer los fines, objetivos y reglamentos institucionales, y administrar los recursos con enfoque en la mejora de calidad de servicios. Cumplir con la jornada laboral y entregar informes técnicos y contables de su actividad profesional. Al cesar funciones, entregar la documentación correspondiente y resguardar la información confidencial de los usuarios.
Con el Colegio Profesional (CTSP)	Del art. 29 al art. 36 El trabajador social debe actuar con principios éticos, respetando los derechos humanos, preservar la confidencialidad, rechazar beneficios indebidos, promover el respeto entre colegas cumpliendo con sus obligaciones institucionales y participar activamente en la defensa de la profesión y su gremio.

Fuente: Elaboración propia en base Código de Ética de Trabajadores Sociales del Perú (CTSP, 2024)

Referente al sector de salud, el gobierno promulgó una disposición complementaria a la Ley N° 23536 en el año 1982 que establece las directrices generales que regulan el trabajo y carrera de los profesionales de la salud, dentro de ello en el artículo n° 6 están considerados las profesiones que conforman la línea de carrera en el área de la salud, y en ello consideran a los asistentes sociales como componentes del grupo;

Artículo 6.- Están considerados para los fines de la presente Ley como Profesionales de la Salud, y constituyen las respectivas líneas de carrera los siguientes: a) Médico-Cirujano, b) Cirujano-Dentista, c) Químico-Farmacéutico d) Obstetrix e) Enfermero f) Médico-Veterinario (Únicamente los que laboren en el campo asistencial de la Salud Pública). g) Biólogo h) Psicólogo i) Nutricionista j) Ingeniero Sanitario k) Asistente Social (Ley N° 23536, 1982, p.2).

Tras las normativas que abren paso al trabajador social a desarrollar el trabajo interdisciplinario se unifica los campos más suscitados y requeridos, la intervención del trabajador social según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), la tercera parte de trabajadores sociales ejercen en el sector de salud lo cual consta que ampliamente son requeridos por su capacidad de ser mediadores en las situaciones de aprimoramiento, es decir, su trabajo interdisciplinario se unifica

al equipo médico, con la intención de aportar consideraciones de facto para la toma de decisiones y orientaciones respectivas en cuanto a los pacientes y/o usuarios.

En Perú el sistema de salud está compuesto por tres niveles de atención a la salud, jerarquizado en conformidad de los servicios de salud brindados (MINSA, 2001), siendo garantizado desde el atendimento de prevención hasta los casos de alta complejidad. En ese sentido se tienen: a) la atención primaria que representa el principal encuentro con la población, los asistentes sociales actúan en los puestos de salud comunitario promoviendo así las acciones de prevención, educación en salud y acompañamiento social y en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar (ESNSF) (Perú, 2009) con la finalidad de auxiliar en la identificación de vulnerabilidades sociales y articulación de redes de apoyo; b) la atención secundaria que comprende la atención en hospitales regionales y especializados que necesiten lidiar casos de mayor intervención, siendo en la gestión de casos sociales garantizando el acceso a tratamientos, beneficios sociales y soporte psicosocial para pacientes y familiares respectivos, además también trabajan en programas de salud mental, materno-infantil y enfermedades crónicas, de esa manera se adhieren al tratamiento y se trabaja la reinserción social de los pacientes; c) y la atención terciaria consta de la abrangencia hospitalaria de referencia y unidades especializadas tales sean de Oncología, Transplantes y Emergencias, aquí la función del asistente social consta de la mediata comunicación entre pacientes y familiares como principales mediadores garantizando el acceso a derechos y soporte social, por último en los casos de urgencia y emergencia auxilian la comunicación entre familiares y equipos médicos como también la respectiva orientación de beneficios sociales y jurídicos.

La labor de los asistentes sociales en el área de la salud en Perú se muestra como un grupo estratégico de las políticas públicas dirigidas a la promoción de la equidad y justicia social. Por un lado, garantizando el acceso universal a la salud, sobre todo a las poblaciones en situación de vulnerabilidad, sean estas las comunidades andinas aquellos que viven en zonas rurales alejado de la centralización del capital por deficiencia estratégica de servicios públicos de salud por la ubicación geográfica. Específicamente el sistema de salud es descentralizado, sin embargo, según Bendezu et. al. (2020) en su investigación realizada describe “[...]Está orientado a mejorar la distribución de profesionales de la salud en todo el país, a fin de brindar el acceso a la atención integral de la salud a la población vulnerable de las zonas rurales y urbano marginales del Perú” (Bendezu et. al. 2020, p.637). La

percepción de la investigación realizada revela a cerca de los profesionales de salud que realizan sus primeras experiencias laborales, por otro lado, menciona que la atención primaria es el primer punto de contacto de la población en cuanto a la salud referidos a los puestos de salud vinculados a los gobiernos regionales bajo apoyo del Ministerio de Salud, pero uno de los desafíos a afrontar es la variación del número de establecimientos y profesionales en las zonas rurales, ocasionando impacto mínimo en la cobertura y calidad de atención.

Zafra et. al. (2020) comentan que tuvieron experiencia en territorio peruano para brindar sus servicios médicos, lo cual describieron como áreas remotas, en su investigación sobre el nivel laboral que los enfermeros y médicos detallan el bajo nivel de satisfacción en su permanencia en las áreas rurales consecuente de la escasez de óptimas condiciones para sus labores profesionales, a ello también se le suman los asistentes sociales que permanecieron en conjunto;

En Perú, por lo general, los profesionales en salud se concentran en los departamentos y zonas de mayor desarrollo, lo que demuestra un comportamiento inequitativo con respecto a las zonas rurales o de menor desarrollo. Algunos estudios realizados en Perú consideran que la falta de personal en zonas rurales podría estar relacionada a factores importantes como: la lejanía de la familia, bajos salarios, poco personal de salud, pocas oportunidades de educación continua y la falta de reconocimiento (Zafra et. al., 2020, p.3).

El objetivo de construir un sistema de salud más justo y accesible denota la capacidad que tienen los profesionales en el sector de la salud, a través de su observación y abordajes en cuanto a sus prestaciones de servicios, bajo la política de salud establecida, el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud y los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía integran categóricamente espacios de servicios con profesionales de salud que cotidianamente ejecutan funciones propias.

4 EL ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA POLÍTICA DE SALUD DE BRASIL Y PERÚ

El Trabajo Social siendo una disciplina que compromete el bienestar colectivo es un punto estratégico en el diseño de las políticas de salud en América Latina, en vista del conocimiento sobre los sistemas de salud dentro de los países estudiados los cuales presentan trayectos diferenciados dados por su coyuntura social y política, esto es reflejado por los criterios de acceso, equidad y humanización como principios de una salud integral. La configuración de políticas públicas en salud se comprende abarcando los actores sociales que participan de manera activa en la construcción y ejecución, aquí permite al Trabajo Social incidir en los procesos de transformación.

Anteriormente en los dos capítulos fueron presentados panorámicamente los sistemas de salud y la inserción del asistente social en sus espacios, ya en este capítulo tiene como objetivo explorar las simetrías y asimetrías del ejercicio profesional de los asistentes sociales partiendo del enfoque metodológico del método comparativo propuesto por Pont (2013), permitiendo observar y analizar los modelos institucionales que dirigen las prácticas profesionales y espacios de concurrencia que defienden el derecho a la salud.

Las simetrías se pueden observar mediante el compromiso ético de los profesionales con las promociones de derechos, el acompañamiento y participación en las acciones desarrolladas, ya las asimetrías son explicadas a partir de las diferencias encontradas en la institucionalidad del sistema sanitario, reconocimiento del Trabajo Social como actor estratégico y el tipo de articulación intersectorial de cada país. Así permitiendo hallar la profundidad lógica del rol del trabajador social como agente transformador.

En Brasil, el asistente social adopta funciones específicas asociados al SUS, según Mattos (2009) “el SUS se consolida como un sistema público universal, basado en principios de equidad, integralidad y participación social”, dentro de las planificaciones intervencionistas comunitarias el acompañamiento psicosocial como estrategia usada con los usuarios, de ese modo enmarca la defensa intransigente del derecho a la salud frente a la vulnerabilidad que presenten los ciudadanos (OPAS, 2012), es decir que el rol no solo representa una limitación a nivel asistencial, también se insertan en la configuración de políticas públicas, de manera articulada con otros profesionales en los equipos de salud de manera multidisciplinaria.

Sin embargo, en Perú los trabajadores sociales están sujetos a un sistema sanitario fragmentado, es decir, su constitución presenta una división entre varias instituciones encargadas de las acciones destinadas a la salud y por ende carece de una estructura unificada, generando así el desequilibrio en la organización y dificultad al acceso equitativo que necesita una constante articulación comenzando por las redes comunitarias y respuestas estatales, la labor central se enfoca en la promoción de estrategias de inclusión social diseñando estrategias de promoción para que más personas tengan acceso a servicios básicos de salud sin discriminación, identificación de determinantes sociales de la salud y fortalecimiento de redes comunitarias que faciliten el acceso a servicios de salud, como el caso de las zonas rurales y urbano-marginales la ejecución del Trabajo Social sirve de puente para localizar y visibilizar problemáticas que se presentan para ser identificadas y ser acompañadas con detenimiento. Ambos países en las últimas décadas enfrentaron desafíos de gran escala desde epidemias hasta crisis sociales que colocaron como prueba a la capacidad técnica de sus sistemas de salud (Nercesian et. al., 2021).

Se busca mostrar cómo el Trabajo Social contribuye sustancialmente al reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental, la práctica central en los ciudadanos, expuestos a las desigualdades sociales, en el sentido que el gobierno brasileño consta de una fuerte institucionalización de la política de salud, y el gobierno peruano con una marcada presencia que consta de iniciativas comunitarias mediante legislaciones directas, ello marca la relevancia del valor del trabajador social en el área.

4.1. SIMETRÍAS Y ASIMETRÍAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS ASISTENTES SOCIALES EN BASE A LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL TERRITORIO

La intervención del trabajador social en el campo sanitario es analizada desde las estructuras institucionales, marcos normativos y las dinámicas territoriales que definen los sistemas de salud en América Latina. El ejercicio profesional muestra una variable percepción de simetrías vinculadas a principios ético-políticos que comparten en sí, lo cual es mostrado en el Código de Ética que poseen y ejemplifica los diferenciados niveles de consolidación institucional, participación política y articulación intersectorial.

Los asistentes sociales de ambos países poseen un enfoque de determinantes sociales de la salud, se reconoce factores como el acceso a vivienda, nivel de educación, territorio, género y pertenencia étnica que directamente influyen en las condiciones de vida de las personas, según Monteiro et. al. (2015);

Los desafíos para la salud representados por las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia, los accidentes del tránsito, y el uso de drogas ilegales, sólo pueden ser solucionados por la inversión simultánea en sistemas de salud y en acciones para abordar los determinantes sociales de la salud. Por lo tanto, una amplia concepción en el diseño e implementación de una cobertura universal de salud debe incorporar acciones dirigidas a trabajar sobre los determinantes sociales de la salud, para así lograr una salud justa para las generaciones presentes y futuras (Monteiro et. al., 2015, p.53).

Como desafíos puestos los determinantes sociales se abordan en primera instancia para colocar en acción las prioridades que componen la salud, ya que la cobertura universal integra los determinantes sociales, no solo enfocado en la atención médica directa, si no en integrarlos a la vez, junto con los temas de alimentación, vivienda, educación, trabajo que influye directamente a las personas y como tales necesitan para su sobrevivencia. Dentro de los determinantes, se encuentran los indicadores enmarcados, como referencia se tendrá los datos del año 2022 en porcentaje de los veinticuatro departamentos y una provincia constitucional que compone Perú (Cuadro 3):

CUADRO 3– Porcentaje de los determinantes sociales que inciden la salud en Perú

Departamento	Población alfabetizada	Acceso a servicios básicos			Pobreza
		Agua	Saneamiento Básico	Luz eléctrica	
Amazonas	92,6 %	88,1%	67,4%	95,8%	25,9%
Ancash	92,3 %	88,1%	61,1%	89,1%	20,4%
Apurímac	89,1 %	91,7%	66,7%	97,0%	25,9%
Arequipa	97,1%	90,7%	74,0%	97,1%	12,0%
Ayacucho	90,6%	92,8	63,4%	94,2%	39,4%
Cajamarca	89,3%	90,9	47,7%	93,7%	39,4%
Callao	97,2%	98,6	93,8%	99,3%	25,9%
Cusco	90,4%	94,2	66,75%	94,6%	20,4%
Huancavelica	91,2%	88,6	43,8%	91,4%	39,4%

Huánuco	85,4%	76,7	43,3%	85,0%	39,4%
Ica	96,6%	88,5	83,5%	95,8%	3,4%
Junín	94,7%	92,7	68,5%	92,8%	20,4%
La Libertad	95,1%	91,6	76,2%	98,1%	25,9%
Lambayeque	94,7%	92,5	77,9%	98,4%	12,0%
Lima	97,8%	91,1	86,2%	99,4%	20,4%
Loreto	94,4%	60,0	35,7%	82,5%	39,4%
Madre de Dios	96,7%	84,0	56,5%	93,1%	12,0%
Moquegua	96,7%	95,8	82,1%	95,6%	12,0%
Pasco	93,7%	82,5	69,9%	92,6%	39,4%
Piura	93,9%	87,4	59,4%	96,0%	25,9%
Puno	92,7%	66,5	44,4%	90,0%	39,4%
San Martín	92,4%	90,1	49,4%	94,3%	25,9%
Tacna	97,1%	94,8	83,5%	97,3%	20,4%
Tumbes	95,9%	85,3	78,3%	99,0%	25,9%
Ucayali	95,6%	76,9	36,2%	89,9%	20,4%

Fuente: Elaboración propia en base en el documento Determinantes sociales en Perú (2022) emitido por el Ministerio de Salud.

Dando continuidad, los determinantes sociales son indicadores del avance de desarrollo social y económico e interpreta la situación para dar a conocer el resultado de su realidad, como lo visto anteriormente, ya en el lado de Brasil, en los veintisiete Estados se estima los datos siguientes (Cuadro 4) a partir de los últimos tres años como referencia:

CUADRO 4- Porcentaje de los determinantes sociales que inciden la salud en Brasil

Estado	Población alfabetizada	Acceso a servicios básicos			Pobreza
		Agua	Saneamiento básico	Luz eléctrica	
Acre	87,9%	80,1%	63,1%	97,5%	46,2%
Amazonas	93,1%	89,5%	63,2%	98,3%	39,6%
Amapá	93,5%	87,3%	32,0%	99,7%	36,4%
Alagoas	82,3%	86,9%	63,1%	99,7%	41,2%
Bahía	87,4%	94,2%	70,0%	99,6%	35,6%
Ceará	85,9%	90,8%	59,2%	99,8%	43,3%
Distrito Federal	97,2%	99,4%	92,6%	100,0%	15,5%
Espírito Santo	94,4%	100,0%	87,4%	99,9%	19,2%
Goiás	94,5%	97,6%	78,4%	100,0%	16,0%
Mato Grosso do Sul	94,6%	98,3%	58,0%	99,7%	17,7%

Mato Grosso	94,2%	98,4%	61,1%	99,9%	13,3%
Minas Gerais	94,2%	98,9%	84,5%	99,9%	16,9%
Maranhão	85,0%	87,6%	41,7%	99,8%	46,1%
Pará	91,2%	88,4%	48,3%	98,8%	38,8%
Piauí	82,8%	94,5%	60,7%	99,5%	37,5%
Paraíba	84,0%	85,8%	68,9%	99,7%	38,7%
Paraná	95,7%	100,0%	81,2%	99,9%	13,9%
Pernambuco	86,6%	87,7%	78,6%	99,8%	40,3%
Rio Grande do Sul	96,9%	99,5%	86,3%	99,9%	11,1%
Rio Grande do Norte	86,1%	92,9%	62,1%	99,9%	33,5%
Rio de Janeiro	96,7%	97,3%	93,0%	100,0%	18,2%
Roraima	93,1%	95,4%	63,7%	99,7%	37,9%
Rondônia	93,6%	96,9%	56,2%	99,9%	21,2%
Santa Catarina	97,3%	100,0%	74,9%	100,0%	8,2%
Sao Paulo	96,9%	100,0%	96,5%	100,0%	14,2%
Sergipe	86,2%	90,7%	52,8%	99,9%	36,4%
Tocantis	90,9%	97,2%	68,3%	99,8%	24,2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA)²⁴ (2023), IBGE (2022)²⁵, IBGE (2023)²⁶, Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN)²⁷ (2024).

Bajo el panorama de los básicos determinantes territoriales, educativas, económicas sirven de complemento para crear un enfoque observador, que da auxilio a describir la situación social de los ciudadanos, el ejercicio profesional del asistente social en la salud es estratégica en ambos países, aquí la dimensión técnica-operativa que Guerra et. al. (2012) sostienen que, mediante el estudio y reflexiones de la realidad social de los usuarios, generan el accionar de los asistentes sociales para el flujo de atendimento y direccionamiento de las demandas presentadas. De esa manera se da una incidencia en el acompañamiento de los procesos comunitarios contribuyendo y mediando las políticas públicas para dar entrada al acceso a los servicios básicos que conllevan a tener una adecuada salud, en este caso referenciando a las condiciones básicas de vida para la población.

²⁴ Instituto de Pesquisa Aplicada: acceso no link: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/12150> Artículo Dados e Indicadores dos Serviços de Água e esgotamento sanitário no Brasil.

²⁵ Censo 2022 Alfabetização: Resultados do Universo: link de acceso: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3108/cd_2022_alfabetizacao.pdf

²⁶ Porcentagem da população com acesso a eletricidade, Link de acesso: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo7/indicador711>

²⁷IJSN:https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/S%C3%83%C2%ADnteses/IJSN_Especial_Pobreza_Estados_Brasileiros_2024_Dados_ES.pdf

Desde el posicionamiento técnico-operativo que asume el asistente social frente a las demandas sociales en el ámbito de la salud, se vuelve imprescindible analizar las condiciones institucionales y normativas que delimitan su praxis en cada contexto territorial. Mediante el análisis comparativo entre Brasil y Perú se permite identificar tanto convergencias profesionales como divergencias estructurales que inciden directamente en el alcance y la eficacia de sus intervenciones.

Si bien ambos países comparten una perspectiva ético-política orientada por el enfoque de determinantes sociales de la salud como el acceso a la vivienda, la educación, el saneamiento básico, se advierte una diferencia sustantiva en relación con el grado de consolidación legal e institucional del campo del Trabajo Social.

En el caso de Brasil, el ejercicio profesional del asistente social en el área de la salud está insertado con seguimientos normativos solidificados como el SUS, dentro del cual este sistema establece parámetros claros de actuación interdisciplinar y humanizada. Ya en Perú hay ausencia de un sistema unificado que integre la profesión dentro del sector de salud, pero sí legislaciones que lo amparen como la Ley N° 23536 (Perú, 1982).

En vista de que la profesión definida en Brasil y Perú denota el desarrollo de importantes avances en el ámbito de la protección social, aunque presentan diferencias notables en cuanto al grado de estructuración de sus marcos normativos, Brasil cuenta con una configuración legal más consolidada y sistemática, fruto de un proceso histórico de institucionalización que ha permitido establecer bases sólidas para el diseño e implementación de políticas públicas en este campo. En contraste, Perú ha mostrado avances significativos en los últimos años a través de la adopción de instrumentos normativos recientes que se muestran aún en proceso de consolidación, como consecuencia la contribución al fortalecimiento de la asistencia social como componente clave del bienestar social.

Ambos países reconocen a los asistentes sociales como complemento integral de la protección social; sin embargo, difieren en el nivel de institucionalización alcanzado. En el caso brasileño, la asistencia social está plenamente incorporada en el sistema de seguridades sociales, con una estructura operativa y normativa robusta que garantiza su implementación y sostenibilidad. En Perú, aunque existe un reconocimiento formal de la asistencia social en el marco de la protección social, su

desarrollo institucional es más incipiente y enfrenta retos vinculados a la articulación intersectorial y a la sostenibilidad de las políticas implementadas.

Consecuentemente, en el ejercicio profesional del asistente social en la salud tiene un plano enfocado, en el cual se hayan las simetrías y asimetrías (Cuadro 5) dentro del ejercicio profesional;

CUADRO 5- Simetrías y asimetrías en el ejercicio profesional del asistente social en salud

	BRASIL	PERÚ
Simetrías	<p>1. Inserción en la política de salud pública: En ambos países el profesional de Trabajo Social está presente en la política pública de salud, aún siendo de manera desigual. La actuación ocurre en múltiples espacios de la atención a la salud (primaria, secundaria y terciaria), con acciones tanto asistenciales como administrativas.</p> <p>2. Reconocimiento de los determinantes sociales de la salud: Visión ampliada del asistente social para los factores estructurales que influyen en el proceso salud-enfermedad en ambos países.</p> <p>3. Procesos de trabajo: La actuación profesional incluye atendimientos individuales, visitas domiciliarias, llenado de relatorios, articulación con otros sectores, y en menor grado, acciones colectivas.</p> <p>4. Sobrecarga e invisibilidad: En ambos contextos hay quejas referentes a las sobrecargas de trabajo, falta de reconocimiento y presiones institucionales, lo cual impacta la autonomía y la efectividad de la actuación.</p> <p>5. Compromiso ético con los derechos sociales: Se destaca la convergencia en el compromiso ético-político, con preocupación con la dignidad de los sujetos atendidos y con los derechos sociales aún con diferentes niveles de organización y tradición crítica.</p>	
Asimetrías	<p>Grado de institucionalización y reconocimiento de la profesión: Consolidación institucional en la salud (en el SUS), directrices del CFESS/CRESS.</p>	<p>Grado de institucionalización y reconocimiento de la profesión: Inserción media en cuanto a la política de salud.</p>
	<p>Modelos de sistema de salud: Sistema Único de Salud (SUS) con cobertura universal y fuerte base legal.</p>	<p>Modelos de sistema de salud: Seguro Integral de Salud (SIS) con cobertura fragmentada y articulación menos estable; coexistencia con sistemas privados.</p>

	Formación profesional y orientación ética: Formación universitaria crítica, inspirada en el proyecto ético-político profesional.	Formación profesional y orientación ética: Formación dirigida para la práctica asistencial, con menor articulación con perspectiva crítica.
	Inserción y papel en los equipos: Presencia en equipos multiprofesionales como NASF, CAPS, UBS; trabajo interdisciplinar más difundido.	Inserción y papel en los equipos: Inserción más localizada en servicios específicos (IPRESS), con atribuciones más restrictas y escasez de profesionales.
	Autonomía profesional e interferencia institucional: Mayor autonomía técnica, todavía en tensiones.	Autonomía profesional e interferencia institucional: Menor autonomía; decisiones institucionales interfieren fuertemente en el trabajo del trabajador social.
	Participación social: Presencia garantizada por legislación en consejos de salud, conferencias.	Participación social: Menor capilaridad de las instancias de participación social; estructura de consejos con poca actuación.

Fuente: Elaboración propia con base en Monteiro et al. (2014), Nercesian et al. (2021), Ley General de Salud (Perú, 1997), Código de Ética CFESS (2011) y del Colegio de Trabajadores Sociales del Perú (2021).

Así, a partir de la identificación de las simetrías y asimetrías en el ejercicio profesional del asistente social en Brasil y Perú, se evidencia que, aunque ambos contextos comparten principios comunes en cuanto a la centralidad de la protección social, con foco en la salud, existen particularidades históricas, políticas e institucionales que configuran de manera distinta el rol desempeñado por los profesionales en el ámbito de la salud. Dentro de ello se encuentran los planos de trabajo, protocolos diseñados propiamente por el área, para así plasmar las funciones que desempeñan en cada sector, acompañado de directrices éticas que componen la profesión y en la institución que labore. El hallazgo de las simetrías y asimetrías permite comprender no solo los avances y desafíos específicos de cada país, sino también reflexionar sobre la necesidad de fortalecer los procesos de articulación, formación y reconocimiento del trabajo del asistente social como actor estratégico en la garantía de derechos y en la consolidación de sistemas de protección social más inclusivos y equitativos.

5 CONSIDERACIONES FINALES

La política de salud en América Latina se configura en un escenario atravesado por tensiones entre modelos universalistas de atención, principios de derechos humanos y estructuras institucionales históricamente fragmentadas. En el caso de Brasil, la Reforma Sanitaria y la constitución del Sistema Único de Saúde (SUS) marcaron un punto de reflexión en la garantía del derecho a la salud como deber estatal. La participación popular, la descentralización territorial y el marco normativo sólido dan cuerpo a un sistema que, pese a sus desafíos persistentes, constituye una referencia regional. En cambio, Perú transita un camino partiendo del Código Sanitario como mecanismo similar a una reforma sanitaria, ya luego, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), se han logrado avances hacia una mayor cobertura de manera focalista, pero aún persisten barreras estructurales vinculadas a desigualdades territoriales y determinantes sociales de la salud. Uno de los aspectos observados consta que mediante la creación de los sistemas de salud pública en ambos países se adjudican a las orientaciones de la OMS como dirección de los programas de salud, incluyendo la promoción. Cabe comentar que sus legislaciones enfocadas en la salud tienen un período discontinuo, es decir, en fechas diferentes.

Analizar ambos modelos permite identificar cómo cada país diseña sus políticas sanitarias en función de su trayectoria histórica, sus prioridades gubernamentales y sus demandas sociales, trazando el marco institucional donde el trabajo social desarrolla su acción. Desde esta perspectiva, la salud entendida como derecho social y como dimensión intersectorial abre un campo fértil para la actuación del trabajador social. Tanto en Brasil como en Perú, se evidencia una presencia activa de estos profesionales en los servicios públicos de salud, no solo respondiendo a demandas individuales, sino construyendo estrategias colectivas en articulación con otros sectores.

En Brasil, la actuación se encuentra más consolidada en unidades básicas, equipos multiprofesionales, hospitales públicos y redes territoriales. En Perú, el trabajador social interviene en centros de salud, postas rurales y programas sociales vinculados al sector salud. Si bien existen diferencias en los niveles de institucionalización y reconocimiento normativo, en ambos países el profesional comparte una orientación ético-política que apuesta por la promoción de derechos, el

acompañamiento comunitario y la crítica estructural de las condiciones de vida. Este enfoque demuestra la centralidad del trabajo social en la construcción de respuestas inclusivas y contextualizadas dentro del sistema sanitario.

A través del análisis con vistas a identificar las simetrías y asimetrías en la actuación de los asistentes sociales entre Brasil y Perú, emergen simetrías fundamentales en el horizonte profesional del Trabajo Social, como el compromiso ético con la equidad, la lectura crítica del territorio y la incidencia política en las condiciones sociales que determinan la salud. Sin embargo, también se evidencian asimetrías relevantes en cuanto a la estructura institucional que respalda el ejercicio. Brasil cuenta con una legislación específica, como la Ley Orgánica de Asistencia Social (LOAS), el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y una inclusión explícita del profesional en políticas públicas. Perú, aunque con avances recientes como la Ley N° 30112 y el fortalecimiento del MIDIS, aún no dispone de un sistema nacional integrado ni de una normativa orgánica que articule el campo de la asistencia social. Estas diferencias inciden directamente en la capacidad del trabajador social para generar transformaciones en los territorios, coordinar redes intersectoriales y participar en la formulación de políticas públicas.

No obstante, la esencia compartida de la profesión, orientada a la garantía del derecho a la salud y la justicia social, confirma que el Trabajo Social en salud es un dispositivo indispensable en la construcción de sistemas más equitativos, universales y territorialmente sensibles. Este tema entre dos países que presentan un nivel demográfico diferencial, el objetivo fue mostrar la profesión enfocado en la salud y en vista de la perspectiva crítica que forma al asistente social en territorio brasileño y parte de la observación en servicios de salud donde se realizaron prácticas profesionales, los desafíos que se enfrentan cada día y/o situación requiere de un análisis abarcante, los pilares que direccionan el determinismo de los asistentes sociales parte desde la recepción de la demanda, orientación y encaminamiento, lo cual sostiene un atendimento eficaz.

Las simetrías que fueron observadas entre Brasil y Perú en cuanto a sus políticas públicas en la salud contribuyen de manera significativa al fortalecimiento del rol del trabajador/a social en el ámbito sanitario. Ambas realidades comparten una orientación ético-política basada en la defensa de los derechos humanos, el compromiso con la equidad social y la capacidad de leer críticamente el territorio y sus determinantes sociales. Los fundamentos profesionales permiten que, pese a los

distintos niveles de institucionalización, el enfoque de intervención se mantenga centrado en la escucha activa, el acompañamiento comunitario y la promoción de políticas públicas inclusivas. En ese sentido, los trabajadores sociales en ambos países tienden a adoptar posturas transformadoras, articuladas con otros sectores, y orientadas a la construcción de redes que garanticen el acceso digno a la salud, especialmente para grupos en situación de vulnerabilidad. Esta aproximación ética y metodológica que mantienen en común refuerza la potencia del Servicio Social como campo estratégico de acción frente a los desafíos sanitarios contemporáneos en América Latina. Dentro de ello, el reconocimiento de los programas sociales creados por los gobiernos compone parte complementaria en cuanto a la preservación de la salud.

Por otro lado, las asimetrías encontradas entre Brasil y Perú inciden profundamente en la manera en que los trabajadores sociales actúan en el campo de la salud. En Brasil, la existencia de un sistema unificado (SUS), acompañado de normativas claras como los parámetros del CFESS, permite una intervención profesional más estructurada, articulada y reconocida institucionalmente. En contraste, Perú presenta una práctica fragmentada, con menor respaldo normativo, lo que limita la capacidad del profesional para incidir en las políticas públicas y garantizar cobertura territorial efectiva.

Una variación que cabe mencionar es el destaque de la cultura del Perú, caracterizada por su riqueza geográfica presenta tres regiones: andina, amazónica y costera, dentro de ello se manifiesta modos tradicionales de vida y en lazos comunitarios relacionados con la salud, incluido el empleo de remedios naturales y conocimientos ancestrales. Ya en Brasil exhibe una cultura de herencia amazónica y atlántica, centrada en lo urbano y una parte rural que cuenta con una configuración estatal más cohesiva, destacando una mayor formalización de sus políticas sociales. Estas variaciones culturales inciden directamente la manera en que las poblaciones de ambos países acceden y se relacionan con sus sistemas de salud. En Perú, elementos como el trabajo en la informalidad, la migración interna y la inclinación hacia tratamientos alternativos pueden restringir la utilización efectiva de los servicios de salud, a diferencia de Brasil. Comprender estas características culturales permite aceptar que las asimetrías entre ambos entornos son, además de institucionales, de naturaleza sociocultural.

Concluyendo, la intervención del asistente social debe ser ajustada al contexto, integrando estrategias que respeten las prácticas, idiomas e identidades locales que son circunstancias que también definen la interrelación de los asistentes sociales. Además, los hábitos alimenticios, las condiciones de la vivienda, el enfoque limitado de la educación y las barreras geográficas son una realidad marcada por las brechas que afectan directamente la forma en que las personas tienden a enfermarse, y aún mantenerse saludables. La diversidad de la cultura brasileña también impone complejidad, pero acompañada de estructuras institucionales que contribuyen al reconocimiento y la efectividad del personal social en el campo de la atención médica.

El reconocimiento de las simetrías y asimetrías muestran que el concepto de salud debe entenderse como un territorio y cultura profundas y la intervención de los asistentes sociales debe considerar las decisiones de acuerdo con los detalles específicos de cada contexto, la forma de la organización pública y las necesidades locales se convierten en el requisito básico para crear integración y respuestas efectivas que sirven de mejoramiento práctico que conlleva a consolidar la justicia en el campo de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDE Rabanal, Jacqueline Elizabeth; LAZO Gonzalez, Oswaldo; NIGENDA, Gustavo. **Sistema de salud de Perú**. Salud pública Méx, Cuernavaca , v. 53, supl. 2, p.243-254. 2011. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634201100080019&lng=es&nrm=iso>. Acceso en 21 abr. 2025.

ARAOZ et al. Servicio Social (1943-1964). **Publicación de la Escuela de Servicio Social del Perú**. Lima. 1949. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=9b9CAQAIAAJ&hl=es>. Acceso en: 28 mayo. 2025.

ARRIAGADA, Irma; ARANDA, Verónica; MIRANDA, Francisca. **Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas**. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). División de Desarrollo Social. ISSN 1680-8983. Santiago de Chile, dic. 2005.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, pp. 29-60, (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, 2008. Disponible en: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo09/Biblioteca/Atos_Normativos/Portaria_N_154_de_24_Janeiro_2008.pdf. Acceso en: 20 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, Nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373/02**. Institui a Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde, NOAS – SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acceso en: 27 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. **Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências**. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 27 jul. 1953. Disponible

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética profissional do/a assistente social**. 10. ed. rev. e atual. Brasília, DF: CFESS, 2011. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 18 jun. 2025.

CORDEIRO, H. de A. **Sistemas de saúde: o Estado e a democratização da saúde**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 39-62, 1979.

COTLER, J., & CUENCA, R.. **Las desigualdades en el Perú: balances y críticas**. Instituto de Estudios Peruanos (IEP). 2011.

ESCOREL, Sara; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista**. p.279-322. 2012.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: Um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 30 mar. 2025

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. Sao Paulo: Atlas, 2002.

GUERRA, Yolanda; BACKX, Sheila; SANTOS, Cláudia Mônica dos. **A dimensão técnico-operativa no serviço social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 183 p. ISBN: 9788576721512. 2012.

INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática. **Nota de prensa N° 104 POBLACIÓN PERUANA ALCANZÓ LOS 33 MILLONES 726 MIL PERSONAS EN EL AÑO 2023**. Julio, 2023. Disponível em: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-104-2023-inei.pdf>. Acesso em: 20 dec. de 2024.

LOWENTHAL, Abraham F. **América Latina en la Política exterior de los EE.UU: Políticas, prioridades e intereses cambiantes**. Plataforma Democrática. 2010.

MATTOS, R. A. DE .. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 771–780, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>. Acesso em: 28 jul. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde.** In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Organizadoras) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

MONTEIRO DE ANDRADE, Luiz Odorico; PELLEGRINI FILHO, Alberto; SOLAR, Orielle; RÍGOLI, Félix; MALAGÓN DE SALAZAR, Lúgia; CASTELL-FLORES, Pastor; RIBEIRO, Kelen Gomes; KOLLER, Theadora Swift; BRAVO CRUZ, Fernanda Natasha; ATUN, Rifat. **Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sustentable: estudios de caso en países latinoamericanos.** MEDICC Review, v. 17, supl., p. S53–S61, 2015. Disponível em: <<http://medicc.org/mediccreview/uhc-monteiro.php>>. Acesso em: 12 jul. de 2025.

NERCESIAN, Inés; CASSAGLIA, Romina; MORALES CASTRO, Valeria. **Pandemia y políticas sociosanitarias en América Latina.** *Revista Apuntes*, Lima, v. 48, n. 89, p. 175–198, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/apuntes/v48n89/a07v48n89.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2025.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** 17. ed. São Paulo: Cortez. 2017.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde - SUS.** In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 365-393. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494-18.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estudo comparativo das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde na Argentina, Brasil, Costa Rica e Peru.** Washington, D.C.: OPS/OMS, 2012. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/estudo-comparativo-condicoes-trabalho-saude-trabalhadores-saude-argentina-brasil-costa-rica-peru>. Acesso em: 13 jul. 2025.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud** [Documento en línea]. 1948. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf. Acceso en: 25 feb. 2025.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **The World Health Report 2000: health systems: improving performance**. Ginebra: OMS, 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/>. Acceso em: 20 mayo. 2025.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 15–36, jan. 2014.

PAREDES, L.. **Las epidemias en el Perú en el siglo XIX: de la viruela al cólera**. Lima. Perú. 2018.

PEREZ LUGO, Jorge Ernesto; BENTACOURT, José de los Santos; SUAREZ VILLALOBOS, Pilar Katuska. **Descentralización y sistemas de salud en América Latina**. Revista de Ciencias Sociales, Maracaibo , v. 12, n. 1, p. 36-45, abr. 2006 . Disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&nrm=iso. Acceso en 18 jun. 2025.

PERÚ. **Constitución Política del Perú**. Lima: Congreso de la República, 1993. Disponible en: https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/CONSTITUTION_29_01_2024.pdf. Acceso em: 18 jun. 2025.

PERÚ. **Decreto Ley N° 17505, de 18 de marco de 1969**. Establece normas sobre o Código Sanitario. Diario Oficial El Peruano. Lima, 18 de mar. 1969.

PERÚ. **Decreto Supremo n.º 009-97-SA, de 9 de setiembre de 1997**. Aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud. Diário Oficial El Peruano, Lima, 10 set. 1997.

PERÚ. **Ley N° 26842 sobre Ley General de Salud**. Diário Oficial El Peruano, Lima, 20 jul. 1997. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>. Acceso en: 15 jun. 2025.

PERÚ. Ministerio de Salud. **Normas sobre Niveles de Complejidad de Servicios de Salud y Establecimientos Públicos en las Redes de Salud**. Dirección General de Salud de las Personas. Lima. Perú. 2001.

PERÚ. Ministerio de Salud. **Ley N° 27657 crea El Seguro Integral de Salud (SIS)**. Publicado en el Diario El Peruano, enero de 2002. Perú.

PERÚ. **Indicador de determinantes sociales, 2022**. Lima: Ministerio de Salud, 2022. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/Asis/inibas/2022/determinantes.pdf>. Acceso en: 19 jun. 2025.

PERÚ. Ministerio de Salud. **Resolución Ministerial n° 587-2009/MINSA**. Lima, 2009.

PERÚ. **Ley N° 30112, de 27 de noviembre de 2013**. Ley del ejercicio profesional del trabajador social. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/443E013CC0F6112305257EF400039A87/\\$FILE/30112.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/443E013CC0F6112305257EF400039A87/$FILE/30112.pdf). Acceso en: 18 de jun. 2025.

PERÚ. **Ley N° 23536**. Ley que establece las normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud. Perú, 1983. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OGTI/SINADEF/Ley-23536.pdf>. Acceso en: 25 jun. 2025.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponible en: <http://medicinadeemergencia.org/wpcontent/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112- SES-MT.pdf>. Acceso en: 20 de feb. 2025.

PONT, Josep Vidal. **Metodologia Comparativa e Estudo de Caso**. Belém, Editora Papers de NAEA. 2013.

RIOS, M.. **Historia de la Policía Nacional del Perú: Salud, organización y reformas en el siglo XX**. 2014.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão social: particularidades no Brasil**. São Paulo: Editora Cortez, 2012.

SOTO, Ricardo Sulca. **“El Trabajo social y la Globalización”**. Revista VOCES de Trabajo Social. p.135-141. Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo, Perú. 2003.

TAPIA, Fuentes Jorge O. **La Jurisprudencia del Tribunal Constitucional en el ámbito de las Políticas Públicas en el sector salud-2017**. Escuela Universitaria de Posgrado. Lima, Perú. 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/3998>. Acceso en 24 de fev. 2025.

TEIXEIRA, Sonia F. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. S. Paulo: Cortez; Abrasco, 1989. (Coleção Pensamento Social e Saúde, 3). Disponible en: <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=bibliotrs&pagfis=299>. Acceso en: 18 mayo. 2025.

WILLIAMSON, John. What should the World Bank think about the Washington Consensus? The World Bank Research Observer, Oxford, v. 15, n. 2, p. 251–264, ago.

2000. Disponible en:
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/624291468152712936/pdf/766500JRN0WBRO00Box374385B00PUBLIC0.pdf>. Acceso en: 8 ago. 2025.

ZAFRA TANAKA, Jessica Hanae; TENORIO-MUCHA, Janeth; BAZALAR-PALACIOS, Janina. **Asociación entre índice de ruralidad y satisfacción laboral en médicos y enfermeros de Perú**. Revista Cubana de Salud Pública, [S.l.], v. 46, n. 2, e1414, 2020. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e1414/#>. Acceso en: 18 jun. 2025.