

madre y la imagen que ésta transmite al hijo sobre su padre ausente es negativa”²²⁴. A su vez, se interpreta que el debilitamiento de la figura paterna en el rol de proveedor de ingresos conduce a la descalificación del esfuerzo como medio de obtener logros²²⁵.

Los estudios desarrollados han permitido a sus autores la construcción de un “perfil psicosocial de estas familias”, el cual se caracteriza por: (i) madre deprimida (privaciones, relación de pareja insatisfactoria, baja autoestima, no reconocimiento de las posibilidades del hijo, sobre todo en el caso del hijo varón); (ii) padre ausente por déficits en el desarrollo de su función, por la insatisfacción presente en la relación de pareja y/o por la transmisión materna hacia el niño de una imagen paterna desvalorizada; (iii) relaciones familiares sentidas como poco protectoras, con figuras parentales frágiles pero rígidas, con presencia de vínculos violentos, falta de espacio físico y problemas con el uso del lenguaje para la resolución de conflictos; (iv) relación no habilitante con el contexto macro social donde los soportes sociales no logran operar como tales, agregando que,

“Estas dificultades surgidas del **perfil familiar** descrito se potenciarían con las carencias socioeconómicas extremas y con la imposibilidad de representarse un futuro más esperanzador como alternativa.”²²⁶

De este modo, a partir de operaciones de clasificación se logra objetivar la diferencia y construir perfiles poblacionales en función de la presencia de factores de riesgo, en este caso. Lo que importa aquí es señalar que los criterios a través de los cuales se objetiva la diferencia no son más que representaciones mentales (actos de conocimiento, de percepción en los que entran en juego los intereses y presupuestos de los agentes) y

²²⁴ GIEP, s/f

²²⁵ Roba, O. “Desarrollo infantil y fragmentación social en la sociedad uruguaya actual” (2009: 22). Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos/>. Consulta: 12/4/10

²²⁶ GIEP, s/f

representaciones objetales (cosas, actos, estrategias interesadas de manipulación simbólica con el fin de determinar la representación mental que otros pueden tener de esos atributos y sus portadores) (Bourdieu, 2001: 112). Objetivar la diferencia y construir perfiles poblacionales requiere de instrumentos que permitan desarrollar estas operaciones. Los instrumentos utilizados en el Plan CAIF respecto a los riesgos para el desarrollo psicomotor son los siguientes:

Instrumento	Operación
EEDP ²²⁷ Escala de Evaluación del desarrollo psicomotor	Evaluación del desarrollo psicomotor en menores de 24 meses
Pauta de tamizaje del desarrollo psicomotor (basada en TEPSI)	Evaluación del desarrollo psicomotor a partir de los 24 meses
Instrumento de prácticas de crianza (IPCG) ²²⁸	Identificar prácticas de crianza, creencias y valores familiares en las relaciones cotidianas
Escala de salud mental	Evaluación del estado emocional de los

²²⁷ “Se administra en forma individual, con una duración promedio de 20 minutos, sobre la base de la observación directa del niño frente a tareas que se le proponen y algunas preguntas a la madre. Los resultados se registran en un protocolo estándar. **Permite obtener un coeficiente de desarrollo estandarizado estableciéndose 3 categorías: normal, riesgo y retraso.** Cuenta con estudios de confiabilidad interna, validación y **poder predictivo.**” (“Sobre desarrollo infantil de niños /as menores de 5 años y características familiares, en condiciones de pobreza”. Canetti A., Cerutti A., Navarrete C., Schwartzmann L., Roba O., Zubillaga B. Disponible en: http://www.iin.oea.org/conferencia_ana_ceruti.htm)

²²⁸ “Este instrumento consiste en una entrevista que investiga una serie de fenómenos y/o situaciones relacionados con las prácticas de crianza, creencias y valores que las familias ponen en juego en sus relaciones cotidianas. Se utiliza para ello un cuestionario semi-estructurado, que consta de 40 preguntas, la mayoría cerradas, divididas en 9 áreas: comunicación, lenguaje, juego, límites, autonomía, funciones parentales, disponibilidad y percepción parental y conocimiento del hijo. En su elaboración se evitó utilizar juicios que indujeran una valoración positiva o negativa de los aspectos investigados. Su análisis puede ser cuanti o cualitativo, basándose en criterios respecto a conductas o prácticas facilitadoras del desarrollo de acuerdo a las investigaciones nacionales e internacionales” (“Sobre desarrollo infantil de niños /as menores de 5 años y características familiares, en condiciones de pobreza”. Canetti A., Cerutti A., Navarrete C., Schwartzmann L., Roba O., Zubillaga B. Disponible en: http://www.iin.oea.org/conferencia_ana_ceruti.htm)

²²⁹ “Se ha demostrado que a pesar de ser un instrumento breve es psicométricamente sólido. Igualmente se demostró que la Escala de Salud Mental ha sido útil para detectar trastornos depresivos así como evaluar resultados de tratamientos. La escala utilizada incluye evaluación de salud mental y vitalidad. Consta de 9 preguntas con 5 opciones de intensidad (nunca-siempre), midiendo en su nivel inferior la presencia de sentimientos de nerviosismo y depresión casi permanentes, y en su nivel superior sensación de bienestar y calma la mayor parte del tiempo. La escala de Salud Mental tiene su

Los dos primeros instrumentos evalúan el desarrollo psicomotor del niño considerando su grado de comprensión y acatamiento de consignas y actividades que le son propuestas según su edad (desde reaccionar al sonido de una campanilla, caminar solo o patear una pelota hasta controlar esfínteres o señalar colores). El EEDP mide el rendimiento del niño ante situaciones cuya resolución exige cierto grado de desarrollo psicomotor. Permite obtener un coeficiente de desarrollo estandarizado y cuenta con poder predictivo²³¹. Las categorías normal, riesgo o retraso se representan con los colores verde, amarillo o rojo respectivamente, y se pertenece a una u otra según el número de actividades que el niño logre realizar.

“Los resultados se registran en un protocolo estándar (...) estableciéndose 3 categorías:

- normal los que se desvían hasta 1DS bajo el promedio (CD=85)
- riesgo los que están entre 1 y 2DS bajo el promedio (CD= entre 84 y 70 inclusive)
- retraso cuando el puntaje se afecta más de 2DS del promedio (CD=69).”²³²

Los resultados del EEDP y la Pauta de Tamizaje del Desarrollo permiten una mirada global sobre el desarrollo psicomotor del conjunto de la población atendida, y también permiten reconocer las dificultades de cada

máximo puntaje de 30 y un mínimo de 5 y la de vitalidad tiene un máximo de 20 y un mínimo de 4. Es un instrumento auto administrable, salvo que la persona no sepa o tenga dificultades para leer. En este estudio se calculan los valores promedio para la población.” (“Sobre desarrollo infantil de niños /as menores de 5 años y características familiares, en condiciones de pobreza”. Canetti A., Cerutti A., Navarrete C., Schwartzmann L., Roba O., Zubillaga B. Disponible en: http://www.iin.oea.org/conferencia_ana_ceruti.htm)

²³⁰ En la práctica este instrumento es aplicado, mayoritariamente, a las madres o quienes desempeñan la función materna.

²³¹ Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF (1998: 54).

²³² Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF (1998: 54).

niño en su desarrollo , y más específicamente cuáles son las áreas afectadas. De todos modos, la información recabada es básicamente cuantitativa “aunque se desprenden también elementos cualitativos que deben ser tenidos en cuenta al momento del análisis.”²³³ La Pauta de Tamizaje del Desarrollo Psicomotor valora las áreas de lenguaje, coordinación y motricidad, y el EEDP, aplicado a los niños menores de 24 meses, también valora el área social. Se trata de pruebas estandarizadas y normalizadas, de fácil y rápida aplicación y de bajo costo.

Los resultados alcanzados darán lugar a intervenciones específicas. Aquellos niños que presentan un retraso en su desarrollo psicomotor son derivados a los servicios de salud, los que afinarán un diagnóstico dado que los instrumentos aplicados, si bien aportan elementos para el diagnóstico, se limitan a una función de tamizaje. Desde el Plan CAIF se realiza la derivación y un seguimiento de la situación mediante coordinaciones de carácter técnico. El niño suele permanecer en el Centro y se fortalecen las acciones de apoyatura, control y vigilancia sobre la familia para asegurar la continuidad de la asistencia y tratamiento indicado desde los servicios de salud.

Por otra parte, el IPCG y el SF 36 son instrumentos aplicados a los adultos responsables del cuidado de los niños que participan del programa de estimulación oportuna, siendo generalmente a la madre o figura materna a quien se le aplican los tests.

El IPCG es un instrumento que valora las creencias y los valores familiares en la crianza de los niños en distintas áreas (comunicación, lenguaje, límites, juego, autonomía, funciones parentales, disponibilidad, percepción parental y conocimiento del hijo). En el área del lenguaje valora las prácticas de hablar con el niño, cantarle, contar cuentos. En el área del juego se indaga acerca de la tenencia de juguetes preferidos por el niño, si se le enseñan juegos, para qué le sirve el juego al niño y para qué le sirve al

²³³ Guía Metodológica. Programa de Estimulación Oportuna “Un lugar para aprender y crecer jugando”, Instituto de la Niñez y la Adolescencia, Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 2006.

niño estar con otros niños, cómo se sienten las madres cuando los niños juegan, con qué cosas les permiten jugar, con quién prefiere jugar. En relación al sueño se pregunta sobre el uso de algún objeto para dormir, quién hace dormir al niño generalmente, dónde duerme y desde cuándo y quién y por qué lo decidió, qué hacen a la hora de dormir. Con respecto a la autonomía del niño se pregunta cuándo el niño es capaz de querer y desear cosas distintas a las que su madre o padre quiere y desea. También se indaga sobre el momento que el padre o madre cree conveniente contarle “la verdad” sobre cómo nacen los niños o qué hacer cuando fallece una persona cercana. Las prácticas desarrolladas cuando el niño se niega a comer también son indagadas así como quién toma las decisiones sobre el niño y si se ponen de acuerdo entre ambos padres y si el niño “se sale con la suya”. Se proponen frases pidiendo al entrevistado que exprese si está o no de acuerdo, todas ellas vinculadas al creencias machistas en la crianza de niños y niñas (por ejemplo, “a las niñas hay que educarlas para mayores sacrificios”, “a los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa”). Otros ítems refieren a qué hace el adulto cuando el niño hace algo bien, o cuando los niños se pelean o desobedecen, o qué se le dice cuando pide algo que no se le puede comprar. El test finaliza indagando la situación de los niños de padres separados: si mantiene el vínculo, con qué frecuencia, qué acostumbran hacer en sus encuentros y qué valoración hace de los efectos de las visitas del padre.

El instrumento ofrece alternativas de respuesta a cada uno de los ítems y las opciones tienen un valor asignado. Los resultados se comparan con las prácticas favorecedoras del desarrollo que han sido identificadas en estudios nacionales e internacionales tomados como referencia, y permiten clasificar a la población en cuatro categorías: no riesgo, riesgo leve, riesgo moderado o riesgo severo.

El área donde se identifican los riesgos determina el tipo de intervención. Esta puede restringirse a una orientación sobre cómo decirle al niño la verdad sobre el nacimiento, por ejemplo, o en una derivación a otros

profesionales del equipo (psicólogo, trabajador social) si se presumen prácticas de crianza abusivas. Se procura siempre que estas familias se mantengan dentro del Centro y si no se logra se desarrollan intervenciones en domicilio.

El SF 36 consiste en un conjunto de 9 preguntas con 6 opciones de respuesta, cada una con un valor asignado. La sumatoria del puntaje asignado a cada respuesta dará un valor total con el cual se clasifica el estado de salud mental y vitalidad del adulto testeado.

Las preguntas contenidas en el test son las siguientes:

Durante las últimas cuatro semanas,

- ¿se sintió lleno de vitalidad?
- ¿estuvo muy nervioso?
- ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- ¿se sintió calmado y tranquilo?
- ¿se sintió desanimado y triste?
- ¿se sintió agotado?
- ¿se sintió feliz?
- ¿se sintió cansado?

Las opciones de respuesta y su valor asociado son: siempre (1), casi siempre (2), muchas veces (3), algunas veces (4), casi nunca (5), nunca (6).

Y una última pregunta con 4 opciones de respuesta: Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

El puntaje final del test permite evaluar el estado emocional del adulto y de ahí derivar su mayor o menor disponibilidad ante las demandas, exigencias y necesidades del niño. El valor máximo es de 54 y el mínimo de 9 obtenido de la sumatoria de los puntajes de cada pregunta y dividiéndolo por su número total. Los sentimientos de vitalidad, calma, energía y

felicidad tienen su máximo puntaje en 6 (“siempre”) y el mínimo en 1 (“nunca”). Los sentimientos de nerviosismo, baja moral, desánimo y agotamiento invierten la escala: el valor 1 corresponde a la respuesta “siempre” y el 6 a la respuesta “nunca”. Sus resultados clasifican a la población en dos categorías: riesgo – no riesgo. La situación de riesgo se establece cuando el puntaje es hasta 25, y también cuando, independientemente del puntaje global, se obtienen valores de 1 o 2 (“siempre” o “casi siempre”) acerca de los sentimientos de desánimo o baja moral.

El instrumento permite identificar posibles estados depresivos en los adultos referentes del niño. El instrumento no llama la atención sobre la situación opuesta, es decir, sobre aquellas madres que se sintieron siempre felices, vitales, calmas y con energía y que nunca se sintieron nerviosas cansadas, agotadas, desanimadas y con baja moral. Como vimos, la depresión materna es uno de los factores que han asociado con los trastornos en el desarrollo psicomotor; se trata de madres “improductivas”, que no logran responder a las demandas del niño, y tienen dificultades para asumir las responsabilidades que conlleva la individualización tardomoderna: son “perdedoras de la reflexividad”.

Vitalidad, nerviosismo, desánimo, calmas, energía y depresión son las categorías seleccionadas para presentar los resultados del SF36 aplicado a referentes adultos, mayoritariamente madres, que participaron del programa de estimulación oportuna.²³⁴ El análisis cruza estos resultados con los obtenidos por esta misma población en la aplicación del IPCG, resultando que las madres desanimadas y deprimidas juegan menos con sus hijos, suelen responder pasivamente a los intentos de comunicación de sus hijos, reconocen más tardíamente la capacidad de autonomía del niño, tienen mayor dificultad para abordar el tema de la muerte, sienten que no pueden controlar al hijo, tienen mayores dificultades para tomar decisiones conjuntas con el padre, y también para colocar límites al niño.

²³⁴ Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF (1998: 75 - 77)

En pocas palabras, las madres desanimadas y depresivas, o más exactamente, las madres desanimadas y depresivas en situación de pobreza, desarrollan comportamientos que no contribuyen al desarrollo psicomotor del niño, y como fuera dicho, no responden a las exigencias de la individualización. Si bien se señala que la prevalencia de la depresión no difiere entre los grupos pobres y no pobres, en éstos sí se asocia con los trastornos en el desarrollo psicomotor, y no ocurre en sectores medios. De ahí se concluye sobre la relevancia de los soportes para disminuir los efectos de la depresión en el desarrollo del niño (pareja, tratamiento, etc.).

La batería de instrumentos disponibles permiten una clasificación del riesgo a partir de mecanismos objetivos, al menos en la evaluación de los riesgos respecto al desarrollo psicomotor de los niños. Podrá ser más o menos problematizado el proceso de construcción de los instrumentos y su nivel de fiabilidad. Sin embargo, su carácter objetivo está dado por la neutralidad del instrumento, si por neutralidad y objetividad se comprende la casi nula intervención del componente subjetivo del evaluador.

Los expertos sociales son reconocidos y legitimados social y funcionalmente, en tanto poseen un saber especializado, a la hora de establecer ciertas definiciones sobre las formas adecuadas de intervención en el campo social. Si bien es cierto que no poseen el monopolio de la producción de clasificaciones sociales pues éstas son inherentes a la vida social, también es cierto que algunas profesiones reivindican para sí el poder categorizador sobre ciertas situaciones o comportamientos. La psiquiatría, la medicina y la psicología, sólo por mencionar algunas disciplinas, representan claros ejemplos donde se reconoce el monopolio profesional sobre ciertas categorías diagnósticas. Pero sí ocupan un lugar particular en la división social del trabajo a través del cual las clasificaciones por ellos elaboradas tienen impactos sobre las formas de comprender los “problemas sociales”, las formas legítimas de intervención social sobre los mismos, la inclusión – exclusión de individuos y familias en planes y programas de protección social, etc.

“Los especialistas ofrecen un cierto número de instrumentos obtenidos en ámbitos académicos que ordenan el mundo social y que pueden sustentar las acciones del Estado, legitimando el diagnóstico de problemas sociales y la formulación de soluciones a éstos que sólo ellos estarían en condiciones de ofrecer. Por otro lado, el reconocimiento de esos saberes por parte de las instituciones estatales contribuye a legitimar socialmente (e, incluso, a dotar de autoridad científica) a esos especialistas.” (Neiburg y Plotkin, 2004: 20)

Las clasificaciones prácticas se encuentran subordinadas a funciones prácticas y orientadas a la producción de efectos sociales (Bourdieu, 2001: 112) y en ese sentido no tienen nada de “naturales” y todo de “arbitrarias”. Tal como sostiene Bourdieu (2001: 115), la ciencia se limita a registrar un momento particular de la lucha entre modos de clasificación siendo invocada frecuentemente “para fundamentar en la realidad y en la razón la división arbitraria que quieren imponer”.

Señala Beriain (2005) que en la época moderna,

“Es el bisturí del médico (y coextensivamente el científico) el que va a cortar predominantemente las distinciones semánticas del nuevo esquema clasificatorio (...) A la moralización religiosa y jurídica tradicionales de la conducta `pura´ se le añade ahora una nueva formación discursiva, la de la medicina y sus correlativos cuidados tecnológicos del yo.”

Beriain afirma la existencia de sistemas de clasificación rígidos y flexibles²³⁵. Los sistemas rígidos, tal como el que aquí se describe, se

²³⁵ Los sistemas clasificatorios rígidos exigen la segregación de “islas de significado creando `guetos sociometales´ que nunca se toquen” y se caracterizan por una “adherencia estricta a una lógica purista del `o esto o lo otro´”, dibujando “distinciones agudas y claramente delimitantes” evitando las zonas de indefinición. Los esquemas clasificatorios flexibles se caracterizan “más por el cambio que por la permanencia y,

sustentan en la pureza de las categorías: cada elemento pertenece exclusivamente a una categoría. Los instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor, elaborados por el GIEP y utilizados en el caso que nos ocupa, clasifican a la población en función de categorías claramente delimitadas (“riesgo” / “no riesgo” o eventualmente “daño”).

“Existe una dimensión moral en la construcción de la realidad que hace a la cuestión de la clasificación, o a su ausencia, una cuestión de deber ser o no (...) no estamos haciendo una afirmación, únicamente, sobre la disposición de los objetos en el mundo sino también evaluamos moralmente tal orden: el ‘adentro-propio – moralmente puro’ y el ‘afuera-extraño-moralmente impuro’ configuran la construcción social de límites socio-espaciales que operan como categorías de normalidad/patología moral.” (Berriain, 2005)

Hemos visto hasta aquí una forma de racionalidad técnico – científica en marcha que, retomando los “imperativos de normalización” de Hacking, define y clasifica, cuenta y correlaciona, cuantifica y mide, medicaliza (normal / patológico o su correlativo riesgo / no riesgo) y normaliza (define parámetros mensurables de lo normal). También se encuentra presente cierta preocupación por el origen biológico de ciertas características y comportamientos:

“La comprensión del impacto de los problemas del desarrollo psicomotor y emocional de los niños en la pobreza y consecuentemente el papel de las alteraciones en este desarrollo, como mecanismo que contribuye a la reproducción de la pobreza y

por tanto, con una aversión a cualquier límite que pudiera impedir la existencia de fronteras borrosas y porosas al cambio y a la crítica” y se encuentran presentes en la “sociedad moderna y sobre todo en las sociedades modernas tardías (...) pero esto no significa, de ninguna manera, que un esquema (el flexible) haya ganado la partida egipcianizando al otro (el rígido) o viceversa. En la sociedad moderna existe una pugna entre un esquema clasificatorio rígido, basado en la ‘pureza’, con unas distinciones cuasinaturalizadas y un esquema flexible, basado en la ambivalencia con distinciones más borrosas y permeables” (Berriain, 2005)

la exclusión, se ha visto enriquecida por los recientes aportes de la biología y las neurociencias.” (GIEP, 2007: 91)

“Puede resultar arriesgado afirmar que los procesos que condicionan la exclusión se instalan tan tempranamente y que podría hablarse de ‘una biología de la exclusión’. Pero si recordamos las características de la fragmentación social así como las condiciones que deberían desarrollarse a efectos de una inserción creativa en el mundo actual, comienza a ser más claro el precoz inicio de una historia de exclusión.” (GIEP, 2007: 92)

“La salud emocional, las habilidades sociales y las capacidades cognitivo lingüísticas que aparecen en los primeros años son importantes pre-requisitos para el éxito escolar. Nuevamente aparece confirmado, desde la biología, cómo estas carencias tempranas condicionan el fracaso escolar y la posterior inserción social.” (GIEP, 2007: 93)

El uso burocrático de los resultados de estudios de este tipo permite adaptar las clasificaciones a las necesidades de una racionalidad gerencial en la administración de la asistencia (“burocraticemos” diría Hacking). La evaluación del riesgo, entonces, es una forma de leer la realidad social que permite satisfacer un doble objetivo de carácter instrumental y vinculado a la gestión eficiente de las prestaciones sociales: (i) identificar grupos de población a partir de su caracterización en función de ciertos *atributos* constituyéndolos en destinatarios de lo que denominamos como políticas de inserción social focalizada, y (ii) la identificación de ciertos *comportamientos* calificados de ‘riesgo’, habilitando así la intervención de las profesiones asistenciales en procura de su modificación. En síntesis, la definición de factores de riesgo para el desarrollo psicomotor se construye en función de un criterio de normalidad y la norma permite individualizar pues el caso es producto de la norma y de las desviaciones con respecto a

ella.

5.3.3. El papel de los sistemas de información

La tecnificación creciente de los sistemas de información en la gestión de lo social se inscribe como parte de la modalidad de asistencia gerencial caracterizada por Grassi (2003). La necesidad creciente de identificar, contar y clasificar a la población beneficiaria de las prestaciones asistenciales demuestra la consolidación de tal modalidad de asistencia, orientada por una racionalidad técnico-burocrática de gestión. Respondiendo a este requerimiento, inscripto en la lógica de la individualización de la protección social, se ponen en juego instrumentos que permiten realizar estas operaciones con los beneficiarios de la asistencia mediante su incorporación en un campo documental.

Es en el área de la salud donde se observa un desarrollo mayor de sistemas de información, los que han proliferado fundamentalmente a partir de la década del 90 siendo incorporados, con mayor o menor nivel de desarrollo tecnológico, en otras áreas de gestión de lo social. En el caso de la infancia y adolescencia, el Sistema de Información para la Infancia (SIPI) del Instituto de la Niñez y la Adolescencia del Uruguay (INAU) se constituye en el ejemplo más acabado de este tipo de instrumento de gestión. Este sistema de información constituye la base de datos sobre la población y los servicios dependientes del INAU, incluyendo al Plan CAIF²³⁶.

²³⁶ El SIPI se propone los siguientes objetivos:

A nivel general:

“•Actualizar y mantener el Sistema de Información Para la Infancia generando un instrumento que provea de información confiable y oportuna que permita evaluar y monitorear el cumplimiento de los Derechos de los niños y adolescentes.

•Generar información que sustente la definición de políticas, selección de estrategias, diseño y gestión de programas de infancia y adolescencia en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay”

Y a nivel específico:

“•Desarrollar todas las acciones necesarias para mantener la vigencia del sistema de información del I.N.A.U.

•Generar información relativa a niños, niñas y adolescentes,, atendidos por las instituciones que integran el Sistema I.N.A.U (Datos personales, de familia, vivienda,

El SIPI nace dentro de este marco de transformaciones en las modalidades de asistencia, y a instancias del Instituto Interamericano del Niño. Se trató de un programa piloto con la pretensión de ser replicado en el resto de los países latinoamericanos. La racionalidad eficientista, característica de los 90, exigió que además de la prestación de un servicio social, el mismo -en un contexto de “recursos escasos”- fuera eficiente, para lo cual se requería individualizar a sus beneficiarios para desarrollar estrategias específicas de atención que proporcionaran lo estrictamente necesario para atender cada problema particular.

En ese sentido y teniendo como telón de fondo las transformaciones de las formas de intervención sociopolítica, importa la observación de Castel (1984: 143), quien al analizar un dispositivo de asistencia francés, señala que no es casual que la infancia se haya constituido como preocupación prioritaria porque

“(…) con la voluntad de constituir un banco completo de datos sobre la infancia se lleva a cabo también el proyecto de controlar las contingencias y planificar incluso las deficiencias para conseguir un programa de gestión racional de las poblaciones.”

En Uruguay el Sistema de Información para la Infancia (SIPI) del INAU nace en el año 1989 bajo impulso y apoyo del Instituto Interamericano del Niño.

educación, psicosociales, judiciales)

- Generar información relativa a las instituciones de promoción, prevención y atención de niños y adolescentes.

- Promover el uso de información actualizada y sistematizada como soporte en la toma de decisiones a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños atendidos.

Convertirse en una herramienta que permita a las instituciones de atención a la infancia, contar con información sobre la población menor de edad que se encuentra en situaciones especiales y para quienes deben desarrollar estrategias de prevención.

- Realizar la capacitación permanente de todas las personas involucradas en la generación de información y sensibilización para el uso de la información.

- Realizar el mantenimiento y actualización del hardware y software para que el sistema funcione a nivel nacional”. Extraído de: <http://www.inau.org.uy/sipi>. Consulta: 18/06/2007

“Nace de una necesidad porque se llevaban planillas anuales, porque no se sabía la situación del niño (si fue trasladado, si se iba con la madre); había unas planillas enormes y por eso se pasó a un registro informático.” (Entrevista a informante calificado – SIPI)

Básicamente se trató de satisfacer la necesidad de contar con cierta información centralizada debido a requerimientos de gestión institucional, procurando alcanzar un dispositivo tecnológico que lo permitiera reduciendo los tiempos de la tarea y facilitando el registro y transmisibilidad de la información.

En sus comienzos el SIPI registraba información relativa a los datos básicos del niño (identidad, nombre), datos de su grupo familiar y de convivencia.

“Después se fueron incorporando distintas necesidades. Por ejemplo, el formulario psicosocial, donde actuaba un grupo multidisciplinario, donde se informaba las características del proceso educativo del niño, la familia y su grupo de convivencia, vivienda, etc. Luego se incluía todo el relacionamiento con el Poder Judicial, número de expediente, Juzgado, etc. Todo esa información hoy la tiene el sistema, es útil, es lo que se toma para sacar los reportes de cantidad de niños, cantidad de centros, edades, la situación familiar de los niños, etc.” (Entrevista informante calificado – SIPI)

Actualmente el SIPI se encuentra en proceso de reformulación bajo responsabilidad del programa INFAMILIA. La reformulación del sistema es financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Dicho programa, en su componente de “Fortalecimiento Institucional”, se propone el fortalecimiento de los sistemas de información con el objetivo de “mejorar la capacidad técnica y de gestión de los

organismos públicos y privados, involucrados en la temática de la infancia y adolescencia.”²³⁷ Promueve a tal fin el desarrollo de distintas herramientas: a) la reformulación del SIPI; b) la creación de un Sistema Nacional de Información para la Infancia y Adolescencia (SINIA) – cuyo propósito consiste en la identificación de los problemas de niños y adolescentes en “riesgo social” como base para la formulación de políticas públicas para la infancia y la adolescencia-; c) la constitución de un Registro Único de Beneficiarios (RUB) – que pretende contribuir al seguimiento y evaluación de impacto de los programas “en los beneficiarios y sus familias, así como optimizar el uso de los recursos públicos (...) dirigidos a la infancia en riesgo”; y d) la incorporación de un módulo sobre infancia y adolescencia a instrumentar por el Instituto Nacional de Estadística (INE) que permita hacer un seguimiento y evaluación de la situación de esta población.

Dentro de las acciones de fortalecimiento institucional se propone apoyar al INAU en el diseño de su reestructura y en la redefinición del SIPI “para su actualización y para que sirva como herramienta para planificación, gestión y monitoreo”. Asimismo participa del fortalecimiento de la Dirección General del Registro de Estado Civil y de la Dirección Nacional de Identificación Civil, responsables del registro de niños y su identificación, respectivamente.

Los productos de las actividades de fortalecimiento institucional del Programa INFAMILIA, al menos en el caso de la reformulación del SIPI, se apoyan y sostienen en la generación de insumos provenientes de cierta forma de reflexionar sobre los fenómenos sociales que se pretenden clasificar, medir y monitorear. Lo mismo puede decirse de la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo del MIDES²³⁸. En ese sentido, la producción de conocimiento característica de estos espacios institucionales se corresponde con lo que Borón (2006) denomina “investigación modelo

²³⁷ Disponible en www.infamilia.gub.uy. Consulta: 22/2/08

²³⁸ La Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo del MIDES tiene la misión de evaluar y monitorear el conjunto de las políticas sociales aplicadas en el país (Entrevista realizada al Director Nacional de Evaluación y Monitoreo, INFOMIDES, Periódico Mensual del MIDES, Julio de 2008).

consultoría” llevada adelante en “reconvertidas oficinas y agencias de gobierno”, financiadas y evaluadas en gran parte por el BID, Banco Mundial y otros, ante la debilidad del financiamiento público²³⁹.

Son dos los argumentos que explican la reformulación del SIPI:

“por un lado, había cierta obsolescencia tecnológica en el soporte que se estaba dando y por otro lado había requerimientos desde la propia gestión (...) de poder contar con más información de los niños institucionalizados. Vos tenías los beneficiarios pero te **costaba mucho conocer la trayectoria institucional de los niños.** Se buscaba tener mayor información del niño en el sentido de querer dar una orientación más integral a los servicios que se dan. Saber que aquel niño que lo capté en CAIF, que después estuvo en un Club de niños (...) conocer esa trayectoria institucional es una funcionalidad específica (...) Creo que había, por un lado, la necesidad de tener una mirada más integral del niño, su familia y su problemática. Y la otra, que había en ese marco y con esa orientación, otros organismos que empezábamos a jugar en relación a eso. **Se había avanzando hacia tener sistemas que dialogaran entre sí (...)** Eso te pone condiciones de estándares, de cómo haces el intercambio y eso no es menor porque un estándar te determina cómo construis un registro. Tenés un estándar de identificación (...). **Ahora la cédula cumple un papel identificador, individualizador de la persona. Ese papel de código identificador de la cédula es casi un requisito hoy en día para el intercambio de**

²³⁹ “(...) los modelos teóricos que guían la mayoría de las investigaciones que vemos sobre pobreza (y las políticas sociales que ejecutan los gobiernos ‘democráticos’ de la región) asumen que el enfoque del BM es el correcto, y el único que debe implantarse. Por supuesto, se excluye de estas investigaciones cualquier reflexión rigurosa acerca de las causas que generan esa pobreza, de por qué el capitalismo latinoamericano se ha convertido en una fábrica impresionante de producir pobres e indigentes, y por qué la desigualdad económica y social se acrecienta (...) Lamentablemente estas preguntas son inaceptables: para la práctica convencional de las ciencias sociales, regidas por el modelo de consultoría, tales cuestiones son rápidamente descartadas como ‘no científicas’ o meramente ideológicas, y no deben ser introducidas en una investigación seria y responsable sobre estos asuntos, sobre todo si se tiene en cuenta que sus resultados habrán de servir de fundamento ‘científico’ para las políticas sociales que adopten los gobiernos” (Borón, 2006)

información.” (Entrevista informante calificado. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo - MIDES)

Es así como la reingeniería del SIPI se funda sobre dos requerimientos derivados de las alteraciones en las formas de vigilancia poblacional. Por un lado, los viejos sistemas de información pierden utilidad frente a la posibilidad de montar, gracias a los avances en la informática, un nuevo sistema capaz de capturar, no ya las situaciones “fotográficamente” registradas, sino las trayectorias individuales y familiares. Por otro lado, esta reingeniería también responde a los requerimientos de una forma de vigilancia poblacional que se tiende como una red al reunir y compartir información sobre la totalidad de los individuos que reciben alguna prestación social.

La Convención de los Derechos del Niño y el nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia son invocados para enmarcar el conjunto de transformaciones por las que se encuentra atravesando el SIPI.

“Luego debido a los cambios que trajeron, tanto la Convención de los Derechos del Niño como el Código, se vio la necesidad de reformular todo lo anterior. Entonces estamos desde el año 1998 tratando de lograr el cambio por medio de algún préstamo porque la institución no lo podía absorber. Y se logra con un préstamo BID, por medio de INFAMILIA; allí se inició en 2007 la reformulación del sistema. Pero en lo que refiere a la interna de la institución, y todo lo que era la reformulación del sistema, el trabajo comenzó en el ‘98.” (Entrevista informante calificado – SIPI).

“Con la Convención surge la idea de monitorear los derechos. A raíz de eso se comenzó a trabajar en la institución, y **con este sistema (el nuevo) lo que se logra es eso, un módulo de monitoreo de derechos.** Se trabajó en eso muchísimo, vamos a tener monitoreado el derecho de identidad, de educación, de salud, de beneficios

sociales, discapacidad, vivienda, etc. A raíz de ese monitoreo de derechos también se tuvieron que incorporar nuevos datos al sistema. Uno de los logros que tiene el sistema es el monitoreo de derechos que ya está definido, que **fue un trabajo en conjunto con todos los directores, con los cuales se buscaron las variables para definir esos derechos**. También teníamos como gran inconveniente, el cómo lograr esa información, que podemos medir de muchas formas. Se trató de buscar lo que realmente se puede recabar en la institución, y de esa forma monitorear los derechos. Lo tenemos de dos modos: la salida de ese monitoreo, que lo nombramos **derecho vulnerado y derecho amenazado**. Por ejemplo el derecho a la identidad, lo datos para determinar el cumplimiento de este derecho son: nombre y apellido, niño encontrado, partida de nacimiento, documento de identidad, reconocimiento de la madre y del padre, dato de la madre biológica, dato de padres biológicos, adopción (datos judiciales, existencia de procedimientos de adopción o legitimación adoptiva), el histórico de nombres (el sistema lleva un histórico cuando un niño es reconocido. Llevamos el primer nombre, luego la partida y así sigue). Entonces, a partir de la información que relevan estos datos, podemos decir que este derecho ha sido vulnerado cuando se da lo siguiente: no existe nombre oficial del niño, no hay partida de nacimiento, ni cédula de identidad, no es posible determinar la identidad de la madre del niño, ni del padre del niño, en caso de adopción no se tiene información sobre la identidad original del niño. Tampoco la madre ni el padre han reconocido al niño, no es posible reconocer el lugar de nacimiento del niño. A su vez, la existencia de amenazas supone que: la madre no reconoce al niño, el padre no reconoce al niño, y en el caso de la adopción, si se tiene información de un solo padre biológico. En todos los derechos se trabajó de la misma forma, tratando de que estos datos son los datos que el sistema tiene que exigir para cuando se corra el monitoreo de derechos.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

Esta descripción del nuevo sistema de información permite extraer algunas consideraciones. En primer lugar, el sistema se estructura en base a un nuevo campo semántico que retoma el lenguaje de los derechos pero conserva la misma lógica anterior: derecho amenazado, derecho vulnerado son las clasificaciones que activan las “alarmas” que darán lugar a la intervención. En segundo lugar, poseer la cédula de identidad es uno de los indicadores sobre el derecho a la identidad y no tenerla activa las alertas del sistema, y como fue dicho, este documento vertebra la inclusión de los individuos en las bases y redes de datos construidas y de ahí la insistencia que recae sobre este punto. En tercer lugar, la participación de los directores de los servicios demuestra la utilidad de estos sistemas para la gestión de los mismos, y “el doble juego de legitimaciones entre los saberes sobre la sociedad y las prácticas estatales” (Neiburg y Plotkin, 2004: 20)

El Artículo 7 de la Convención de los Derechos del Niño establece que:

“El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.”

La reingeniería institucional a cargo de INFAMILIA permite articular estratégicamente a la Dirección General del Registro de Estado Civil y a la Dirección Nacional de Identificación Civil. En Uruguay está previsto que todo niño tenga asignado un número de cédula de identidad en el momento de su nacimiento. Con la asignación de la cédula de identidad no sólo se estaría garantizando el “derecho a la identidad”, sino que también se genera el instrumento que dará unidad a distintos sistemas de información y facilitará la gestión y administración institucional (individualización de usuarios y sus trayectorias, seguimiento poblacional, control de recursos), tanto a nivel de INAU como de otras instituciones prestadoras de servicios (MIDES, BPS, MSP). Sobre el conjunto de bases de información de las

distintas instituciones prestadoras de servicios sociales, se propone la construcción de un registro único de beneficiarios, lo que a su vez, posibilita el control de los recursos asignados y un seguimiento de la población asistida. A tales efectos se está construyendo un Sistema Integrado de Información del Área Social (SIIAS)²⁴⁰:

“el sistema manejará datos de personas y de prestaciones, los cuales se consolidarán a través de conexiones automáticas a las bases de datos de los organismos `proveedores´.”²⁴¹

El proyecto es financiado por el Banco Mundial, dando cuenta del apoyo y respaldo que encuentra este tipo de iniciativas en determinados organismos internacionales, preocupados por el combate a la pobreza manteniendo el equilibrio en las cuentas públicas y jerarquizando la eficiencia del gasto público social.

²⁴⁰ En el documento “Cuatro años de Políticas Sociales” , bajo el título “Procesos de construcción de ciudadanía” se afirma que: “Desde que el individuo nace tiene derecho a un nombre, a una nacionalidad, a saber quién es su familia y a pertenecer a una comunidad. Su historia, su pasado y su presente hacen que sea una persona única e irrepetible. Todo ello es la identidad. A partir de la experiencia acumulada durante todo el proceso de implementación y ejecución del PANES, **surge la imperiosa necesidad de crear un programa que garantice a las personas el cumplimiento del principal y más básico de sus derechos, el derecho a la identidad.** Este Programa se crea en 2005 y es desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social en coordinación con la Dirección Nacional de Identificación Civil, la Oficina de Registro Civil, los Juzgados de Paz del Interior del país, el programa INFAMILIA, instituciones educativas locales y el apoyo de UNICEF. Su objetivo principal es asegurar **que todas las personas tengan como punto de partida su documento de identidad, reconocido por el Estado y por la sociedad en general, el que les garantiza acceder al ejercicio de sus derechos:** inscribirse en centros educativos, atender su salud, trabajar, beneficiarse de la protección social y hacer todo tipo de trámites”. En el mismo documento, se describe el denominado “Sistema Integrado de Información del Área Social (SIIAS). Este proyecto es llevado adelante en forma coordinada por el MIDES, el MSP y el BPS (...) El objetivo general del SIIAS es contar con un sistema informático, que integre y permita **compartir información de personas, programas sociales y beneficios otorgados por el sistema de protección social del Estado** de una forma completa y uniforme. El sistema deberá proporcionar, por un lado, información de tipo operativa referida a ciudadanos individuales, grupos de ciudadanos (p.ej. grupo familiar), y su relación con programas y prestaciones sociales, y por otro lado, información de indicadores y estadísticas, que se utilizará entre otros usos, para la evaluación y planificación de los diferentes planes, programas y políticas sociales” y tomará la cédula de identidad como la referencia para el registro y las consultas relativas a individuos (datos personales, prestaciones sociales que recibe, registros históricos, etc.).

²⁴¹ Extraído de:
http://www.mef.gub.uy/documentos/concursos/SIIAS_TDR_v1.0_Resumen_01.pdf.
Consulta: 16/07/08

“ (...) vamos a tener un registro único de beneficiarios, donde entro esta cédula y me da si está conectado a UTE, a OSE²⁴², si cobra asignación, si cobra pensión a la vejez, si trabaja, si no trabaja (...) Pensamos que el año que viene vamos a estar todos en red, vamos a estar todos con el mismo sistema de ingreso, el único número generador va a ser la cédula.” (Entrevista informante calificado. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo - MIDES)²⁴³

“Para romper la fragmentación de las políticas vos tenés que romper la fragmentación de la información (...) Entonces si nosotros logramos cambiar, en términos de sistema de información, la unidad de análisis e ir a la familia y ver en una familia qué le está llegando, entonces podemos generar una discusión en los espacios de coordinación. Ahora BPS tiene una base, el MSP otra, la ANEP más o menos, nosotros tenemos la base del PANES. **Estamos generando un sistema de información común que lo podamos usar todos con los resguardos propios del derecho a la intimidad de la persona.** A mi no me interesa que me pase la historia clínica de la persona pero sí si está concurriendo al servicio de salud, **si se hizo un control de salud para chequear por contrapartidas**, pero no me interesa si se hizo un aborto.” (Entrevista informante calificado. Programa INFAMILIA)

“**La idea es esa (que la información pueda cruzarse con las bases de datos de otros organismos públicos)**, las famosas interfases, pero el primer sistema de niños es el nuestro, y creo que se está utilizando como modelo para que en otros servicios hayan datos

²⁴² UTE y OSE son los entes públicos responsables de los servicios de energía eléctrica y agua potable respectivamente.

²⁴³ En entrevista realizada a un integrante de la Dirección de Evaluación y Monitoreo del MIDES, publicada en el diario La República (15/11/06) se aclara que “la idea no es hacer un clearing de pobres, sino saber quiénes son los beneficiarios y qué cosas reciben”.

similares para poder interactuar. Eso lo va a evaluar el Sistema Nacional de Infancia, que unificará todos los sistemas. **Por eso la idea era utilizar la cédula de identidad, un número único y todos interactuar con un mismo número.**” (Entrevista informante calificado. SIPI)

El SIPI registra la información correspondiente a la totalidad de la población atendida en los servicios del INAU en tiempo completo o parcial, ya sea directamente por la institución o por otras a través de su política de convenios. La reingeniería del sistema también permitirá registrar la demanda y no sólo la respuesta institucional: desde el momento en que una familia, por ejemplo, realiza una solicitud determinada, el sistema comienza a operar.

“Eso también nos va a dar como posibilidades de ver todas aquellas demandas que se hacen a la institución, a las cuales no hemos podido dar respuesta.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

Asimismo el nuevo sistema prevé el registro de información de las instituciones prestadoras de servicios ya sea a nivel del propio INAU como de aquellas en convenio con el Instituto, y controlar algunos aspectos vinculados a los acuerdos de cogestión:

“Otra de las cosas es respecto a los proyectos, hoy tenemos el nombre del proyecto, dirección, cuál es el perfil, y los objetivos generales. Ahora vamos a tener la entidad (de quién depende ese proyecto), los datos de sus representantes legales. Vamos a tener asociadas a esas entidades las cantidades de proyectos (todas en convenio o no con INAU). **Vamos a tener toda la parte de recursos materiales y recursos humanos que tiene el proyecto, y la categoría de esos recursos (voluntarios, contratados, cantidad de horas). En el caso de los convenios por cuánto es el convenio,**

si el cupo está cubierto o no, si pueden entrar más niños, y otra de las cosas en que se fortaleció el sistema es en todo lo que tiene que ver con violencia.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

“A nosotros nos importaba mucho también que este sistema esté desligado del cobro de las ONGS porque se paga por niño, nosotros tratamos de desligar eso, la función del sistema es otra. Hemos ganado en los procedimientos que hemos fijado, **ahora no se puede mentir en cuanto a la cantidad de niños atendidos”** (Entrevista informante calificado - SIPI)

Nuevamente surge la eficiencia como vertebrador del conjunto de innovaciones tecnológicas.

También la Convención establece en sus artículos 8 y 16 respectivamente que:

“Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.” (Art. 8).

“1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.” (Art. 16)

Se reconoce en las entrevistas que en Uruguay existe cierto vacío legal en la protección de datos personales, sobre el cual se estaría trabajando. Mientras tanto, los responsables de la reingeniería del sistema insisten en que los riesgos de vulnerar los derechos aquí establecidos se

conjurarían mediante la seguridad que provee el propio sistema, además de la normativa aprobada sobre el uso de la información registrada.:

“Este sistema lo que tiene también es la seguridad: hay muchos datos confidenciales, está asegurada en el sentido del ingreso, no toda persona va a poder ingresar a todos los datos de ese niño (...) el acceso al sistema va a ser por clave, y cada uno va a tener acceso a lo que autorice su Director. Nosotros somos los administradores del sistema.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

El sistema habilita el acceso a la información registrada a partir de un sistema de claves de usuario de modo tal de evitar el acceso a los módulos donde figuran los aspectos más “íntimos” del niño o adolescente vinculados a problemáticas tales como el abuso sexual, la violencia doméstica o ciertas particularidades de su historia familiar.

“Desde un cyber y con tu clave vas a poder entrar y conocer aspectos importantes para la intervención, sin injerencias ilícitas (...) las claves las autoriza el SIPI (...) los cargos de dirección sí pueden acceder.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

Al igual que en el panóptico de Bentham analizado por Foucault, en las nuevas formas de vigilancia poblacional quien vigila no es visto, pero ahora esta característica se vuelve radical. En el panóptico la condición para la vigilancia era el confinamiento de los vigilados mientras que en este “nuevo panóptico” tal condición deja de ser necesaria.

Se espera que la información gane en calidad en la medida en que los propios servicios son los que registran los datos, al tiempo que pueden acceder a la misma, monitorear las situaciones con las que se encuentran trabajando y apropiarse del sistema como herramienta para la gestión. De

este modo también se espera impactar sobre las posibles resistencias de los operadores en campo, que son quienes, en definitiva, tienen que apropiarse del sistema suministrando la información solicitada, y sobre todo esperada. El sistema establece prescriptivamente el registro de ciertos datos, pero también se alimenta del ingreso de información sobre el niño y su familia que los operadores clínico – asistenciales obtienen de sus intervenciones profesionales. El instrumento no puede prescindir de la práctica profesional de los operadores clínico – asistenciales, es decir, de la información y conocimiento que proviene de los espacios de interacción cara a cara con los “controlados”.

“(…) puede haber resistencias, pero cuando ellos mismos puedan interactuar con la máquina, y vean que es útil, que pueden actualizar información, que pueden entrar desde su casa, creo que esas resistencias se van a ir eliminando, es un proceso.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

“(…) el hecho de que una de las garantías es la seguridad, y que la responsabilidad va a ser de cada uno a quién se le da acceso para ingresar la información, eso da tranquilidad (…) el sistema tiene muchísimas fortalezas para la gestión, y el seguimiento de cada niño.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

Los siguientes tramos de entrevistas ilustran sobre el tipo de información a registrar tomando como unidad al niño o adolescente:

“(…) lo otro que va a tener es el seguimiento del debido proceso con respecto a los chicos infractores, por ejemplo, si un niño tiene una sentencia, cuánto se demoró, si el niño sale en ese tiempo que terminó la sentencia. Se pone cuál es el abogado defensor, cuál es la fiscalía actuante. Todo ese tipo de cosas se colocan para dar garantías a los jóvenes infractores y el seguimiento. Eso es muy

importante, el chico estaba atendido en el INTERJ²⁴⁴, si entraba y salía, se fugaba, egresó. Vamos a tener la cantidad de solicitudes de licencia que se le piden al juez, si el juez las da o no las da, etc.”

“(…) Desde el momento de la denuncia ante INAU de la violencia, lo que hoy llamaríamos la Línea Azul, hasta si se convalidó o no esa violencia. En el caso que ese niño haya entrado a la institución, todo el seguimiento con datos del agresor. Eso es nuevo, hoy por ejemplo nosotros sacamos los chicos con problemas de violencia por la causal de ingreso, o por los lugares donde están. Esto lo que nos va a dar es la facilidad de que sabemos que es una realidad que no todos los chicos que están siendo atendidos por problemas de maltrato son los maltratados.”

“Grupo de convivencia entendemos como la familia ampliada, la familia es la familia biológica, grupo de convivencia es con quién vive el niño. Se han incorporado muchísimos datos. De los datos de salud, controles médicos, independientemente de la edad, de acuerdo a los requerimientos para cada etapa de la vida. Está el peso y la talla, también los controles odontológicos, el desarrollo psicomotor. También tenemos todo lo que tiene que ver con los tratamientos o intervenciones tanto sean para diagnósticos psicológicos, psiquiátrico, social, igual que los tratamientos, con la diferencia que tenemos fecha de inicio y de fin.”

“Va a haber datos requeridos según los perfiles. A los servicios que trabajan con niños en situación de calle se les va a exigir datos específicos, por ejemplo (…) Otra de las cosas nuevas, tiene que ver con el relevamiento de los niños de calle, nosotros tenemos esa posibilidad de observación de calle. Allí no identificamos al niño

²⁴⁴ Instituto de rehabilitación de adolescentes infractores de la ley penal perteneciente al INAU.

sino las edades, los horarios, y más o menos qué es lo que estaban haciendo.”

“Apoyos económicos también es algo nuevo que no teníamos, la fecha, si recibe pensión por discapacidad, pensión alimenticia, asignación familiar, organismos que realizan los aportes. Esto es para tener la información de los niños nuestros, lo que es asignación familiar va a una cuenta bancaria, que cuando ellos egresan se les da, entonces está el número de cuenta bancaria.”

Asimismo, el sistema contiene una serie de alertas que se activan frente a la constatación de un derecho vulnerado o amenazado:

“el sistema cuenta con una estructura organizada en un formato similar al de los semáforos de modo que, cuando la información acusa cualquier situación de riesgo sobre un niño, niña o adolescente, se activará una luz amarilla y cuando se constate una situación de vulneración de derechos, se activará una luz roja que permitirá rápidamente –más allá de los pasos particulares que cada Centro realice- contar con elementos proporcionados por parte de los responsables de la Institución, que permitan realizar el seguimiento del caso.”²⁴⁵

“El sistema genera alertas cuando el niño no tiene controles médicos adecuados a su edad, por ejemplo (...) Las alarmas son advertencias, la idea es que sea una herramienta de utilidad para los proyectos, desde el propio proyecto hasta el directorio, y todos según sus niveles. **El proyecto va a trabajar con los datos más de base, y el Directorio con datos más macro. Yo me imagino un indicador, o un reporte viendo la falta de cédulas de identidad de los chicos.**

²⁴⁵ Nota publicada en la página web de Presidencia de la República, 27/11/09. Las expresiones corresponden a un miembro del Directorio del INAU. Disponible en: www.presidencia.gub.uy/web/noticias/2009/11.htm.

El proyecto va a tener acceso a sus niños, la división lo va a poder sacar de toda la división, o de un proyecto específico, de todo un perfil.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

El sistema habilita un doble monitoreo a nivel individual, por un lado, y a nivel poblacional, por otro: aporta datos sobre el conjunto poblacional, de interés para los agentes político – administrativos involucrados en la gestión, y también aporta datos “de base” útiles para la práctica de los operadores clínico – asistenciales.

“(…) lo podes ver desde los dos puntos de vista, tú con un sujeto de derecho, tú podes visualizar toda la información. Para lo que son datos estadísticos, también te sirve. El monitoreo de derechos si querés lo podes hacer por niño, o se lo podes hacer a toda la institución, o solamente a los niños de calle.” (Entrevista informante calificado - SIPI)

“Otra cosa que incluye y que pidieron los Directores, es que todo niño tenga su proyecto individual, eso va a estar también en el sistema, va a contar si ese niño cuenta con un proyecto realizado, y si ese proyecto fue evaluado (no vamos a contar cuál es el proyecto).” (Entrevista informante calificado - SIPI)

La reingeniería del SIPI y del conjunto de sistemas de información responde a los nuevos requerimientos de gestión de lo social bajo formas individualizadas de protección. En ese sentido, la actualización tecnológica del sistema vuelve posible una mirada detallada de las trayectorias individuales y familiares. No sólo el individuo queda inscripto en un campo documental sino también su familia y sus trayectorias a través de las instituciones asistenciales.

“Las estadísticas tradicionales se revelan ineptas para describir este nuevo universo social, más atomizado y más individualista, de

contornos más fluctuantes e inestables (...) Lo que hay que describir ya no son identidades colectivas sino trayectorias individuales.” (Rosanvallon, 1995: 200)

Una de las funciones que desempeñan los sistemas de información es justamente la posibilidad de reconstruir y dar seguimiento a las trayectorias individuales. Volvemos aquí a las clasificaciones pues los sistemas de información se estructuran a partir de este tipo de operaciones. Bourdieu (2001: 39) refiere a las categorías socioprofesionales utilizadas por el Instituto Nacional de Estadística y de Estudios Económicos francés, en tanto “belo exemplo de *conceptualização burocrática*”, al ser utilizadas por los sociólogos sin mediar reflexión alguna sobre su origen por tratarse de categorías comunes a la sociedad o comunes a la corporación.

Como fuera dicho, las clasificaciones prácticas se encuentran subordinadas a funciones prácticas y orientadas a la producción de efectos sociales (Bourdieu, 2001: 11), y es el Estado, a través de sus agentes especializados, el portador del poder de nominación legítima. Las innovaciones tecnológicas descriptas permiten la categorización de ciertas poblaciones a partir de operaciones de clasificación y se orientan al control de los comportamientos individuales. El poder de categorización del Estado convierte la nominación oficial en “identidad oficial” pulverizando la lucha de todos contra todos. Junto con la designación oficial aparecen/desaparecen ventajas simbólicas y materiales asociadas a ciertas categorías. La categorización tiene como una de sus funciones prácticas centrales la regulación del acceso a prestaciones sociales, y como principal efecto social derivado, la invisibilidad del carácter moral de las clasificaciones y el contenido moral de sus efectos prácticos. Las categorías construidas socialmente sirven para señalar a aquel que “rompe los límites del esquema clasificatorio (...) así surge el outsider que no comparte ni los medios ni las metas culturales establecidas” (Beriaín, 2005). Erikson (*Apud* Beriaín, 2005) afirma que

“el desviado es una persona cuyas actividades se han movido fuera de los márgenes del grupo, y cuando la comunidad le pide que justifique tal vagabundeo está pronunciándose sobre la naturaleza y el lugar de tales límites.”

Con la apoyatura de las nuevas tecnologías aplicadas a la gestión de lo social, se despliegan formas de vigilancia poblacional antes impensadas. Bauman (2001: 22) sostiene que las instituciones panópticas de vigilancia tienden a ser sustituidas por formas más flexibles y económicas. Las nuevas técnicas de poder desvinculan a “controladores” de “controlados” (2001: 47) y sirven tanto al gobierno de las poblaciones como al gobierno de las fragilidades individuales.

“Ahora estamos trabajando por ejemplo con el Plan Ceibal²⁴⁶, porque como **cada computadora es un niño que está identificado (...), también el Plan Ceibal está sirviendo para el contralor de la asistencia escolar**. Entonces se ha agregado una nueva posibilidad, no solamente la asistencia, el pasado de lista en la escuela, sino también de esta forma. Y con la salud también estamos haciéndolo a partir de los cruces de información con el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud. Entonces esto se va interrelacionando y vamos viendo.”²⁴⁷

El asesor en informática del Instituto Nacional de Alimentación, en diálogo con el cronista del informativo central de Canal 12 de televisión, se refiere al papel del Plan Ceibal en el control de las contraprestaciones exigidas a los beneficiarios del Plan de Equidad:

“Cronista: Mediante mensajes a cada familia se le podrá realizar

²⁴⁶ El Plan Ceibal (Conectividad Educativa de Informática Básica para el Aprendizaje en Línea) se trata de un programa educativo desarrollado en el ámbito de la educación primaria a nivel público a través del cual cada niño y cada docente recibe un computador para uso personal.

²⁴⁷ Entrevista al Sr. Ernesto Murro, Presidente del Directorio del Banco de Previsión Social, el 7/7/09 en Radio Uruguay.

recomendaciones sobre la forma en que están usando la tarjeta magnética que les dio el Plan para comprar en los almacenes.

“Entrevistado: Se aplica un programa informático que manda un mensaje a la computadora diciendo si el consumo, por ejemplo de harinas, ha sido demasiado y si les convendría comer más verdura.

C: Pero también servirá el sistema para informar a cada familia si no está cumpliendo con alguna contraprestación del Plan.

E: Nos va a permitir mandar mensajes personalizados a la familia sobre aquellos casos que falte, por ejemplo, que el chico se vacune o le falte un control pediátrico o que la madre no se haya hecho el control de embarazo que corresponde.”

Este tipo de vigilancia poblacional se instala de forma progresiva con apoyo del llamado “gobierno electrónico”²⁴⁸. Los esfuerzos en este sentido están siendo desarrollados a través de la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC). Se trata de un organismo dependiente de la Presidencia de la República instalado en la órbita de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP). Su objetivo consiste en “procurar la mejora de los servicios al ciudadano, utilizando las posibilidades que brindan las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones”²⁴⁹. La AGESIC nace en 2005 con la finalidad de (i) impulsar el avance de la sociedad de la información y del conocimiento promoviendo el uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones²⁵⁰ a nivel de las personas, las empresas y el gobierno, y (ii) planificar y coordinar proyectos en el área de Gobierno Electrónico, “como base para la transformación y una mayor transparencia del Estado”. Las iniciativas de gobierno

²⁴⁸ El gobierno electrónico es definido como “la capacidad de los Gobiernos para mejorar la eficacia y eficiencia de la Administración Pública, institucionalizando el uso de las herramientas TIC en procura de una mejora en los servicios brindados a cada uno de los ciudadanos”. Disponible en: <http://www.agesic.gub.uy/Sitio/descargas/JIAP-AGESIC-MdR.pdf>. Consulta: 28/11/2009

²⁴⁹ Disponible en: <http://www.agesic.gub.uy>. Consulta: 28/11/2009

²⁵⁰ “Las TIC han sido definidas como sistemas tecnológicos mediante los cuales se recibe, manipula y procesa información y que facilitan la comunicación entre dos o más interlocutores” (Yáñez y Villatoro, 2005: 7)

electrónico son promovidas y apoyadas desde organismos como la CEPAL que se ha ocupado de analizar el papel a desempeñar por las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el mejoramiento de la institucionalidad social y constitución de una autoridad social. Asimismo, se han realizado acuerdos internacionales donde los gobiernos de América Latina se han comprometido a “avanzar hacia la sociedad de la información, transformando a las nuevas TIC en instrumentos para reducir la pobreza.” (Yáñez y Villatorio, 2005: 14)

Se señala que, hasta el momento, el concepto de gobierno electrónico ha estado asociado, fundamentalmente, al desarrollo de sistemas de información financiero. En la gestión social, la incorporación de formas de gobierno electrónico permitiría al Estado y a otras instituciones el desarrollo de “sistemas en línea para el monitoreo y evaluación de programas y políticas públicas así como sistemas expertos para la toma de decisiones.” (Yáñez y Villatorio, 2005: 12)

El ejemplo arriba mencionado se enmarca en un proyecto²⁵¹ llevado adelante por el Instituto Nacional de Alimentación en conjunto con la AGESIC que prevé construir un sistema de consultas y seguimiento del uso de la Tarjeta Alimentaria utilizando las bondades ofrecidas por el Plan

²⁵¹ El proyecto de “Desarrollo de Sistema de Consulta de Consumos Alimentarios” se propone desarrollar un producto que permita cumplir con la finalidad de:

- Contribuir a difundir entre los beneficiarios de la TMCAPE (Tarjeta Magnética, Componente Alimentario del Plan de Equidad) **prácticas de consumo saludable.**
- **Concientizar sobre la adecuada utilización de los recursos alimentarios** que el Plan de Equidad (PDE) pone al alcance de las familias beneficiarias.
- Proveer a los beneficiarios de una plataforma al estilo de e-banking donde puedan acceder a la consulta de información sobre sus consumos y otros.
- **Auxiliar en el control de las contraprestaciones** a las autoridades de los Incisos involucrados en la ejecución del Plan de Equidad.
- Proveer a las instituciones que son parte del PDE de un **repositorio único integrador de todos los datos.**
- Integrar las distintas tecnologías disponibles y hacer uso intensivo de la plataforma de interoperabilidad, a fin de poner a disposición de los usuarios del Plan de Equidad toda la información de la manera que mejor se adapten a sus necesidades y recursos. Esto implica **el uso de los distintos canales de comunicación: celular, portal, tickets de almacén, entre otros.”**

Extraído de:

http://www.agesic.gub.uy/Sitio/proyectos_pdf/INDA_ObjEntregables.pdf.

Consulta: 12/12/2009

Ceibal²⁵². Son 85.0000 tarjetas alimentarias entregadas a familias en situación de “riesgo nutricional” y bajo el supuesto que todas ellas tienen niños beneficiarios del Plan CEIBAL, se pretende brindar información:

- A las familias: cuánto gasté y cuánto me queda, qué cosas compré y a qué precios.
- A los administradores del Plan de Equidad: cómo se están usando los recursos de la sociedad, apoyar el desarrollo de una cultura de alimentación saludable y evaluar el cumplimiento de pautas de salud y educación.

Nuevamente aparece aquí el funcionamiento bipolar de las formas de vigilancia poblacional, las que se acercan a la utopía, o ensoñación tecnocrática, diría Castel (1986), de ejercer un control y una prevención perfectos sobre las poblaciones y sobre los individuos.

A través de la computadora que cada niño posee se podrán enviar:

- Mensajes generales informando acerca de pautas de alimentación saludables.
- Mensajes personalizados sobre consumos realizados y propuestas sobre cambios en las pautas de alimentación.
- Mensajes personalizados sobre aspectos vinculados a la salud del niño y su familia (vacunas, controles obstétricos, etc.)²⁵³

Abordar la “intrínseca ambigüedad de la identidad”, entendida como el necesario ajuste entre “los deseos individuales a lo que el medio social diseñado y legalmente estructurado hacía `realista´”, ha sido típica de la modernidad. Esta estrategia ha sido en parte abandonada en la medida en que el “el grueso de la población es integrada en la sociedad en su papel de consumidores” y por ende “ese tipo de integración sólo puede mantenerse en tanto que los deseos excedan al nivel de su satisfacción real”. Sin

²⁵² Disponible en: http://www.agesic.gub.uy/Sitio/proyectos_pdf/INDA_ObjEntregables.pdf.
Consulta: 12/12/2009

²⁵³ Disponible en: <http://www.inda.gub.uy>. Consulta: 12/12/2009

embargo, tal estrategia se mantiene sólo para los “marginados”, los “nuevos pobres”, los “preceptores de prestaciones sociales” pues se trata de “personas que, por común acuerdo, son incapaces de gobernar el conflicto endémico entre sus deseos y sus capacidades” (Bauman, 2001: 80 – 83). Los dispositivos descritos son parte de una estrategia de vigilancia destinada a los “preceptores de prestaciones sociales” ante la necesidad de gobernar el conflicto descrito en palabras de Bauman.

Asimismo, estas estrategias de vigilancia suponen acciones que en un pasado reciente sólo podían realizarse en los espacios de relación cara a cara. En otras palabras, estas innovaciones tecnológicas permiten no sólo identificar algunas fragilidades individuales con prescindencia de la práctica de los operadores clínico – asistenciales, sino que también tienen la capacidad de desplegar “espacios virtuales” de intervención sobre las mismas.

En síntesis, la identificación de la población beneficiaria de los servicios de protección social mediante su incorporación en un registro documental permite (i) monitorear trayectorias individuales, al tiempo que posibilita la (ii) construcción de flujos de población, (iii) controlar la asignación de recursos evitando “abusos” por parte de los beneficiarios de las prestaciones, (iv) reorientar las prestaciones en función de las características del problema y /o la población a atender y (v) economizar los dispositivos de administración y gestión de la pobreza aprovechando los rendimientos de la informática y de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

5.3.4. Las profesiones asistenciales y la emergencia de nuevos agentes profesionales

Las formas que asume la protección focalizada producen efectos

sobre el papel de las profesiones asistenciales²⁵⁴: se construyen discursos que aparecen objetivados en modalidades e instrumentos de intervención que dan forma a nuevos dispositivos de gestión poblacional.

A partir de este esquema es que se analizan las demandas que se colocan a las profesiones asistenciales en la medida en que el proceso de individualización se acompaña de requerimientos de tecnificación. Asimismo, los discursos profesionales se resignifican como componentes simbólicos que pretenden sustituir el papel de las tradiciones, entendidas como narrativas ordenadoras a nivel social, frente a la pérdida de su eficacia simbólica, tal como fue señalado en el capítulo dos.

Siguiendo a Netto (1992), se entenderá por profesión toda “práctica institucionalizada, socialmente legitimada y legalmente sancionada e inserta en la división socio-técnica del trabajo”. Diniz (2001) propone una definición de profesión que sintetiza los acuerdos identificados en numerosos estudios, afirmando que siempre que estemos frente a “ocupaciones no manuales que requieren funcionalmente para su ejercicio de un alto nivel de educación formal probado mediante exámenes y confirmado por algún tipo de credencial” se está ante una profesión. Largo período de formación, escuelas profesionales, asociaciones, código de ética y un cuerpo de conocimiento abstracto y especializado serían criterios formales que permitirían distinguir una profesión de una ocupación cualquiera.

Por profesiones asistenciales se entenderá el conjunto de prácticas que, además de satisfacer los elementos contenidos en la definición dada, se caracterizan por operar en la atención institucionalizada a las expresiones de la cuestión social que son objeto de políticas públicas, inscribiendo su espacio ocupacional dentro del sector servicios sociales²⁵⁵.

²⁵⁴ A los efectos del análisis que aquí se presenta, se entiende por “profesiones asistenciales” aquellas que operan en la atención institucionalizada a las expresiones de la cuestión social que son objeto de políticas públicas implicando una relación directa con los usuarios de los servicios sociales.

²⁵⁵ Los servicios sociales son aquellos que se ocupan de la atención de demandas colectivas

Las profesiones asistenciales operan con “problemas sociales” en tanto expresiones de la cuestión social para las que se han construido respuestas sociopolíticas materializadas en estructuras institucionales prestadoras de servicios de protección social.

El conjunto de profesiones asistenciales se institucionaliza como profesión, no en función de su legitimidad en la división del trabajo científico sino como un ejercicio profesional dentro de la división sociotécnica del trabajo. La especificidad de las profesiones asistenciales no radica en su estatuto teórico sino en su institucionalización como actividad determinada en la división social y técnica del trabajo²⁵⁶. Las profesiones asistenciales son entendidas como formas de intervención en la vida social que tienen una dimensión de trabajo intelectual y técnica, o como afirma Freidson (1978) para la medicina, estamos frente a profesiones regidas por una mentalidad clínica -que reúne en su ejercicio la producción de conocimiento y la intervención siendo ésta su característica definitoria- y una mentalidad académica - cuyo interés central es la producción de conocimiento, es decir, la producción de problemas de investigación-. Para la reproducción del cuerpo de saber teórico y saber “hacer” de las profesiones es necesaria la división del trabajo al interior de sus cuadros profesionales.

El énfasis en el “cómo hacer”, denominado como “metodologismo”, es una característica esencial de este tipo de actividad profesional. En otros términos, Freidson (1978) se refiere a esta particularidad al analizar la mentalidad clínica derivada del carácter práctico e interventivo vinculado al tipo de demanda sociohistórica que se les coloca: manipular variables empíricas.

de reproducción social (Sarachu, 1999).

²⁵⁶ Netto (1992) afirma que procurar el estatuto científico en la producción de conocimiento del servicio social, por ejemplo, no significa entender al servicio social como ciencia, y hacemos extensiva tal afirmación para el conjunto de las profesiones asistenciales.

Su espacio ocupacional por excelencia está configurado por el abanico de instituciones que viabilizan la intervención sociopolítica del Estado, en el sentido amplio que le atribuyó Gramsci. Este conjunto de profesiones inscribe su ejercicio en el ámbito de la reproducción social vehiculizando contenidos simbólicos y materiales en el marco de políticas y programas con componentes “promocionales”, “educativos” y “asistenciales”. El ámbito de la reproducción social es entendido “en el sentido amplio de la recreación del reconocimiento de las pautas básicas que orientan la vida social y de la consecuente continuidad elemental de las prácticas sociales; pero también en lo que atañe, específicamente, a la reproducción de la vida y de la fuerza de trabajo.” (Grassi, 2003: 25)

Por lo tanto, se entiende por “reproducción social” un ámbito de recreación de elementos simbólicos y materiales tendente a mantener lo dado, a garantizar permanencias y continuidades. Los requerimientos de reproducción social atraviesan al conjunto de la sociedad, siendo dispositivos particulares los que se construyen en función de diferencias de clase transportando contenidos específicos, tal como fue analizado por Donzelot (1986) en “A policia das familias”.

Las alteraciones producidas en los dispositivos de intervención sociopolítica son fuente de nuevas demandas hacia la práctica de las profesiones asistenciales que se suman y/o reestructuran las demandas ya tradicionales. Estas demandas deben ser respondidas con nuevas estrategias dadas las alteraciones institucionales y tecnológicas en los nuevos dispositivos de gestión poblacional, caracterizadas por la reducción del gasto social, la focalización, la privatización y descentralización de las prestaciones, la informatización de la asistencia, el financiamiento a término, la jerarquización de la eficiencia como criterio orientador, etc.

Del mismo modo, las transformaciones ocurridas en el mundo del trabajo afectan las condiciones de reproducción social de amplios sectores poblacionales e impactan sobre el esquema de protección social, con lo que también se alteran las demandas colocadas a las profesiones asistenciales.

Es posible afirmar que, como consecuencia de estas transformaciones, se amplía el campo ocupacional para los profesionales de la asistencia, al tiempo que se precarizan las condiciones de trabajo junto con la precarización de los servicios asistenciales. Se produce un proceso por el cual se amplía el campo ocupacional precarizado y se minimiza aquel campo tradicional vinculado al núcleo institucional estatal mediante la tercerización del profesional.

La emergencia de nuevos agentes profesionales en el campo de la atención a la primera infancia es expresión de la ampliación del espacio ocupacional de las profesiones asistenciales.

Concretamente se observa que el Plan CAIF en sus 20 años de trayectoria ha mantenido una tendencia de creciente profesionalización de sus servicios que representa la búsqueda de respuestas a problemas sociales complejos en el saber experto. En 1997, la experiencia del Plan CAIF, que para ese momento contaba con casi 10 años de trayectoria, es evaluada por el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). Dicha evaluación coloca sobre la mesa un dato central a partir del cual se procesan “verdaderos cambios filosóficos.”²⁵⁷

“en relación al desarrollo de los niños/as, se demuestra la existencia de una serie de debilidades que el Plan presenta ya desde sus orígenes: no se observan cambios positivos en los niños que concurren a los Centros, sino que por el contrario, la tendencia era a aumentar la prevalencia de retraso en el desarrollo.”²⁵⁸

²⁵⁷ El rol del psicólogo en los Centros CAIF, 2009: 14

²⁵⁸ El rol del psicólogo en los Centros CAIF, 2009: 11. En el mismo documento se detallan “algunas debilidades del Plan CAIF según la evaluación realizada por el CLAEH en el año 1997:

Respecto a los equipos técnicos:

- El 80% de quienes cumplían actividades educativas con los niños, **carecían de formación específica**
- Existía una alta rotación de las Maestras(...) **Sólo la tercera parte tenía especialización en preescolares.**
- **El equipo era inadecuado en cantidad y calidad (...)**

Respecto a las actividades del centro CAIF

La respuesta institucional frente a estas dificultades consistió en profesionalizar los servicios, tecnificar la gestión a nivel central e incorporar/diseñar paquetes programáticos y lineamientos de acción orientadores y ordenadores de la práctica institucional. Se buscaba revertir el efecto negativo que el propio plan CAIF estaba “logrando” sobre el desarrollo de los niños impulsando acciones directas hacia la población infantil y sus familias. El saber experto es convocado para superar ese efecto indeseado e impactar positivamente en el desarrollo infantil.

“En estos momentos, el equipo de trabajo recomendado para un promedio de 60 niños/as está compuesto por una Maestra Coordinadora, dos Auxiliares Educadoras, una Cocinera y una Aseadora. No está prevista la presencia de Psicólogo, ni de Asistente Social, ni de Psicomotricista. Los resultados de la evaluación que realizara el CLAEH, entonces, motivaron la implementación de algunas acciones que buscaban revertir aquellas debilidades. Es así, que **se fortalece la Secretaría Ejecutiva con un conjunto de Técnicos Asesores (...), desde el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU) se crea la División Plan CAIF, lo que permite la incorporación de técnicos de distintas disciplinas para realizar la supervisión y el control del funcionamiento de los Centros. Todos los programas y proyectos de las diferentes áreas de acción se re –definen y/o elaboran,** desde una concepción que busca jerarquizar el papel de la familia como soporte para el desarrollo del niño y de la red social para su fortalecimiento, así como también, **haciendo hincapié en una intervención temprana que permitiera prevenir el daño y actuar**

-
- No había lineamientos claros a nivel general
 - EL 71% de los Centros no elaboraba un proyecto institucional (...)
 - **Las actividades estaban centradas exclusivamente en el niño/a.**

En relación con las familias

- **No existía un trabajo sistemático ni integrado** en la mayoría de los Centros
- El 52% de las familias no participaba en ningún tipo de actividad y el 47% decía participar en acondicionamiento del local, limpieza, etc.” (El rol del psicólogo en los Centros CAIF, 2009: 12)

sobre los factores protectores.²⁵⁹

Actualmente el equipo previsto para el funcionamiento de cada Centro está compuesto por Maestro especializado en Educación Inicial, Educadores, Psicomotricista, Psicólogo, Trabajador Social, Cocinera y Auxiliar de Limpieza.

La constatación de que en la primera infancia “los riesgos observados en la salud, que se reflejan fundamentalmente en problemas en el crecimiento y desarrollo, se traducen en bajos logros académicos en la edad escolar y en mayores probabilidades de deserción y rezago”²⁶⁰ se constituye en punto de partida para la adopción de nuevas medidas y estrategias de protección social dirigidas a este sector poblacional. La permanente referencia a los déficits esperables a partir de “riesgos observados en la salud” –es decir, en el crecimiento y el desarrollo- abona la emergencia de un campo permeable a la incorporación de agentes profesionales portadores de saberes específicos sobre el tema: los psicomotricistas. Con la incorporación de esta profesión, cuya inserción ocupacional se encuentra en el cruce de la educación y la salud, se introducen ciertas particularidades que caracterizarán parte de las transformaciones por las que ha atravesado el Plan CAIF. Contribuyeron a la inserción de este nuevo agente profesional, tanto los estudios de Terra y cols. – en los que básicamente se correlacionan problemas de pobreza, desnutrición y desarrollo psicomotor- como los más recientes productos del

²⁵⁹ El rol del psicólogo en los Centros CAIF, 2009: 12. En el mismo documento se detallan las “decisiones programáticas que toma el Plan CAIF a partir de la evaluación realizada por el CLAEH en el año 1997

- Se redefinen algunos aspectos del Programa de Educación Inicial buscando la mejora de la calidad educativa.

- (...) se ajusta el Programa Padres e Hijos (PPH)

- (...) se crea el Programa Para Amar y Cuidar la Vida (PACV)

- En 1998 se formula y comienza a implementar el Servicio de Orientación y Consulta.

- En 1998 también se elabora y comienza a implementarse el Programa «Un Lugar para Crecer y Aprender Jugando» para niños de 0 a 2 años y sus familias, el que luego se denominará como Programa de Estimulación Oportuna (PEO), hoy Experiencias Oportunas.

- En el año 2000 se formula el Proyecto «Padres y Madres en Sala», que comienza a implementarse a nivel nacional al año siguiente para niños de 2 y 3 años y sus familias” (El rol del psicólogo en los Centros CAIF, 2009: 14)

²⁶⁰ Modelo de atención a niños menores de 4 años y sus familias. Informe de difusión pública de resultados del año 2005 - MIDES – PIAFRS

Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP), centrados en la identificación de factores de riesgo y protección en el desarrollo psicomotor en la infancia temprana.

El psicomotricista se forma profesionalmente como una Tecnología Médica dentro de la estructura organizativa de la Facultad de Medicina. Este aspecto es central a la hora de comprender la adopción formalizada del enfoque de riesgo para el análisis de los problemas vinculados a la primera infancia. El enfoque de riesgo nace en el marco de estudios epidemiológicos, pretendiendo describir situaciones de ciertos grupos poblacionales, al tiempo que discriminar atributos conductuales y/o contextuales que, a nivel individual, permiten explicar la emergencia de la enfermedad. En la medida en que la epidemiología procura conocer para administrar e investigar para anticipar, su preocupación incluye un polo poblacional y otro individual. Es razonable esperar que tanto el funcionamiento bipolar como el campo semántico que estructuran el enfoque de riesgo, no resulten ajenos para una disciplina netamente situada en el área biomédica.

El programa “Un lugar para crecer y aprender jugando” es el que incorpora inicialmente la figura del psicomotricista en el Plan CAIF. Su intervención profesional se orienta a

“intervenir a través de un trabajo corporal con los niños y en las interacciones madre-hijo, promoviendo el desarrollo y fortaleciendo prácticas de crianza protectoras, así como también **en algunos casos atendiendo, situaciones de riesgo y retraso en el desarrollo.**”²⁶¹

De este modo, las acciones desarrolladas en el marco de este programa son básicamente de carácter preventivo. El grupo es la principal herramienta de trabajo y el “caso” se presenta como excepcionalidad que, una vez identificada, requiere la derivación a otras instituciones y

²⁶¹ El rol del psicólogo en los Centros CAIF, 2009: 17.

especialistas competentes.

En el espacio del grupo participa el niño menor de 2 años con un referente adulto que generalmente es su madre. Se trata de sesiones semanales en las que se desarrolla una instancia de juego, otra de reflexión y otra de merienda, cada una con un objetivo particular. Las sesiones son coordinadas por el psicomotricista con apoyo de un educador y de otros integrantes del equipo u otros profesionales según la temática a trabajar.

La instancia de reflexión se centra en las prácticas de crianza, las creencias y valores de los adultos referentes. Es uno de los espacios privilegiados para la transferencia de contenidos simbólico - normativos. Se argumenta que los adultos que participan en este tipo de experiencias logran (i) “mayor conciencia de sus acciones”, (ii) “mayor seguridad y el sentimiento de éxito en la tarea” que aporta, no sólo al desarrollo del niño sino también a “un desarrollo social más amplio”, (iii) “mayor autoestima en la medida en que se sienten protagonistas, que pueden controlar sus propias vidas”, (iv) “se refuerza la responsabilidad de la familia”, (v) darle “facultades a los padres (...) cambios en los conocimientos, actitudes, prácticas de crianza”²⁶²

La intencionalidad de los impactos a alcanzar con las acciones propuestas señalan que la individualización de lo social no significa un abandono de las pretensión de gobernar a aquellos sectores de población que tienen “dificultades” para definir sus propias normas de riesgo razonable. Para esta población, “perdedora de la reflexividad”, se proponen instancias que procuran revertir lo que se considera como déficits de socialización y, en cierto sentido, operan como “estructuras de información” (Lash, 1997), indispensables para la toma de decisiones en contextos de riesgo e incertidumbre.

La búsqueda por alcanzar tales impactos sobre la población sí da

²⁶² Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF (1998: 14).

cuenta de que la individualización social pasa por la creciente tendencia a responsabilizar a los individuos por sus situaciones de desventaja. Son sus actitudes, creencias, valores y comportamientos los que deben ser modificados atendiendo los requerimientos y las exigencias de la individualización en condiciones de modernidad tardía: individuos seguros, exitosos, capaces de controlar sus vidas y con facultades, conocimientos y destrezas “razonables” para orientar la toma de decisiones biográficas.

Por otro lado, se despliega un conjunto de instrumentos que permiten un diagnóstico poblacional sobre el desarrollo psicomotor del conjunto de niños atendidos, así como de sus referentes familiares en aquellas dimensiones del “clima familiar” que han asociado con los trastornos en el desarrollo y que ya fueran analizados (EEDP, SF 36, IPCG).

La incorporación de estos y otros instrumentos señalan un proceso creciente de tecnificación de la labor profesional que coloca nuevas demandas a los operadores clínico – asistenciales (Mitjavila, 1999), aspecto que será abordado a continuación, al analizar la división del trabajo técnico – profesional en el marco del dispositivo institucional que nos ocupa.

5.3.5. La división del trabajo técnico – profesional a partir de las exigencias colocadas por los dispositivos de gestión de los riesgos sociales

Las características de los nuevos dispositivos de gestión poblacional reconfiguran algunos aspectos de la práctica de las profesiones asistenciales. Grassi (2003) define ciertos rasgos que ayudan a distinguir el carácter asistencialista de las políticas de asistencia: (i) institucionalización de la desigualdad de partida como carencia del sujeto particular, (ii) la acción asistencial como acto moral de un actor individualizable, (iii) la definición de las necesidades y la consideración del sujeto en relación al cual se definen las mismas y se establecen las prioridades de la política. Estos

rasgos tienen un impacto directo sobre las demandas que se colocan a la práctica de las profesiones asistenciales que sólo puede ser comprendido en el marco de los procesos de división del trabajo técnico - profesional al interior del dispositivo en cuestión.

Las transformaciones institucionales y tecnológicas de los dispositivos de protección social, traen consigo un conjunto de demandas que, en caso de algunas disciplinas como la psicología y la psicomotricidad, significan la reconfiguración de sus espacios tradicionales de intervención.

El trabajo en la comunidad, con la familia en el entorno íntimo del hogar, en espacios de promoción de estilos saludables de vida, etc, no resulta extraño para los trabajadores sociales, pues su quehacer profesional ha estado históricamente vinculado a estos espacios y estrategias de intervención. Este profesional, incluso ha jugado un papel privilegiado en la selección e identificación de población en condiciones de acceder a distintas prestaciones sociales. Y ello también ha acompañado históricamente a la profesión que continúa desarrollando una función más o menos tecnificada de integrar/excluir a los individuos de ciertas esferas institucionales. La creciente tecnificación y burocratización de su quehacer profesional se orienta bajo nuevos principios de gestión político – administrativa que contradice las formas de organización de la racionalidad clínica. Se acumulan fichas, registros, planillas con información requerida por agentes que operan con otra lógica que no aporta a la intervención asistencial, como sí lo hace la observación, la entrevista y la información registrada en los cuadernos de campo.

De algún modo, la tecnificación de los dispositivos minimiza la interferencia del factor humano en la toma de decisiones mediante la predefinición de factores de riesgo, por ejemplo, y el diseño de instrumentos técnicos sobre los que se apoya la intervención de los operadores clínico – asistenciales. Esto se observa fundamentalmente en la práctica profesional de los psicomotricistas y es atribuible a la mayor formalización que adquiere la noción de riesgo en el desarrollo psicomotor de la primera infancia.

La tendencia tecnificadora aparece como un esfuerzo, deliberado y necesario para las instancias de gobierno central del dispositivo, de minimizar el peso del “subjetivismo profesional”, ilustrable en los siguientes testimonios de operadores clínico – asistenciales:

“Riesgo social (...) no me gusta. **El riesgo encasilla a las familias.** A alguien se le ocurrió inventar tres o cuatro palabrejas que etiquetan a una familia. Pero bueno, el hecho es que hay familias en situación de vulnerabilidad. **Creo que el Plan no identifica qué quiere decir con familias en situación de riesgo social.** Está la etiqueta y adentro cada uno le pone lo que quiere.” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF).

“(...) creo que **el Plan lo que quiere es que se llegue cada vez más a los sectores más sumergidos.** Es verdad que hay sectores a los que no llegamos (...) ellos te plantean en la ficha de ingreso ciertos criterios, **pero nosotros tratamos de que sea medio integrado.** Que vengan familias con problemáticas importantes pero también hay que integrar, no podés tener a todos con problemas a pesar de que la base económica sea la misma. Mucha gente de la que viene acá no forma parte de la pobreza estructural, sino que es gente con determinado estudio o trayectoria de participación a nivel sindical que se empobrecieron y vinieron a vivir a la zona. Y eso en las reuniones de padres se nota. Nosotros tratamos de que sea integrado (...).” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF).

Estos testimonios también muestran la versatilidad del sistema como un todo que, en los hechos, sí otorga autonomía a algunos operadores; en este caso, los testimonios corresponden a trabajadoras sociales y dan cuenta de las resistencias de los operadores clínico – asistenciales frente a la pretensión de estandarizar ciertas prácticas. Asimismo, nuevamente surge de las entrevistas la tensión entre los criterios de eficiencia y eficacia percibida

por los propios operadores.

En cambio, el esfuerzo de los operadores político – administrativos se orienta a minimizar los espacios de “desgobierno” en estos aspectos de la gestión siendo la eficiencia una preocupación central. Las respuestas ensayadas apuntan a tecnificar el dispositivo:

“El Plan habla de familias en situación de pobreza y hay indicadores que no hemos trabajado bien en nuestros instrumentos (...). A título personal te diría que, **si estamos bien focalizados por NBI o línea de pobreza, es porque los Centros han sabido seleccionar bien. Pero los criterios no están bien trabajados**: uno tiene claro que el Plan se dirige a las familias pobres pero no todos los Centros están instalados en zonas donde viven niños pobres, o sea, están instalados en zonas con prevalencia de pobreza pero donde también hay gente que no es tan pobre.” (Entrevista a informante calificado - Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF)

“Los factores de riesgo y los factores de protección, si uno sabe cómo los mira, **te permite en forma rápida tomar decisiones**. Pienso que son instrumentos valiosos: a nivel macro, a nivel del Plan CAIF, son fundamentales, porque **te permite tener una idea de lo que está pasando y un perfil para ver cómo reorientar la política de acción (...)**.” (Entrevista a informante calificado - Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF)

Más allá de los impactos diferenciales que estos dispositivos han significado al interior de cada campo disciplinar, importa comprender cómo el conjunto de transformaciones institucionales y tecnológicas de la protección social ha contribuido a transformar las distintas racionalidades de los agentes técnico – profesionales según el lugar ocupado en la división del trabajo. Operadores clínico – asistenciales cuyas prácticas se ven crecientemente “invadidas” por una racionalidad burocrático -

administrativa y que los convoca con una retórica que resalta la importancia de la evaluación, de la eficiencia y la eficacia, del cuidado de los recursos públicos, etc. Asimismo, gran parte de los agentes político - administrativos también son portadores de una mentalidad clínica heredada de su formación y experiencia profesional.

Una de las transformaciones que se avizora como trascendente está dada por la posibilidad tecnológica de implementar formas de vigilancia poblacional con prescindencia de la actividad práctica de los operadores clínico – asistenciales, al menos en el desarrollo de algunas acciones. Esta posibilidad, difícil de observar aún en el Plan CAIF, ha sido ilustrada al analizar cómo será utilizado el plan CEIBAL y el SIPI en la identificación de situaciones de riesgo en el estado nutricional, en el primer caso, y en el sistema de alertas ante la vulneración o amenaza de derechos en el segundo ejemplo. Pero además de identificar situaciones de riesgo, es posible controlar virtualmente el cumplimiento de las contrapartidas exigidas a la población beneficiaria y ofrecer recomendaciones sobre los comportamientos deseables. Hasta el momento, cualquiera de estas tres funcionalidades sólo podían ser pensadas con la mediación de la práctica de los operadores clínico – asistenciales. De todos modos, el sistema funciona si la información es registrada, y siguen siendo los agentes clínico – asistenciales los responsables de “cargar” los datos.

Se observa la incorporación de ciertas tendencias que impactan sobre la racionalidad de los operadores profesionales, a saber:

A) Tecnificación/instrumentalización. Irrupción de la racionalidad formal como garante de los procesos de focalización y de control de los resultados de las intervenciones. La consecuencia inmediata es la creciente tecnificación y burocratización de las prácticas profesionales en campo, a partir de los requerimientos de información desde los espacios centralizados. La siguiente tabla²⁶³ permite ilustrar algunos de los

²⁶³ Extraído de: Equipos de trabajo: perfiles técnicos requeridos para el ingreso a los Centros CAIF. Instituto de la Niñez y la Adolescencia – Secretaría Ejecutiva del Plan

requerimientos de gestión que recaen sobre la práctica de los operadores clínico - asistenciales:

Proyecto Institucional	Equipo del Centro
Proyecto Pedagógico	Maestro – Equipo pedagógico
Registro de asistencia a los programas de Educación Inicial y Estimulación Oportuna	Equipo pedagógico , psicomotricista
Planillas de planificación diaria	Maestros y educadores
Planilla de planificación de talleres con horarios y días	Técnicos según taller
Planilla de registro de las actividades desarrolladas en el mes	Psicólogo, trabajador social, psicomotricista
Planilla de registro de actividades en domicilio	Psicólogo, trabajador social, psicomotricista, maestro
Productos elaborados en los talleres del año en curso (librillos, cartillas, cuadernillos)	Psicomotricista, maestro
Registro asistencia al control de salud según normas MSP del niño en cada grupo	Maestro, equipo pedagógico, psicomotricista
Registro de vigencia del carné de vacunas	Maestro, psicomotricista
Registro de peso y talla	Maestro, psicomotricista
Planilla con nómina de niños por grupo, con los horarios de entrada y salida y Número de Cédula de Identidad	Maestro, trabajador social, psicomotricista
Legajo de cada niño organizados por grupo, el que contiene entre otras cosas: registro individual del peso y talla y resultados de evaluaciones del desarrollo, entrevistas	Psicólogo, trabajador social, psicomotricista, maestro
Planillas de observación del desarrollo por grupo y por niño	Maestro

Los trabajadores sociales son, asimismo, responsables de la inscripción de los niños y sus familias en el Sistema de Información para la Infancia (SIPI).

En muchos casos, la especificidad de la información exigida por los espacios centrales de gobierno burocrático – administrativo del dispositivo responde a una racionalidad distinta a la requerida por los espacios de

gobierno cara a cara. Este es un primer nudo identificado en el que la división del trabajo técnico – profesional se presenta de modo potencialmente conflictivo, el cual queda expresado en el siguiente testimonio que, a su vez, da cuenta de las resistencias de los agentes clínico – asistenciales frente al embate de la racionalidad burocrática – administrativa:

“Hay una cuestión de **imposición de fichas que inhabilitan en horas a hacer otras cosas con la familia que llevan un montón de tiempo** y no tienen claro (los equipos de trabajo en campo) que eso después se use, que tenga algún valor. **Son horas y horas de llenados de planilla y lo que precisa la gente, lo que exige diariamente son respuestas.** Y vos encima a la escasez de respuestas, por esa dimensión inmaterial, le restas para llenar planillas, para medirle al chiquilín, para pesarlo, hay una sobrediagnóstico sobre una población que basta, basta. **No necesito medirlo para saber que está desnutrido, tengo que darle una respuesta (...) una lógica retecnocrática donde lo que importa es poder presentar un cuadro completo con cuestiones cuantitativas (...)** Hicieron todos unos indicadores, coeficientes, de la participación social en las comunidades. El coeficiente divide de acuerdo a la guía de recursos que hicieron los SOCAT²⁶⁴, la cantidad de organizaciones, el promedio que participan en las mesas de coordinación zonal, la asiduidad de esa participación, **y les da una cosa medio, bajo y alto que no se corresponde en nada con la realidad.**” (Entrevista a informante calificado – Programa INFAMILIA)

El entrevistado también coloca claramente el embate de la eficiencia contra la eficacia como criterios organizadores de las prácticas, otro de los

²⁶⁴ Servicio de Orientación, consulta y articulación territorial. Se trata de un componente del Programa INFAMILIA que opera en las comunidades brindando información sobre los servicios existentes en el territorio y desarrolla acciones de coordinación interinstitucional.

frentes donde las distintas racionalidades de los agentes profesionales se pone en juego. De algún modo, la mentalidad clínica que orienta la práctica de los operadores clínico – asistenciales se ve desafiada por la necesidad de dar respuestas acordes a la magnitud y complejidad de los problemas que se le presentan, y ven, en la irrupción de las exigencias de gestión, no sólo un obstáculo al desarrollo de su quehacer profesional, sino una falta de correspondencia entre la realidad y la racionalidad burocrático – administrativa y sus instrumentos de gestión.

Producto de la burocratización de las tareas cotidianas es el aumento de la alienación de las prácticas profesionales en sus dos niveles: objetivismo/“eficiencismo”, a nivel de las instancias centralizadas, y practicismo/voluntarismo, a nivel de la provisión directa de los servicios sociales. Alienación que es vivida como falta de sentido de las acciones profesionales, y que requiere ser “combatida”, con mayor o menor éxito, a través de la construcción/apropiación de discursos legitimadores de tales prácticas²⁶⁵. La instrumentalización, la tecnificación y la burocratización de las prácticas profesionales refuerzan esta tendencia a la alienación que se acompaña de una reducción cada vez mayor del margen de relativa autonomía del operador clínico –asistencial. Ello no conduce al “fin de la clínica”, tal como fue analizado en el capítulo cuatro, sino que acentúa las divergencias y potenciales conflictos entre dos racionalidades apoyadas en el proceso de división del trabajo técnico – profesional.

Con la tecnificación y burocratización de las prácticas profesionales se promueve cierta estandarización de las mismas y la subordinación de la racionalidad clínica frente a la gerencial. Las atribuciones y competencias profesionales aparecen cada vez más estandarizadas y delimitadas a partir del uso de instrumentos diseñados centralmente. Hay una subordinación

²⁶⁵ Dubet (2002: 49) refiere a estas construcciones como “ficciones necesarias”, en las que los actores no creen verdaderamente, pero a las que no pueden renunciar sin que su trabajo se vacíe de sentido: “No son ideologías ni convicciones morales, y sí encuadres cognitivos y morales indispensables para el desarrollo del proyecto de socialización”. Señala que los agentes profesionales que se desempeñan en lo que denomina programa institucional (desarrollado en el capítulo primero), necesitan apoyar su quehacer en un stock de discursos y creencias que les permita construir una representación coherente y unificada de su acción.

más acentuada del operador clínico – asistencial en función de las instancias burocrático - administrativas, que ganan mayor centralidad en los nuevos dispositivos de gobierno poblacional. Asimismo, es posible reconocer diversas estrategias desplegadas por los operadores clínico – asistenciales que expresan formas de resistencia frente al embate de la racionalidad burocrática – administrativa. Varios testimonios dan cuenta de algunas de estas estrategias: los operadores jerarquizan sus propios instrumentos de registro de información frente a aquellos exigidos para la gestión global del dispositivo; algunos agentes logran aprovechar la versatilidad del dispositivo, sobre todo, en aspectos que no han sido suficientemente discutidos y formalizados, tales como los indicadores de riesgo social.

B) La creciente tecnificación de los dispositivos de protección social acentúa el carácter potencialmente conflictivo de la convivencia entre una racionalidad tecnoburocrática y una racionalidad clínica. La subordinación de esta última a la primera es más visible cuanto más tecnificados son los dispositivos de gobierno poblacional.

Las distintas racionalidades de los agentes profesionales permiten comprender las formas particulares que una y otra tienen de codificar, por ejemplo, qué se entiende por población en situación de riesgo. Mientras que para los operadores clínico – asistenciales, la noción de riesgo se vincula al universo de problemas sociales que afectan a un individuo o a una familia, para los operadores político – administrativos la noción de riesgo refiere a una mirada orientada por la formalización de los riesgos. En este aspecto, las observaciones realizadas se aproximan a los resultados del estudio de Mitjavila (1999) sobre la gestión de los riesgos sanitarios en el área materno – infantil: en los espacios de interacción cara a cara la idea de riesgo se torna equivalente a la de peligro, cumpliendo una función particularmente adjetivadora en la orientación de las prácticas profesionales.

“Riesgo social es todo (...) El otro día anoté en lista de espera todas situaciones de riesgo: un bajo peso, una tenencia que la tenía el padre, una madre psiquiátrica, un egreso de INAU en situación de

calle que necesitaba ingresar a los niños (...).” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF)

“El riesgo social se puede medir desde todo punto de vista. Un bajo peso, una problemática familiar de violencia, bajos ingresos del núcleo familiar.” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF)

Por otro lado, los operadores político – administrativos construyen una mirada formalizada sobre las situaciones consideradas de riesgo. El riesgo se configura técnicamente como la probabilidad de ocurrencia de un evento indeseable. Esta observación realizada por Mitjavila (1999) se vuelve pertinente en el caso que nos ocupa. Sin embargo, es posible señalar un matiz no menor: los niveles de formalización alcanzados en la gestión de los riesgos sanitarios superan ampliamente a los encontrados en la gestión de los riesgos derivados de la situación de pobreza. No es casual que los niveles de abstracción y formalización mayores se encuentren contenidos en la gestión de los riesgos para el desarrollo psicomotor de la primera infancia²⁶⁶. Las profesiones médicas y paramédicas, con sus saberes provenientes de las ciencias naturales y con los instrumentos derivados de los estudios epidemiológicos, son los principales artífices de la formalización de la noción de riesgo. Valga como ilustración, además de los contenidos trabajados en el inicio de este capítulo, la siguiente referencia:

“Las variables psicosociales que asociaron significativamente con los trastornos en el desarrollo son las siguientes: promiscuidad, empleo materno en servicio doméstico, hacinamiento, discusiones violentas en el hogar, información distorsionada sobre el nacimiento, familias numerosas, depresión materna habitual, insatisfacción materna con autorrealizaciones, mala relación familiar, prácticas

²⁶⁶ “Las variables de riesgo-no riesgo no se sacan de debajo de la manga, leímos muchos trabajos, se hizo una investigación con entrevistas donde estabas casi tres horas en cada casa. ¿Y cómo se trataron los datos? Se hizo un cálculo de prevalencias, porcentajes, se hizo una matriz de correlación y se utilizó la regresión multivariada” (Entrevista a informante calificado - Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF).

punitivas frente a la desobediencia del hijo, prácticas machistas de crianza, imagen negativa del padre en el discurso materno, primaria incompleta de la madre.”²⁶⁷

Mitjavila (1999) señala que las formas que tiende a asumir la noción de riesgo en el espacio clínico - asistencial se corresponden con abordajes interpretativos de carácter macroscópico o analítico en el que “todo tiene que ver con todo” y las situaciones siempre son referenciadas, en gran medida, al medio familiar o social más amplio. Pensar el riesgo como peligro es participar de una interpretación macroscópica sobre los problemas de los individuos y las familias:

“Por familias en situación de riesgo social entiendo aquellas que no tienen cubiertas sus necesidades básicas: alimentación, salud, esparcimiento.” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF)

“El hecho es que hay familias en situación de vulnerabilidad y más ahora con la crisis que estamos atravesando.” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF).

Del mismo modo, pensar el riesgo como probabilidad se corresponde con una mirada que descompone analíticamente la realidad social.

“Factores de riesgo para el desarrollo infantil, en sectores pobres urbanos del Uruguay. `Area socio-económica´ (promiscuidad, hacinamiento, falta de aseo y orden en el hogar, empleo materno con desgaste físico y más de 4 hs, vivienda con insuficiencias graves, pobreza extrema o indigencia, madre soltera). `Area familia´ (discusiones violentas, información distorsionada sobre el nacimiento, familia numerosa, prácticas de crianza punitivas, mala relación familiar, escasa comunicación que excluye al hijo, creencias

²⁶⁷ Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 1998.

machistas). `Area disponibilidad parental` (falta de respuestas maternas a las preguntas del hijo, padre ausente con escaso diálogo con el hijo, insatisfacción de la mujer como madre, consigo misma y con su pareja, madre que trabaja afuera del hogar, depresión materna, primaria incompleta, imagen negativa del padre en el discurso de la madre, prisión paterna, signos de negligencia).”²⁶⁸

Es de esperar que como consecuencia de estas formas de mirar, codificar e interpretar lo social en función del lugar ocupado en la división del trabajo técnico – profesional, el papel atribuido a los sistemas de información por los agentes clínico – asistenciales y por los agentes político – administrativos responda a las específicas racionalidades que orientan su quehacer. En el estudio realizado por Mitjavila (1999) se menciona la incorporación del lenguaje de riesgo y su funcionamiento bipolar, oscilando entre dos extremos: por un lado, cumpliendo una función auxiliar o adjetiva y, por otro lado, ofreciendo un carácter estructurante de los discursos. En el caso que nos ocupa, se observa claramente cómo estos caracteres se sitúan predominantemente en una u otra racionalidad. Los siguientes testimonios dan cuenta del carácter auxiliar que se le atribuye a los sistemas de información desde una racionalidad clínico – asistencial:

“El tema del SIPI me tiene desbordada. Yo me llevo de los pelos con ese papeleo. Iba y venía con la funcionaria del SIPI para arriba y para abajo **perdiendo tiempo.**” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF)

“**No sé para qué quieren la información del SIPI.** Si por lo menos se tomaran el trabajo de sistematizarla. Además la información que allí se registra no es muy confiable. **Vos tenés unos casilleros ahí que ponés sí o no. No refleja tanto la realidad.**” (Entrevista a Trabajadora Social - Centro CAIF)

²⁶⁸ Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 1998.

“Al instrumento lo tenés que complementar con la observación del niño, del vínculo con la mamá, cómo se va arreglando con la crianza, y estas cosas van saliendo en los talleres (...) porque muchas veces el relato no se condice con la realidad.” (Entrevista a Psicomotricista- Centro CAIF)

En un relevamiento realizado recientemente por la Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF dirigido a trabajadores sociales de los Centros²⁶⁹, se les preguntó sobre las formas de registro. El documento recoge que las respuestas mencionan el cuaderno de campo y la historia del niño como principal forma de registro “en desmedro de otros institucionales”. En ese sentido, se destaca que los trabajadores sociales se olvidan de mencionar el SIPI como forma de registro pese a la obligatoriedad del uso de este instrumento. También se señala que este punto fue trabajado con los profesionales en una instancia de intercambio sobre los resultados de dicho relevamiento surgiendo que el instrumento no es reconocido como un insumo para su quehacer sino como “una actividad administrativa”. Esta observación también es recogida del material de entrevistas:

“La principal queja frente a los instrumentos es ¿para qué?, ¿no se pueden evitar?. Y manejan como otro método la observación y la entrevista abierta.” (Entrevista a informante calificado - Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF)

“(...) en las preguntas que tienen que ver con el trato hacia el niño o las pautas de crianza, las madres te dicen que está todo bien pero después, en la realidad, no es tan así. Eso hay que tenerlo muy en cuenta y anotar que, si bien tal pregunta fue contestada así, se observan serias dificultades en el vínculo, por ejemplo. Te diría

²⁶⁹ “Rol del Trabajador Social en los Centros CAIF”. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos>.

que la primer entrevista donde le pasás a la madre la pauta del GIEP sobre pautas de crianza no se condice con lo que después se expresa y **eso lo tenés anotado en el cuaderno de uno** para irlo trabajando.” (Entrevista a Psicomotricista - Centro CAIF)

Este es otro eje de resistencia de los operadores clínico - asistenciales ante los requerimientos de la gestión burocrática – administrativa del dispositivo, y espacio, por tanto, donde la autonomía profesional encuentra, potencialmente, su mayor expresión. Las relaciones cara a cara estructuran un campo en el que es posible desafiar más claramente la pretensión de estandarizar las prácticas profesionales.

Por otro lado, para quienes actúan como operadores político – administrativos, el papel de los sistemas de información resulta estructurante de las maneras de percibir y organizar sus prácticas. Tal carácter se recoge en las siguientes expresiones:

“Con la aplicación de los instrumentos uno después puede decir que, **de las familias que se inscribieron, tengo tantas que están en rojo, otras que están en rojo subido o en verde y ver cuál es la decisión que tomamos como institución** (...) y así tenes desde el 0 que es no riesgo, y eso sale de la epidemiología, hasta un abanico de situaciones donde vos **definís cortes según tus objetivos**. Y ahí es donde se arma la discusión de por dónde cortamos, a quién hago ingresar: ¿a los que están peor, a los que están en el medio o a los que están mejor?”. (Entrevista a informante calificado - Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF)

“**Cada CAIF tiene un laboratorio, son microlaboratorios**. Se juntan 3 o 4 equipos y **estarían aportando al conocimiento sistematizando la información**. De eso los Centros todavía no se dieron cuenta (...) Hay Centros que empezaron en el 98: ¿te imaginas cuántos bebés vieron y cuántas mamás vieron?. **Lo que te permiten**

estos instrumentos es decir en 3 años tal cosa se repite, esto que dicen ustedes no corre más, (...) son muestras donde algunos llegan a 500, ¿sabes lo que son 500!” (Entrevista a informante calificado - Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF)

La mentalidad clínica juega aquí un papel central para comprender la adopción de la noción de riesgo como peligro, la visión macroscópica que la acompaña y el carácter auxiliar de los sistemas de información en la práctica de los operadores clínico – asistenciales. El modelo clínico contiene juicios subjetivos que son resultado de “um reajuzamento do conhecimento científico quanto à particularidade de cada caso examinado”; en los espacios de interacción cara a cara que supone el nivel clínico, el conocimiento general es “aplicado a *indivíduos* mais do que a conjuntos ou unidades estatísticas.”(Mitjavila, 1999)²⁷⁰

A su vez, la racionalidad burocrático – administrativa se sustenta en otras bases y principios organizadores de sus prácticas que permiten comprender la adopción de una noción formalizada de riesgo, la perspectiva analítica de su mirada y el papel estructurante de los sistemas de información. Su quehacer consiste, básicamente, en gestionar dispositivos de gobierno poblacional, y por lo tanto, se jerarquiza el conocimiento sobre las regularidades frente a su aplicación a individuos y situaciones concretas.

C) Combinación del trabajo profesional calificado con trabajo poco o nada calificado. Se produce un proceso paralelo en donde, por un lado, se desprofesionaliza el campo de las políticas sociales en la relación directa con los usuarios de los servicios, y por otro, se “hiperprofesionaliza” en las instancias de planificación y decisión a nivel central. Las modalidades

²⁷⁰ “(...) existem diferenças estruturais muito profundas entre os saberes inscritos no campo da ciência e aqueles outros, cuja razão de ser reside numa atividade profissional. Como acertadamente apontou Freidson (1978), essas diferenças acarretam conseqüências muito maiores do que suas semelhanças quanto às formas em que ambos grupos são desenvolvidos, e, principalmente, quanto às culturas profissionais que constroem. É por causa desse caráter técnico, isto é, de um conhecimento construído para e através da intervenção na realidade, que é institucionalizado como parte da mentalidade clínica o que poderia ser qualificado como uma propensão ilimitada à ação.” (Mitjavila, 1999)

semanales de atención del Plan CAIF preveían la contratación de estudiantes universitarios, formados en cualquier área del conocimiento, para cumplir funciones como “facilitadores”. Estos “facilitadores”, muchas veces desarrollaban funciones de carácter técnico como operadores clínico – asistenciales en la atención directa de la población usuaria del servicio. En el marco del debate grupal sobre la función del “facilitador”, los participantes, convocados por haber desempeñado la misma, expresaban lo siguiente:

“Cuando empecé a trabajar vi que **no había una delimitación clara de lo que era el rol del facilitador**. Era en las reuniones de equipo donde se veía qué tenía que hacer el facilitador además de las visitas domiciliarias. **Como la carga horaria de los técnicos es poca el facilitador andaba tapando todos los agujeros que quedaban por ahí.**” (Grupo focal de Facilitadores)

“Fue como una eclosión (...) fue: vengan todos los estudiantes de Trabajo Social a trabajar como facilitadores. Nosotros lo discutimos en un congreso de estudiantes y veíamos que se flexibilizaba cada vez más el rol del trabajo social y que **esto era inventar un rol y pagar la mitad para hacer la tarea de un trabajador social** sacándole trascendencia política al rol profesional. Peor todavía, porque **había gente que ni siquiera tenía la formación básica para hacerlo** (...) algunos eran referentes de la comunidad o amigos del dueño de la ONG. Nosotros entendíamos que la función era típica del trabajador social.” (Grupo focal de Facilitadores)

“Al tener técnicos con poca carga horaria nos tenemos que hacer cargo de cosas que surgen en el momento sin tener la preparación académica ni personal para enfrentarlas.” (Grupo focal de Facilitadores)

“Desde el rol de educador se nos pedía que saliéramos a hacer visitas en un rol más del trabajador social, hasta estar en la cocina y estar con los gurises, atender a la familia que como te tiene confianza te viene a preguntar.” (Grupo focal de Facilitadores)

En un mismo sentido, el llamado al voluntariado en la gestión de propuestas de intervención sociopolítica en el campo de la protección social, es una clara señal de esta desprofesionalización de los servicios asistenciales²⁷¹. Las asociaciones civiles que gestionan los Centros reclutan voluntarios para su conformación; en servicios similares prestados directamente por el INAU, la gestión y el funcionamiento es responsabilidad de funcionarios públicos. En 2005, el Poder Legislativo aprueba la ley 17.885 sobre el Voluntariado Social con el objeto de “reconocer, definir, regular, promover y facilitar la participación solidaria de los particulares en actuaciones de voluntariado en instituciones públicas, directamente o a través de organizaciones privadas sin fines de lucro, nacionales o extranjeras”²⁷².

Los requerimientos de saber “hiperprofesionalizado”, entendido como conocimiento experto especializado, se registran, entonces, en las áreas centrales de gobierno de los dispositivos de protección social. Los mismos han sido analizados en profundidad en los puntos referidos a los saberes en el área del desarrollo infantil, a la construcción y el manejo de

²⁷¹ “En el marco del Día Internacional del Voluntariado a celebrarse el 5 de diciembre, se llevó a cabo la apertura del Seminario Voluntariado y Políticas Públicas en Uruguay (...) Los objetivos de dicho evento son fomentar el reconocimiento y articulación del voluntariado en organizaciones de la sociedad civil, la academia, las empresas y el Estado. Asimismo, generar reflexión y debate para fortalecer las políticas públicas de voluntariado. De la misma forma, se pretende promover el voluntariado para el desarrollo en Uruguay (...) Por su parte, el director del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (...) comunicó que para las Naciones Unidas, el voluntariado es la esencia del desarrollo (...) En materia de cifras, indicó que en nuestro país en el año 2009, un 20% de la población de alguna u otra forma hizo trabajo de voluntario. En tanto, se estima que esa labor en valor económico llega a unos 135 millones de dólares.” Disponible en: <http://www.mides.gub.uy>. Consulta: 18/12/09

²⁷² De acuerdo al texto de la ley, se “considera voluntario social a la persona física que por su libre elección ofrece su tiempo, su trabajo y sus competencias, de forma ocasional o periódica, con fines de bien público, individualmente o dentro del marco de organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, oficialmente reconocidas o no, o de entidades públicas nacionales o internacionales, sin percibir remuneración alguna a cambio”.

sistemas de información, y al diseño de propuestas de gobierno electrónico.

D) Participación del sector privado en la gestión de los servicios sociales. Esta ha sido una marca de origen del Plan CAIF. Su crecimiento en cobertura y número de Centros ha fortalecido aún más esta estrategia de gestión público – privada, que también se observa en otros dispositivos de protección social focalizados en la pobreza. Incluso, algunas iniciativas delegan en la participación y compromiso solidario de los “buenos vecinos” un conjunto de tareas, otrora responsabilidad de cuerpos profesionales (promoción, organización, asistencia), consolidando el proceso creciente de desprofesionalización del esquema de protección social²⁷³. Se asiste a una redefinición de las relaciones entre las organizaciones de la sociedad civil y el Estado por medio de la tercerización de las intervenciones públicas acompañada de la transferencia de recursos, o canalizando programas públicos a través de organizaciones de la comunidad como contraparte local con trabajo voluntario. Esta transformación de las bases institucionales de la protección social incluye acciones tendentes a la “profesionalización” del voluntariado mediante la transferencia de ciertas habilidades y destrezas técnicas a través de la proliferación de cursos, seminarios y talleres de capacitación²⁷⁴. Estas actividades de formación del voluntario están previstas en la Ley 17.885 sobre el voluntariado social, que fuera mencionada párrafos atrás.

E) Individualización de las prestaciones previendo el aporte y el cumplimiento de contrapartidas por parte de los beneficiarios. En ese sentido, se convoca a la participación social de familias, vecinos, asociaciones civiles, operadores profesionales, etc., a partir de la

²⁷³ “La ministra de Desarrollo Social (...) comentó que cuando se empezó a realizar el relevamiento de datos para el Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES), muchas de las personas lo hicieron voluntariamente. Expresó además, que a través de las políticas sociales que implementó este gobierno, se ha logrado mucho en el combate de la pobreza”. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy>. Consulta: 18/12/09

²⁷⁴ A modo de ejemplo, en nota publicada por el diario El País, el 12/5/09 se afirma que “el Mides capacitará a jóvenes para ayudar a erradicar el hambre”. Se desarrolla también, con apoyo y financiamiento de organismos internacionales (PNUD), el proyecto de promoción del voluntariado, entendido como un elemento central para el desarrollo nacional.

reivindicación de solidaridades territoriales, con la finalidad de disminuir los efectos objetivos de la pobreza y mantener el equilibrio de las cuentas públicas. Por otro lado, acompañando al discurso de la solidaridad, aparece la responsabilización de los actores sociales en tanto protagonistas de su destino. En la misma medida en que se individualiza la protección, se naturaliza la pobreza y la familia, siendo comprendidas y analizadas autorreferencialmente, es decir, por fuera de las estructuras, dinámicas y fuerzas sociales que las configuran.

De algún modo, la introducción del enfoque de riesgo en la gestión de lo social es expresión de una forma particular de entender la pobreza como resultado de handicaps individuales y déficits de socialización, tal como se ha visto a lo largo de este trabajo. Asimismo, el desarrollo de sistemas de información y estrategias de gobierno electrónico son parte del proceso de transformación tecnológica requerido por las formas de protección social individualizada: incorporación del beneficiario en una base documental y control de las contraprestaciones establecidas. De este modo, estos dispositivos de gestión social, tal como fuera afirmado, jerarquizan el papel de los operadores político – administrativos subordinando y regulando de forma creciente los espacios de relación cara a cara correspondientes a los operadores clínico – asistenciales.

F) Desmaterialización de los servicios de protección social. Del mismo modo en que se responsabiliza a individuos y familias en la resolución de problemáticas complejas, se carga y responsabiliza a los operadores clínico - asistenciales por el abordaje de estas problemáticas: ser creativos es la consigna, así como llegar a la población de mayor riesgo, transferir herramientas y conocimientos que posibiliten cambios en la vida cotidiana en un contexto de “recursos escasos”. De este modo, las estrategias desarrolladas no contemplan, en su verdadera magnitud, la complejidad de las situaciones a abordar cuando la respuesta central consiste en un repertorio de acciones educativo - promocionales en desmedro del necesario acompañamiento de transferencias de recursos asistenciales:

“Se generan espacios donde las madres participan, se encuentran, hay una mínima organización colectiva. De todos modos **es trabajar como con la nada, no genera nada en términos asistenciales**, eso de la desmaterialización de las políticas, tiene un techo ahí que es refuerte, y creo que **con la modalidad diaria no pasa porque contiene la alimentación y de alguna manera genera un servicio concreto**, y es como difícil ver la utilidad en término de servicio concreto de esta modalidad semanal.” (Entrevista a informante calificado - Programa INFAMILIA)

Las transformaciones de los sistemas de protección social encuentra en los debates profesionales variantes discursivas que, en líneas generales, se corresponden con los lugares ocupados en la división del trabajo técnico al interior del dispositivo. Por un lado, se observa una refuncionalización de discursos que históricamente se tradujeron en demandas de los operadores clínico – asistenciales como el trabajo en el territorio, desde la propia cotidianeidad de la población, con la participación de la comunidad y de los beneficiarios, etc y que hoy son parte de las estrategias de intervención propuestas desde instancias técnico-burocráticas. Grassi (2003: 35) refiere a esta “refuncionalización discursiva” al analizar las críticas hacia las instituciones de protección social formuladas desde el pensamiento conservador: los discursos resignifican términos que han sido patrimonio del lenguaje progresista, registrándose, de este modo, una “pérdida de eficacia simbólica de los discursos de izquierda que se reconstituyeron como conservadores y defensivos ante las transformaciones orientadas por aquellas tradiciones y filosofías”.

Por otro lado, ciertas prácticas, muchas veces rechazadas y negadas en los discursos de los operadores clínico - asistenciales aparecen hoy reivindicadas por éstos. Tal es el caso de las prácticas profesionales de carácter asistencial: “Antes decíamos no al asistencialismo pero hoy decimos que el niño tiene que comer todos los días” (Entrevista a

La creciente intrusión de los sistemas abstractos en el hogar está fuertemente asociada a la también creciente desmaterialización de los servicios sociales. Como fuera dicho, el gasto público social se ha comportado como variable de ajuste a la política económica: de ahí el proceso de desmaterialización de los servicios destinados al área y el peso creciente que adquiere la transferencia de herramientas simbólicas para el autocuidado, sobre todo en los años inmediatos que sucedieron a la crisis del 2002. Este aspecto será retomado al analizar la transferencia de contenidos simbólicos hacia las familias y comunidades. A modo de ejemplo, pueden citarse los programas de transferencia educativa sobre huertas orgánicas y de promoción de la nutrición balanceada impulsados por el INDA durante la crisis de 2002 y los años siguientes. Ninguno de estos programas preveía las transferencias de insumos ni de alimentos, llegándose incluso a recortar y restringir las que ya existían. El tipo de acciones propuestas estaba en consonancia con el peso del INDA en el gasto total en infancia, el cual se situaba en torno al 2% (Azar et al., 2006: 39).

5.3.6. El hogar y la comunidad como espacios privilegiados para gobernar a los ingobernables

El hogar es entendido como un espacio de intervención institucional para el desarrollo de las acciones promovidas desde el Plan CAIF²⁷⁶, significando la intrusión de sistemas abstractos en el sentido que Giddens (1997: 79 - 80) atribuye a la expresión: desplazamiento y reapropiación del

²⁷⁵ En la evaluación del estado nutricional de los niños atendidos por el Plan CAIF, realizada por el Instituto Nacional de Alimentación en 2009, se afirma: “Los problemas nutricionales detectados siguen en su mayoría la tendencia que se viene manifestando en los niños desde hace 10 años (...) Se observa una alta prevalencia de niños/as con retraso de crecimiento (Talla Baja). Esto afecta a 13,6% de la población total (6 veces más de lo esperado) y a 16,4% de los menores de dos años (7 veces más de lo esperado).” [Disponible en: http://www.inda.gub.uy/indaweb/images/evaluacion%20caif.pdf](http://www.inda.gub.uy/indaweb/images/evaluacion%20caif.pdf).

²⁷⁶ Para el presente análisis se toma como referencia el documento elaborado por la Psicom. Elisa Sanguinetti: “Abordaje en el Hogar”, Febrero de 2007, Montevideo: La Platense.

conocimiento experto social especializado. Se concibe al Plan CAIF como una política social centrada en la promoción del desarrollo infantil con el objetivo de prevenir la aparición de alteraciones, minimizar el efecto de los factores de riesgo y potenciar los factores protectores.

“De este modo, (...) se invierte en forma temprana en el desarrollo infantil; da cumplimiento a los derechos humanos en general y a los derechos del niño en particular y **transmite valores morales y sociales.**”²⁷⁷

El hogar como espacio de intervención escenifica el “encuentro entre dos saberes: el cotidiano de las familias y el técnico del equipo” que deberán “conjugarse, ensamblarse en una propuesta que provenga del diálogo, el intercambio y la negociación”. El trabajo asistencial en el hogar se fundamenta en las dificultades de las familias para dar continuidad a su asistencia al Centro: dispersión geográfica, enfermedad del niño o de su referente familiar, dificultades climáticas y “también nos referimos a familias que se encuentran en situación de desesperanza y aislamiento”. El trabajo asistencial en el hogar con las familias en estas situaciones debe tender a integrarlas al Centro evitando caer en “una postura de asistencialismo y focalización no buscados”. Se debe promover “un mayor compromiso por parte de los padres, en cuanto a poder cumplir un horario, sostenerse en el tiempo, anticipar encuentros, organizar su vida cotidiana en forma diferente para poder participar de forma más activa en los talleres del Centro”. Asimismo se afirma que el modelo que orienta la intervención en el hogar toma los principios de la Atención Primaria de la Salud.

Dos cuestiones relevantes a señalar hasta el momento: (i) aparecen elementos que hacen referencia a la necesidad de captar aquella población “ingobernable”, es decir, aquellos sectores de población “en situación de aislamiento” o de “mayor riesgo” promoviendo un mayor “compromiso” y

²⁷⁷ Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF (1998: 7)

(ii) el modelo de intervención en el hogar es fuertemente medicalizador de los aspectos del desarrollo infantil, tanto por los saberes en los que se sustenta como por los principios orientadores de la acción anclados en las estrategias características del enfoque de riesgo. Se entiende por población ingobernable aquella que, en términos de Douglas (1996: 10), define por sí misma sus normas de riesgo razonable, permanenciando más o menos por fuera de un campo de visibilidad (y vigilancia) institucional:

“cuanto más aislada está una persona, cuanto más débil y dispersa es su red social, menos sujetas están sus decisiones al escrutinio público, y más define él mismo sus propias normas de riesgo razonable”.

La preocupación por captar esta población ingobernable está presente como una constante en los discursos de los entrevistados y en los documentos analizados. Los ingobernables son los “aislados”, los “desesperanzados”, los que “no golpean las puertas de las instituciones”. En otras palabras, son aquellos que se encuentran en los “bordes” de la sociedad; son quienes no se “exponen” a los discursos normalizadores institucionales porque ni siquiera se convierten en beneficiarios de los servicios sociales²⁷⁸.

“(…) muchas veces las familias más excluidas quedaron afuera y no les prestábamos demasiado atención. **Son familias que precisan otro tipo de herramientas para poderlas trabajar.** Si yo trabajo con la población que me golpea la puerta estoy trabajando con familias donde están presentes factores de protección. Todos son pobres pero el tema es que estamos trabajando con los que están mejores sin integrar a los excluidos” (Entrevista a informante calificado – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF)

²⁷⁸ “No sé si se llega a los más carenciados. Algunos casos sí, otros no tanto. Porque en definitiva los más carenciados no acceden mucho a este tipo de servicios por el desconocimiento o porque tienen miedo. Cuando se empieza con las mínimas exigencias de decirles cómo los tienen que traer día a día, como que a veces eso les provoca la limitante de no venir más (...). La gente que viene tiene hábitos de trabajo y tienen otra forma de vida (...)” (Entrevista en profundidad a representante de CAIF)

El trabajo asistencial en el hogar es una de las herramientas propuestas con estas familias.

“Las familias de mayor riesgo tienen prioridad dentro de la población objetivo. Estas familias, generalmente, no están integradas a las instituciones, ni llegan a los programas. Un desafío, entonces es lograr su incorporación. Durante el proceso de supervisión – seguimiento de los equipos, surge la implementación de lo que se denomina ‘estimulación a domicilio’, ‘talleres ambulantes’, ‘visitas domiciliarias’.”²⁷⁹

El temor a la fractura social y sus posibles efectos en la (in)seguridad civil, subyacen a este requerimiento permanente por brindar “estructuras dadoras de sentido” a quienes se encuentran por fuera de las instituciones típicas de integración social²⁸⁰. Son las características de esta población las que vuelven necesario el trabajo asistencial en el hogar: se trata de población “excluida” que se mantiene por fuera de las pretensiones de gobierno poblacional permaneciendo ajena a todo esfuerzo institucional de someterla a un campo de visibilidad. La preocupación contemporánea por la exclusión recuerda a aquella mantenida a principios del siglo XIX centrada, como fuera dicho, en torno, no sólo en la carencia material, sino y

²⁷⁹ Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF (1998: 21)..

²⁸⁰ La asociación entre “población ingobernable” e “inseguridad civil” se expresa en la preocupación por el trabajo en el hogar desde el CAIF y las recomendaciones que al respecto se formulan en el documento “El escenario del otro: ¿peligroso o desconocido?”: “A modo de ejemplo citamos una premisa: ‘En este barrio no se puede andar porque los chiquilines fuman pasta y andan armados’.

¿Cómo analizamos este supuesto que generaliza a la población en el porte de armas, en el consumo de pasta, en el territorio y en el tiempo? Debemos preguntarnos ¿Todos los chiquilines consumen pasta? ¿Sabemos de que algunos no lo hagan? Seguramente se nos acote la población y/o se nos modifique la percepción inicial. ¿El consumo se realiza en forma grupal? ¿En qué horarios el equipo ha visto o sabe que se realiza? ¿Sabe el equipo en qué lugares se agrupan los usuarios de drogas para consumir? ¿Reconoce el equipo si todos los usuarios de drogas son violentos o sólo algunos de ellos lo son o ninguno? ¿Quiénes están armados? ¿Todos los chiquilines del barrio o sólo algunos o sólo uno? ¿Quién es? ¿Dónde vive? ¿Dónde para? ¿Sabemos en qué circunstancias usa el arma? Este análisis y relevamiento de datos por parte del propio equipo e informantes calificados debe poder traducirse en una **identificación de indicadores de peligrosidad**”. (“Crecer y aprender juntos desde diferentes escenarios. El centro y el hogar. Desafíos y nuevas realidades”, VVAA: Plan CAIF, 2009: 49)

fundamentalmente, en la baja adhesión de los pobres a los valores dominantes de la sociedad (Morás, 2000). Al respecto, en una publicación reciente del GIEP difundida en la página web del Plan CAIF, se reproduce una tabla que ilustra el crecimiento de los valores de los excluidos y la reducción de los de clase media entre 1985 y 2008.

Evolución de los valores en Uruguay según Talvi²⁸¹

	1985	2008
Valores de clase media	82%	67%
Valores de excluidos	16%	32%

Es así que estos grupos excluidos no pueden ni merecen, por razones de gobierno, ser tratados como “ganadores de la reflexividad” (Lash, 1997), al menos en lo que respecta a la definición de sus propias normas de riesgo razonables. Los “perdedores de la reflexividad” no acceden a redes de información y comunicación y, por lo tanto, no cuentan con recursos para gestionar los riesgos en sus trayectorias biográficas. De este modo, se justifica la necesidad de promover estrategias capacitadoras y socializadoras cuando el problema de la “exclusión” es comprendido en su faceta moral y valorativa.

Al mismo tiempo, la insistencia por captar a los “ingobernables” está determinada por la propia característica focalizada del servicio y los niveles de cobertura alcanzados. En el capítulo tres se señaló que el 64.8% de los niños entre 0 y 3 años vivían en situación de pobreza en el año 2005, mientras que en 2009, el nivel de cobertura alcanzado en Montevideo por el Plan CAIF no supera el 25% de su población objetivo²⁸².

El trabajo asistencial en el hogar también se fundamenta en la

²⁸¹ Talvi *Apud* Roba, O. “Desarrollo infantil y fragmentación social en la sociedad uruguaya actual” (2009: 12). Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos/>. Consulta: 12/4/10

²⁸² Si bien los datos no son exactamente comparables, pues uno refiere a la realidad nacional y otro a la cobertura en la capital, permiten una aproximación a la brecha que existe entre el total de la población objetivo y los niveles de cobertura efectivamente alcanzados por el Plan CAIF.

riqueza del trabajo de los equipos al acercarse a un conocimiento más acabado de la vida cotidiana del niño y sus familias. Se apela a la creatividad de los equipos para dar respuesta a las necesidades del niño y su familia y se promueve el uso de materiales y técnicas sencillas que pueden encontrarse en el mismo hogar. Seguidamente se reconoce que “este punto puede resultar discutible cuando hablamos de familias pobres, pero parece importante iniciar un vínculo con ellas a través de los objetos, espacios y tiempos que constituyen su vida cotidiana”. Se señala la necesidad de trabajar con el referente familiar adulto y desarrollar “momentos reflexivos” para que logre “visibilizar las oportunidades que ofrece su propio entorno”.

La incursión en el hogar también es valorada porque favorece la resolución de posibles discrepancias entre los factores de riesgo, en tanto construcción abstracta, y su asociación con el caso “vis a vis”

“Entonces esto de la promiscuidad, la mala información sobre el nacimiento, el varón, el problema del aseo en la vivienda, estos también son indicadores que salen de la observación. Esto del aseo de la vivienda tiene que ver con el problema de la pobreza pero también con aspectos internos de la persona, más que con aspectos de la pobreza. **Por eso la observación en el hogar es algo interesante** porque una casa puede ser muy sencilla pero sin embargo tener cierto orden (...) no hay signos de abandono” (Entrevista a informante calificado - Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF).

Asimismo, la pretensión de integralidad del dispositivo supone la articulación con otros dispositivos institucionales y sus agentes profesionales. De este modo, se propone la intervención simultánea y pretendidamente coordinada de varios servicios que operan en el territorio, sobre todo, con las familias clasificadas como de “riesgo”. Surge de los documentos institucionales la necesidad de coordinar institucionalmente las intervenciones y se promueve la “visita en el hogar” como estrategia cuando

la familia no se acerca a los servicios o lo hace de forma irregular y asistemática. El desarrollo de tales estrategias permitirían suponer que estas familias se ven expuestas a la presencia casi cotidiana en su hogar de distintos agentes clínico – asistenciales. Sin embargo, de las entrevistas realizadas surge esta “invasión” acontece puntualmente en algunas situaciones familiares dada la escasa carga horaria de los operadores en relación a la magnitud de la problemática a enfrentar y el volumen de población atendida²⁸³. La autonomía relativa de los operadores clínico-asistenciales también se constituye en un factor que opera en este sentido. El trabajo técnico en el hogar es uno de los campos donde se expresan con mayor fuerza las resistencias de los agentes clínico – asistenciales, colocando límites al uso de este recurso con fundamentos que transitan por los aspectos ético – profesionales, o el rechazo a lo que entienden como una forma de “controlar” a los pobres, o razones atribuidas a las características del proceso que están llevando adelante con cada familia.

Junto con la intervención en el hogar se promueve el trabajo en la comunidad. El abordaje comunitario procura identificar, aprovechar y fortalecer las redes sociales en las que se encuentran insertas las familias analizando las funciones que estas redes cumplen (información, sostén, etc.) y estableciendo coordinaciones interinstitucionales.

La comunidad es vista como un espacio en el que es posible la construcción de consensos sobre los problemas que la afectan:

“Hay un nuevo orden a establecer que incluya la diversidad: `cooperamos´, `co – laboramos´, `co – ordinamos´ (...) significa conectar espacios para que diversas maneras de operar puedan entrar

²⁸³ “No se llega a dar una invasión de agentes profesionales en el hogar. No se da porque la pobreza es mucha (...) Igual hay algunas situaciones familiares que va el facilitador, el agente de seguimiento de salud pública, la maestra comunitaria, interviene el SOCAT. Algunas familias son hipervisitadas e intervenidas. Pero no se da tanto porque hay pobreza para rato. La integralidad podría estar dada desde el territorio pero, en realidad, cada componente está tan fragmentado y dependiente de la sectorialización de la política que todo atenta para que se de esa integralidad” (Entrevista a informante calificado – Programa INFAMILIA).

posiblemente al inicio en conflicto pero que luego nos permita lograr un orden en conjunto” (Construyendo ciudadanía desde las redes, Plan CAIF, 2009: 8)

En los documentos analizados, el trabajo en red es presentado como estrategia de abordaje familiar y comunitario, entendiendo por tal el desarrollo de prácticas que responden “a la necesidad de permitir que la gente se ayude a sí misma, utilizando sus propios recursos” y rescatando la participación como un instrumento de “desarrollo, empoderamiento y equidad social”. También la referencia al “capital social” ingresa en este campo semántico:

“En definitiva, todos los capitales están relacionados, aunque **es sobre el capital humano y social sobre los que están centrados muchos de los planteos**, señalando que la calidad de los recursos humanos y las instituciones, influyen poderosamente en los procesos de desarrollo de un país”²⁸⁴

Con el despliegue de estrategias capacitadoras educativas, de incremento del “capital social”, de superación de “déficits de socialización”, se pretende anticipar posibles problemas en el desarrollo infantil. Información sobre las etapas del desarrollo, sobre una dieta equilibrada, sobre cómo estimular al niño, etc son un eje central de la respuesta institucional. En ese sentido, la intrusión de los sistemas abstractos en el hogar se vincula, de algún modo, con el proceso de desmaterialización de gran parte de los servicios de protección social. La transferencia de ingresos o bienes pierde relevancia frente a la transferencia de contenidos simbólicos

²⁸⁴ “A relação que se estabelece entre a `teoria do capital humano´ e a `teoria do capital social´ está na concepção de que investir em pessoas, na capacitação da força de trabalho mais competitiva, reflète na melhoria das condições de trabalho e no aumento da produtividade que, conseqüentemente, vai refletir na melhoria da qualidade de vida do indivíduo e de sua família, reduzindo os `problemas sociais´, uma vez que se desenvolve a capacidade de controlar os `ativos´ sociais ou de gerar `capital social´”. (Motta, 2007: 186). La autora desarrolla en su tesis las relaciones entre el auge de la “teoría del capital social” y el papel de los organismos internacionales en la promoción de nuevas estrategias, a partir de la década del 90, para hacer frente al combate a la pobreza.

para el desarrollo de estrategias de autocuidado.

“En el año 2006 se comienzan a realizar Jornadas de Reflexión sobre la Práctica con los equipos de todos los Centros, y capacitaciones dirigidas a los equipos de los nuevos CAIF, otorgando un especial énfasis al abordaje comunitario, a la participación comunitaria y al trabajo en equipo (...) también se trabaja en una propuesta denominada **Espacio Colectivo para Adultos-Proyectos socio-comunitarios**. Dicha propuesta se fundamenta en el hecho de que en buena parte de los Centros el trabajo con los adultos está centrado casi exclusivamente en su rol paterno, sin contemplar que el mismo se desempeña desde un sujeto que es integral y que el modo singular de ser padre o madre lo es en el marco de sus condiciones concretas de existencia, de su historia y proyecto vital. Se parte de la base entonces, que trabajar sobre esos aspectos incide en el desarrollo del niño. **El eje puesto en lo grupal, en la desnaturalización de situaciones, vivencias y modos de ver el mundo, y en las transformaciones subjetivas involucradas, pretenden desde esta propuesta, trascender acciones compensatorias para generar procesos genuinos de inclusión social.**”²⁸⁵

Estas propuestas pueden ser entendidas como “soportes materiales de un discurso ideológico que fortalece la divulgación de un modo de vida” (Iamamoto, 1992: 109) y encuentran en la evaluación del riesgo contenidos específicos a ser transportados con la mediación de los agentes clínico - asistenciales. Estos soportes materiales de un discurso ideológico cumplen una función de regulación de los espacios de definición de riesgos, pues no es aceptable dejar en manos de esta población clasificada como de “riesgo social”, o “deficiente” en el sentido que le atribuye Castel, la definición de “sus propias normas de riesgo razonable” (Douglas, 1996: 10). En otras palabras, estas propuestas crean y recrean espacios de sociabilidad dirigidos a minimizar la ausencia de estructuras dadoras de sentido.

²⁸⁵ El rol del psicólogo en los Centros CAIF, 2009: 31.

“La modalidad semanal lo que tenía de bueno era que los tipos iban a la casa de la gente. Había gente que no había salido del asentamiento y juntarse con otro era un cambio impresionante en términos de su perspectiva de lo que es el mundo” (Entrevista a informante calificado del Programa INFAMILIA).

Las políticas de inserción social focalizada funcionan con una lógica de discriminación positiva –o en términos de Grassi (1994), operan regulando la exclusión- tendente a insertar a los sujetos en un “submundo institucional o basado en instituciones” (Berger y Luckman *Apud* Castel, 1997: 437) que ofrezcan instancias de socialización secundaria (Castel, 1997)²⁸⁶ donde la definición de “normas de riesgo razonable” (Douglas, 1996) esté sujeta a discursos ideológicos institucionalizados. Estas instancias de socialización secundaria son concebidas como compensatorias de los “defectos” de una socialización primaria en el seno de familias de riesgo. Las políticas de inserción social focalizada intentan así sustituir el papel desarrollado por el trabajo en tanto estructura dadora de sentido, no logrando disimular su fragilidad en tal sentido.

La ampliación de los ámbitos de intervención técnica es fruto de la necesidad de captar aquella población “ingobernable”. Esto se apoya en la pretensión de integralidad de las políticas y programas destinados a la población en situación de riesgo y en la consideración de que estos instrumentos deben extenderse a la vida cotidiana de las familias.

Las estrategias de intervención propuestas parecen inscribirse dentro de lo que Giddens (1997: 233) denomina como medidas capacitadoras para contrarrestar el subprivilegio: la transferencia de información y

²⁸⁶ Según Castel (1997:421), las políticas de inserción son inconsistentes para alcanzar la integración (cabe señalar que si bien hace referencia a políticas de inserción ocupacional, no se refiere exclusivamente a éstas con dicha denominación). Aquí se entiende, tal como se expresó anteriormente, que más que inconsistencias, se trata de un cambio de objetivos donde el objetivo de integración cede espacio ante el objetivo de seguridad.

conocimiento para hacer frente a la apertura al riesgo y la incertidumbre es privilegiada respecto a los mecanismos de redistribución de la riqueza. De este modo, en el pensamiento del autor, se jerarquiza el desarrollo de sistemas expertos,²⁸⁷ capaces de suministrar la información y el conocimiento para la toma de decisiones biográficas.

Las siguientes expresiones fueron vertidas en una ponencia realizada por integrantes del GIEP y difundida a través de la página web del Plan CAIF. Son un claro ejemplo del peso asignado a las estrategias de reducción de la pobreza y a las intervenciones sobre los vínculos, las relaciones, los valores y las prácticas cotidianas:

“es posible señalar que:

- la mejora del ingreso y la inserción laboral constituyen aspectos esenciales del proceso de reducción de la pobreza e integración.
- pero la corrección de estos factores no actúa de manera automática sobre los procesos de vida de las personas y menos aún de los niños, cuyo desarrollo está mediado por la calidad de los vínculos o relaciones interpersonales que establece con su familia, sus vecinos y con instituciones educativas.

El aumento de la transferencia de dinero no ha sido suficiente para revertir el impacto de las condiciones de pobreza sobre el desarrollo infantil (...) actuar sobre el desarrollo infantil, como ya se subrayó al analizar la perspectiva de las neurociencias, implica incidir sobre la calidad de los vínculos, los modos de relacionamiento, los valores, normas y prácticas cotidianas, las relaciones interpersonales y otros aspectos estructurales y determinantes.”

²⁸⁷ “Al decir sistemas expertos me refiero a sistemas de logros técnicos o de experiencia profesional que organizan grandes áreas del entorno material y social en el que vivimos” (Giddens, 1994: 37)

La objeción colocada sobre los programas de transferencia de ingresos e inserción laboral parecen ir en la misma línea que los planteos de Giddens sobre cómo combatir el “subprivilegio”: capacitación, información, reversión de déficits de socialización, incremento de las capacidades de los individuos para su desempeño como padres y madres, etc, es el tipo de respuesta a ser privilegiada en la intervención.

En el mismo documento se identifican las características de los “programas integrales exitosos” en el área de la primera infancia²⁸⁸. Reforzando la idea anteriormente planteada, allí se destaca que los mejores resultados se alcanzan cuando el “tipo de intervención” llevado adelante es “combinado”:

“(…) se ha puesto en evidencia, por ejemplo, que no son lo mismo los Programas e intervenciones que se centran en el origen de los problemas, que intentan ir a la raíz de los problemas, que aquellos que solamente se basan en una intervención puntual dirigida a resolver un problema puntual, sin ir a su génesis o a sus determinantes. Construir una vivienda puede proteger de las inclemencias ambientales pero no asegura que ésta se transforme en un espacio vital favorecedor del desarrollo y bienestar del niño. **Y ahí podemos pensar en esto que decíamos hoy al principio, una cosa es la transferencia de dinero, y otra cosa es intentar intervenir en las relaciones o en la calidad de los vínculos de los niños.**”

Los sistemas expertos, y fundamentalmente, aquellos apoyados en los logros técnicos y en la experiencia profesional acuñados por las profesiones de la asistencia, “podem fazer do *estilo de vida* um instrumento normalizador” (Mitjavila et al., 2004: 75). De este modo, la elección de

²⁸⁸ Las características de los programas más exitosos son: la precocidad (intervenir cuanto antes en la situación de los niños), la intensividad, la intervención sobre la población más desfavorecida (“focalización”), empleo de personal calificado y bien remunerado.

estilos de vida, en tanto imperativo de la era tardomoderna, encuentra en los sistemas expertos ciertos parámetros que balizan dicha elección. Giddens (1997: 66) sostiene que los sistemas abstractos modernos “crean amplios espacios de relativa seguridad para el mantenimiento de la vida cotidiana”y, de este modo, reducen los aspectos perturbadores del riesgo.

La intrusión de los sistemas expertos adquiere un énfasis creciente en condiciones de modernidad tardía, donde los procesos de destradicionalización, de puesta en cuestión del sentido de las instituciones tradicionales de integración social, de transformación en los soportes colectivos de integración y protección social, colocan al individuo la exigencia de construcción biográfica al tiempo que pulverizan toda referencia colectiva que otorgue significación, sentido y soporte de orden colectivo al proyecto individual. En ese sentido, la intrusión de los sistemas expertos en el hogar es aquí comprendida como un esfuerzo deliberado por reconstruir sentido socialmente compartido creando espacios de relativa seguridad en la vida cotidiana. La intrusión de los sistemas expertos en el hogar, sobre todo cuando se trata de grupos de población ingobernable, se constituye en una creciente exigencia institucional sobre la práctica de las profesiones asistenciales. Estas están llamadas a desempeñarse como puentes para conectar a quienes se mantienen alejados de cualquier campo de vigilancia institucional, es decir, a los “ingobernables”, con estructuras institucionales capaces de formatear el repertorio de estilos de vida disponibles para estas poblaciones. El conocimiento experto es convocado para transferir contenidos simbólicos, mediados por la práctica de los operadores clínico – asistenciales, orientados a modelar los estilos de vida de aquella población ingobernable que se mantiene más o menos alejada de los universos de sentido socialmente dominantes.

La centralidad de la familia y su incapacidad relativa justifica la intervención sociopolítica. La familia es tratada como un objeto a modelar mediante estrategias que ya no significan una expropiación de funciones familiares por parte de las instituciones sociales –modalidad más bien característica del Estado de Bienestar y bien señalada por Lasch (1984) -,

sino que proponen la “intrusión de sistemas abstractos” en el hogar para capacitar a la familia en el desarrollo de sus funciones. Se advierte como tendencia el tránsito desde modalidades de intervención básicamente sustitutivas de la familia hacia modalidades básicamente prescriptivas sobre la familia (Vecinday, 2003: 71)

“Nas últimas décadas, quando a família ficou no limbo, era quase um consenso que Estado ou mercado poderiam substituir a família no seu papel formador (...) Hoje se retoma a família como ancoragem principal na socialização de seus membros” (Carvalho, 2000: 17)

De esta forma, las intervenciones se centran en la transferencia de herramientas hacia las familias para modificar aquellos comportamientos considerados de “riesgo”. En este sentido, se pretende desarrollar procesos de aprendizaje destinados a las familias consideradas de mayor riesgo. Entender el riesgo como algo contingente y, por lo tanto, evitable permite el desarrollo de intervenciones institucionales en el contexto de lo cotidiano donde “la referencia al saber tiene una función legitimadora indispensable en tanto que confiere garantía científica a un juicio normativo” (Castel, 1984: 131). Esto hace que las pretensiones - prescripciones provenientes de la evaluación del riesgo, se conviertan en pretensiones – prescripciones de carácter moral (Douglas, 1996).

La evaluación del riesgo se constituye así en una nueva expresión de los procesos de manipulación de las conductas individuales en el conjunto de la vida cotidiana: la administración de lo cotidiano se constituye en espacio de gobierno a través de la intervención del Estado y de las prácticas profesionales que la mediatizan. En este contexto, se revalorizan “viejas” técnicas de intervención profesional que sitúan a la familia en su domicilio, en su hogar, en su contexto cotidiano; se reconoce la centralidad de la vida cotidiana en tanto escenario donde se producen y actúan las relaciones sociales. Históricamente el trabajo asistencial en el hogar y la “visita domiciliaria” han estado asociados al quehacer profesional de los

trabajadores sociales. En la actualidad se multiplican los agentes profesionales que reconocen el espacio íntimo del hogar como un espacio de intervención profesional, reflejando la demanda que desde los dispositivos institucionales recae sobre sus prácticas: psicólogos, psicomotricistas, educadores y maestros son convocados a incluir el hogar y también la comunidad como espacios a modelar.

La intervención técnica entra al hogar de forma tal de prescribir comportamientos en el cotidiano familiar que permitan la superación de problemáticas activando los propios recursos de la familia. Se apuesta a la construcción de dispositivos basados en la recuperación de formas de protección social cercana, invocando la responsabilidad y solidaridad de las familias, la comunidad y las organizaciones locales.

En el marco de un acelerado proceso de pauperización de la clase que vive del trabajo, el centrarse en las capacidades y recursos familiares y comunitarios, se constituye en un intento de amortiguar las demandas hacia un Estado que ha visto reducida y precarizada su intervención sociopolítica directa. El proceso de desmaterialización de los servicios sociales es simultáneo al proceso de pauperización que afecta a grandes sectores de población. La precarización de los servicios sociales y asistenciales resignifica el contenido de las intervenciones y prácticas profesionales, mediante la transferencia de herramientas para afrontar la “crisis”. Lo que sigue, corresponde a la fundamentación de un programa de Nutrición y Lactancia Materna a ser desarrollado por el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) como estrategia para enfrentar la crisis del año 2002:

“La cantidad de frutas y vegetales que las personas consumen tiene una influencia importante en su salud (...) **Puede parecer difícil proponer estas recomendaciones en poblaciones de bajo nivel socio-económico.** Sin embargo, con un enfoque de equidad, es **importante que estas poblaciones conozcan la oportunidad que tienen de mejorar su salud a través de la alimentación.** El desafío será **fortalecer las propias capacidades para acceder a una**

alimentación saludable. Esto pasa por un lado por el análisis de la distribución del gasto en alimentación y en la búsqueda de su optimización en términos nutricionales. Pero por otro lado, **es factible pensar en que la comunidad organizada, e informada acerca de los múltiples beneficios del consumo de frutas y verduras, se pueda organizar para trabajar a nivel de la implementación de huertas comunitarias. Si se piensa además en los altos niveles de desempleo actuales, este hecho podría contribuir a generar ocupación, a mejorar los ingresos, a elevar la autoestima, al tiempo que fortalecería las redes comunitarias. Es decir, beneficios que van mucho más allá de alimentos para el autoconsumo.**”²⁸⁹

En ese sentido, la precarización de los servicios sociales y asistenciales en períodos de crisis, tal como la ocurrida en el año 2002, confirma la tendencia de reducción del gasto que los acompaña, tal como se afirmó al analizar el comportamiento del gasto social al inicio del presente capítulo.

La estrategia propuesta por el INDA en aquel entonces es un claro ejemplo que ilustra lo analizado en estos últimos párrafos. Transferencia de información, fortalecimiento de las propias capacidades, organización de la comunidad y estrategias de autocuidado son algunos de los componentes que también pueden identificarse en las más recientes propuestas de (des) protección social.

En síntesis, los contenidos desarrollados y analizados a lo largo de este capítulo contribuyeron a comprender la emergencia del Plan CAIF como respuesta al fenómeno de la infantilización de la pobreza y sus efectos sobre el desarrollo de la infancia. Asimismo, la preocupación por la infancia pobre y su pobre desarrollo está fuertemente asociada al especial comportamiento y estructura demográfica de los uruguayos. Somos un “país

²⁸⁹

Plan CAIF. Nutrición y Lactancia Materna. Marco Conceptual, octubre de 2002.

de viejos” y gran parte de nuestros niños nace y crece en condiciones de pobreza. Este desbalance intergeneracional coloca desafíos a mediano plazo sobre los procesos de reproducción de la vida social, en general y de la fuerza de trabajo, en particular.

También se analizó la trayectoria del Plan CAIF recuperando aquellas formas institucionales que lo antecedieron y sirvieron de modelo, para luego profundizar en la transformación de aquellas bases institucionales de origen y su creciente proceso de tecnificación, a la luz de las orientaciones de política social típicas de los 90.

Asimismo, el desarrollo de saberes sobre el desarrollo psicomotor en la primera infancia -con la introducción del enfoque de riesgo- y la incorporación de los avances en la informática -en la reestructuración de los sistemas de información y en las iniciativas de gobierno electrónico-, han sido interpretados como mecanismos de individualización en el campo social.

CONCLUSIONES

“Y es cierto: estos procesos (individualización y comunitarización de la protección) fueron dando forma a una transformación –fuertemente disputada- de las formas de organización de la vida social, de las maneras de pensarla y de concebirla como legítima, de lo que era posible esperar, a qué era posible acceder y de lo que valía la pena demandar.

Mientras tanto, no creo que pueda esperarse de la autoprotección (ni que se le pueda reclamar) que su resultado sea una sociedad más solidaria. Para eso, no hay medio más poderoso de generación de solidaridades que la desmercantilización, que no proviene de la autoprotección sino, al contrario, de derechos más o menos incondicionales. Y en esa línea, precisamente, es que ha

quedado todo por recuperar, por reconstruir, por discutir, sin duda: por someter a evaluación los juicios y las preferencias.” (Danani, 2008)

Comprender las transformaciones societales que nos permiten hablar hoy en día de formas individualizadas de protección social exigió un recorrido por el cual fue posible pensar en la cuestión del riesgo en el marco de los procesos de destradicionalización e individualización que caracterizan este momento del desarrollo de la modernidad. Individualización, destradicionalización y riesgo constituyen tres ejes de análisis que entendimos centrales a la hora de dar cuenta del contexto en el que se procesan las principales alteraciones institucionales y tecnológicas de las formas de protección social.

En oposición a las certezas proporcionadas por las tradiciones, se abre una incertidumbre radical expresada en la emergencia del riesgo en tanto apertura de escenarios probables a partir de construcciones autobiográficas mediadas por decisiones individuales.

“Nadie podrá dejar de percibir lo trágico de esta desfuncionalización que consiste en el hecho de que hombres cuya existencia y autoconsciencia están ligadas a un conducta tradicional determinada, que llevó a sus padres, y quizá también a ellos mismos en su juventud, al éxito y a una autoafirmación suficiente, se vean, con el mismo comportamiento, condenados ahora al fracaso y a la decadencia, en un mundo que se ha transformado en virtud de causas ininteligibles” (Elías *Apud* Svampa, 2005)

El desmoronamiento de las tradiciones contribuye a reforzar el proceso de individualización dado que, la exigencia de autoconstrucción de una “narrativa del yo”, es producto de la puesta en cuestión de narrativas colectivas construidas en función de condiciones similares de vida para grandes grupos de población volviendo predecibles las trayectorias vitales de los individuos a partir de su pertenencia de clase.

La incertidumbre radical que supone la emergencia del riesgo abre crecientes espacios a los sistemas abstractos, y fundamentalmente a los sistemas expertos. En este sentido, ante la identificación de determinados riesgos, se despliegan discursos que ofrecen parámetros que acompañan los comportamientos y la toma de decisiones biográficas sustituyendo el papel desempeñado por la tradición, pero ya no como “verdad” sino como “probabilidad”.

Ahora bien, cabe preguntarse si señalar que asistimos a un proceso de individualización social, en el que los individuos se vuelven responsables por su propia vida, equivale a afirmar que el Estado abandona sus pretensiones de “gobierno”²⁹⁰. Contrariamente, el proceso de individualización es aquí entendido como parte y producto de un conjunto de transformaciones societales que da sustento a nuevas formas de gestión poblacional, las que a su vez, refuerzan tal proceso. Las formas individualizadas de protección social son la respuesta ofrecida frente a la pérdida de tradiciones y soportes colectivos de protección que acompañen el proceso de constitución de los sujetos. En este contexto están aquellos que pueden “asociar el individualismo y la independencia, porque su posición social está asegurada, por un lado, y por el otro quienes llevan su individualidad como una cruz, porque ella significa falta de vínculos y ausencia de protecciones” (Castel, 1997:477). La protección individualizada constituye una respuesta particularmente dirigida a gobernar aquellos sectores de población para los que tal contexto sólo ofrece oportunidades para el fracaso.

Las formas individualizadas de protección social son producto y expresión del proceso de individualización social tal como ha sido comprendido a lo largo de este trabajo. El proceso de individualización ha sido abordado a partir de la construcción de cuatro significaciones posibles,

²⁹⁰ Gobierno en el sentido que Foucault le atribuye al término como modo de dirigir la conducta de los individuos, los grupos y las poblaciones. La idea de gobierno implica tanto el gobierno sobre las conductas de otros como las propias.

relacionadas entre sí, pero inscritas en distintos niveles de análisis. Se reflexionó acerca de la individualización en el sentido de responsabilización de problemas de origen social en individuos, familias y grupos determinados y la fuerte relación establecida con la individualización en tanto ruptura de hilos que unían al individuo al entramado social general. Estos dos sentidos del proceso de individualización han sido comprendidos como tendencias de largo aliento en el desarrollo histórico de la modernidad.

Así entendido, el proceso de individualización encuentra sus raíces en la modernidad, y es particularmente en el período tardo moderno en el que se presenta con un nuevo ropaje: responsabilizar a los individuos en un contexto de decaimiento de las formas de protección social típicas de los estados de bienestar, de precarización o pérdida de las formas tradicionales de integración social -vinculadas fundamentalmente al mundo del trabajo-, y de debilitamiento de instancias que otrora desarrollaran funciones de protección social cercana, tales como la familia y la comunidad. El es responsabilizado por los éxitos y fracasos de su construcción biográfica en el momento en que escasean los soportes sociales necesarios a tal fin, y en el que tampoco dispone de repertorios y tradiciones que orienten tal construcción a partir de la vinculación del individuo con colectivos sociales de pertenencia.

Por otro lado, el proceso de individualización ha sido trabajado en tanto formas individualizadas de protección social. Estrechamente vinculado al proceso de descolectivización operado a partir de las transformaciones en el mundo del trabajo y, el quiebre del esquema clásico de protección social de los estados de bienestar (seguro social y asistencia), este sentido atribuido a la individualización refiere a las nuevas formas de intervención sociopolítica. Estas procuran identificar trayectorias individuales para explicar una diversidad de fenómenos tales como el desempleo, la pobreza, el fracaso escolar, los déficits en el desarrollo psicomotor, etc. Y por último, la individualización ha sido entendida como la identificación de la población beneficiaria y su incorporación en un registro documental, sentido más bien vinculado a las transformaciones tecnológicas operadas en los

mecanismos de protección social, y una de sus principales características, a saber: la inscripción del individuo en sistemas de información cada vez más complejos y sofisticados.

Las propuestas de protección social individualizada reconstruyen instancias que vuelven a ser valoradas en su función protectora: el propio individuo y sus comportamientos, la familia y la comunidad apelando a valores tales como la responsabilidad, la solidaridad y la participación en los esfuerzos por recomponer las formas de integración y protección social cercanas. De este modo, se vuelve comprensible la creciente importancia que han asumido las estrategias de autocuidado, de fomento de la participación social tanto en la gestión de programas sociales como en los espacios de reversión de “déficits de socialización”, y de fortalecimiento de la familia y la comunidad, en un contexto de debilitamiento de los soportes colectivos de integración y protección social.

Gran parte de las transformaciones institucionales y tecnológicas operadas en el campo de la protección social han encontrado su fundamento en los “usos perversos” que la población beneficiaria ha hecho de las prestaciones sociales. En ese sentido, los dispositivos de intervención se tecnifican cada vez más incorporando todo avance que le permita evitar el acceso de población a la que no va dirigida la prestación, y controlar el uso que se hace de la misma por parte de sus beneficiarios. Este conjunto de preocupaciones ha sido un compañero histórico de las autoridades de gobierno en material social. El ejemplo de Donzelot acerca del uso popular dado al dispositivo de la “roda” en el siglo XVIII permite ilustrar cómo se expresaban estas preocupaciones y qué tipo de respuestas se construía: frente al uso indebido del dispositivo se propone su sustitución por otro que daría origen a lo que luego se conocería como salario – familia, asignaciones familiares, etc. De este modo, el anonimato garantizado por la “roda”, que provocaba “a perda de iniciativa da administração”, fue sustituido por un servicio abierto de asistencia financiera que permitió “por um lado, desencorajar o abandono e, por outro, atribuir os auxílios a partir de uma investigação administrativa da situação das mães” (Donzelot, 1986:

La creciente tecnificación de los dispositivos de intervención sociopolítica permiten la configuración de nuevas formas de gobierno y vigilancia poblacional. Sin embargo, estos dispositivos no sólo traen de nuevo la incorporación de los avances tecnológicos sino que se configuran en un contexto en el que entender los “problemas sociales” en tanto handicaps individuales o familiares es legítimo, tal como lo vimos, en el capítulo tres, al analizar el contexto de las reformas y sus condiciones de posibilidad. En ese sentido, comprender la tecnificación de los dispositivos de protección social no se reduce a listar las innovaciones y su incorporación a la gestión de lo social, sino que exigió la comprensión de las condiciones socio-históricas y las racionalidades que posibilitaron tal incorporación, que imprimen una orientación y dotan de una materialidad concreta a cada dispositivo.

En definitiva, las alteraciones institucionales y tecnológicas de las formas de protección social dan cuenta de nuevas formas de organización de la vida social, y así fueron tematizadas a lo largo de este trabajo. Las formas individualizadas de protección social dejan a un lado el principio de la solidaridad como estructurante de la intervención sociopolítica. La solidaridad de la sociedad frente a la situación de desprotección y desventaja social de sus miembros individuales, es relevada, en tanto principio fundante de la intervención, por la jerarquización de la responsabilidad del individuo frente a una sociedad que destina recursos para atender tales situaciones.

Gran parte de los debates sobre las nuevas políticas sociales confirman que nacen como forma de disminuir los costos públicos de atención a las expresiones de la cuestión social. Como vimos al inicio de este trabajo, el Plan CAIF se presenta como una iniciativa en ese sentido. Producciones más recientes que analizan “casos” concretos de políticas sociales de segunda generación, han puesto en cuestión esta afirmación basándose en los voluminosos costos que significaría un desarrollo eficiente

y eficaz de la acción reguladora del Estado sobre el conjunto de prestaciones tercerizadas (Midaglia, 2000). A ello se agregan los costos técnico – administrativos derivados de la necesidad de mantener sistemas de información y procedimientos de focalización. Queda, entonces, abierta la interrogante acerca de si efectivamente las nuevas propuestas de gestión social de la pobreza logran disminuir el gasto social del Estado. Si se llegara a la conclusión de que esta nueva ingeniería social implica más o menos los mismos costos que las prestaciones de carácter universal, sería posible afirmar que este tipo de iniciativas obedecen, no tanto a requerimientos de reducción del gasto social del Estado, sino a la promoción de una resignificación del contrato social moderno a través del cual se determinan enlaces entre el individuo y el colectivo definidos en términos de derechos de ciudadanía. El trabajo realizado no pretendió ni es capaz de dar respuestas en este sentido. Sin embargo, e independientemente de cuál sea la respuesta en relación al gasto, este trabajo sí permitió demostrar que las formas de protección social individualizadas ganan legitimidad como consecuencia de nuevas formas de pensar la relación sociedad – individuo desde la perspectiva de las responsabilidades y compromisos recíprocos para asegurar ciertos mecanismos de bienestar social.

Por otro lado, a lo largo de la investigación se hizo referencia a la percepción de ciertas alteraciones como cambios semánticos. De algún modo, estas alteraciones semánticas expresan la continuidad de ciertas bases institucionales de la protección social típica de los 90, las que son reinterpretadas discursivamente manteniendo su carácter operativo. El ejemplo más claro es el de la focalización, tal como fue analizado. como señal de continuidad en políticas de los 90. Estas supusieron una transformación radical de las formas de protección anteriores, características de los estados de bienestar. Ahí está el quiebre fundamental de una matriz de protección social universal y anclada en los derechos de ciudadanía. Hoy se aprecia con respecto a los 90 una creciente tecnificación en los dispositivos de protección social pero sus principios orientadores ya eran un hecho: la focalización ya estaba presente y la descentralización y la tercerización también. Las transformaciones recientes, fundamentalmente en el orden

tecnológico, fortalecen estas bases institucionales de la protección social que pueden rastrearse ya desde fines de los 80. Mejores instrumentos para focalizar, mejores instrumentos para controlar, medir y monitorear. En fin, se tecnifica cada vez más la gestión y se fortalece cada vez más, gracias a esta tecnificación, la individualización de las prestaciones sociales en un contexto sociohistórico donde, como fuera dicho, ganan mayor legitimidad.

El caso tomado como objeto de estudio en este trabajo presenta las características de lo que aquí entendimos como formas de protección social individualizada. Y ello no sólo por el momento histórico en el que se desarrolla sino también por las particularidades institucionales y tecnológicas que es posible atribuir a este dispositivo. Por un lado, se observa que el proceso de consolidación institucional del Plan CAIF ha estado marcado por el carácter versátil y flexible del dispositivo que le ha permitido desarrollar una trayectoria que supera los 20 años modelándose en función de requerimientos cambiantes (población objetivo, organigrama, fuentes y montos de financiación). Por otro lado, este proceso de consolidación del dispositivo se acompaña de niveles de tecnificación cada vez más importantes. A su vez, la tecnificación de la intervención es uno de los requerimientos de la individualización social. El carácter marcadamente individualizador del dispositivo se vuelve visible en la descripción y análisis de las estrategias de focalización de la población beneficiaria, su inscripción en un campo documental, los saberes que fundamentan las intervenciones propuestas apoyados en la lógica del enfoque de riesgo, el desarrollo de sistemas de información e iniciativas de gobierno electrónico, el fuerte énfasis en el fortalecimiento de las capacidades familiares y la comunidad, la promoción de estrategias de autocuidado, etc.

Las formas de protección social individualizada resignifican los metaobjetivos de la intervención sociopolítica cuando la integración social, a través de soportes institucionales y protecciones sociales de carácter colectivo, pierde centralidad frente a las nuevas propuestas focalizadas en grupos de riesgo buscando su inserción en entornos y circuitos protegidos. Comienza a manifestarse una incipiente tendencia hacia la construcción de

itinerarios de protección social focalizada en estos grupos poblacionales.

Asimismo, la protección social individualizada supone nuevas formas de gobierno y vigilancia poblacional que articulan las tecnologías de seguridad en tanto en modos de regular, objetivar y controlar la experiencia basándose en el cálculo estadístico y el trabajo experto, y las “tecnologías del yo” que permiten a los individuos operar sobre el automodelaje de sus comportamientos. Estos dispositivos de gobierno y vigilancia poblacional se caracterizan por:

- Vehicularizar contenidos individualizadores de lo social en varios sentidos: explicación individual sobre la génesis de problemas de origen socio - estructural, responsabilización individual por su resolución, e identificación clara y precisa de la población objeto de “tutela” social, de las prestaciones que recibe y de sus trayectorias biográficas e institucionales.
- Reforzar la relevancia de los sistemas de información y son un campo fértil para la introducción de las recientes medidas de gobierno electrónico. Esta revolución tecnológica en la administración gerencial de la asistencia permite nuevas formas de vigilancia poblacional capaces de desarrollar ciertas acciones con relativa prescindencia de la práctica de los operadores clínico – asistenciales.
- Abordar mediante estrategias educativas un conjunto de problemas sociales complejos que son entendidos como déficits de socialización, colonizando institucionalmente espacios como el hogar y la comunidad a partir del despliegue de “medidas capacitadoras para contrarrestar el subprivilegio”. Operan sobre el territorio donde la población desarrolla su vida cotidiana, la que pasa a ser objeto de administración promoviendo estrategias que intentan recrear formas de protección social cercana.
- Reformular los papeles y las relaciones entre los agentes profesionales y entre éstos y la población beneficiaria de los servicios, acentuando los potenciales escenarios de conflicto entre distintas racionalidades, según la

división del trabajo sociotécnico. Se construyen mediaciones instrumentales en la relación entre los operadores clínico - asistenciales y la población atendida, impactando sobre los márgenes de relativa autonomía técnica al definir qué observar, cómo registrar y cómo leer el dato para la toma de decisiones. En este sentido, la construcción permanente de instrumentos, sobre todo de focalización y evaluación del riesgo, promueve la estandarización de las prácticas de las profesiones asistenciales. De este modo, la racionalidad de los agentes clínico – asistenciales es desafiada en sus principios orientadores por la racionalidad de la gestión. A lo largo del trabajo se señalaron diversas formas de resistencia a este embate por parte de los operadores clínico – asistenciales que encuentran espacios menos formalizados y estandarizados ya sea por la naturaleza de los objetos a administrar o por la propia versatilidad del dispositivo.

- Elevar la eficiencia al rango de un imperativo en la gestión que vertebra la ingeniería del dispositivo. Si bien surge cierta preocupación por la eficacia hay una clara jerarquización de la eficiencia en la articulación de la propuesta, y la tecnificación creciente del dispositivo responde directamente a los requerimientos de la consolidación de una modalidad gerencial de la asistencia.

Del trabajo realizado se desprenden algunas inquietudes e interrogantes que darían lugar a futuros estudios e investigaciones, a saber:

A) La investigación desarrollada pretendió identificar y analizar la propuesta contenida en el dispositivo “pensado”. En ese sentido, no se ocupó de considerar la distancia entre éste y sus distintas materializaciones, lo que constituye una posible línea de continuidad en la reflexión. Es de esperar que los distintos “modos de ser CAIF” en cada barrio, localidad o poblado en particular sean tributarios del carácter versátil y flexible del dispositivo, y de la gran heterogeneidad del universo de instituciones que prestan servicios CAIF.

B) El desarrollo de nuevos saberes sobre el desarrollo psicomotor en la

primera infancia, los sistemas de información y las iniciativas de gobierno electrónico, sumados a los procedimientos de focalización, se presentaron e interpretaron en tanto mecanismos tendentes a la individualización social de las prestaciones. Sería relevante indagar cómo operan estos u otros mecanismos en diferentes dispositivos de intervención sociopolítica implementados recientemente en el campo de la protección social.

C) Frente a los procesos de creciente tecnificación de los dispositivos de protección y su intrusión en los espacios más íntimos de la vida familiar, se abre la interrogante acerca de las percepciones de los usuarios y de su impacto sobre los comportamientos individuales. Algunas de las tecnologías descritas permiten nuevas formas de ingreso en el hogar mediante, por ejemplo, mensajes que recuerdan que Felipe no fue vacunado, que Ana, su mamá, no asistió a su último control del embarazo o que la familia ha consumido muchas grasas y sería recomendable incorporar determinados alimentos en la dieta familiar.

D) La exigencia de contraprestaciones como condición para continuar recibiendo un beneficio, sobre todo centradas en la asistencia a centros educativos y de salud, supone un crecimiento en la demanda de estos servicios. La capacidad operativa de estos ámbitos institucionales se ve más exigida cuanto más aumenta el control central sobre el cumplimiento de tales contraprestaciones. En ese sentido, se abre un abanico de estudios posibles acerca de, por un lado, la capacidad real de los subsistemas de salud y educación para hacer frente al crecimiento de la demanda, y por otro, el impacto que la exigencia de contrapartidas tendría en el efectivo ejercicio de derechos sociales tan elementales como la salud y la educación, y no sólo a través del acceso a los servicios sino y, fundamentalmente, en la minimización de los problemas relevantes en cada campo (mortalidad infantil, desnutrición, retraso y deserción escolar, por ejemplo).

E) El impacto de las alteraciones del campo ocupacional en la reproducción de segmentos profesionales es un tema que no ha sido suficientemente trabajado, al menos en el caso uruguayo. La tercerización profesional y la

consecuente dispersión del campo ocupacional produce una atomización de los profesionales que, por lo menos, dificulta el aprendizaje intergeneracional y entre pares, a lo que se suma la inexistencia de una carrera profesional al interior del campo. Esta situación afecta, asimismo, las posibilidades de acción colectiva para hacer frente a la precarización de las condiciones del trabajo profesional.

Por último, se entiende que muchas de las reflexiones desarrolladas a lo largo de este trabajo trascienden el estudio del caso seleccionado al identificar atributos y tendencias del esquema de protección social dirigido a la población en situación de pobreza, que pueden ser rastreados en recientes propuestas de intervención sociopolítica. Asimismo, más allá de las particularidades que puedan asumir uno u otro dispositivo concreto, se sitúa un contexto societal en el que estas experiencias se desarrollan y adquieren sentido. De este modo, el trabajo pretendió constituirse en un aporte hacia una comprensión global de las transformaciones institucionales y tecnológicas acaecidas en el esquema de protección social en las últimas décadas. La identificación y el análisis de estas alteraciones es lo que permite nombrar y comprender a estos dispositivos como formas individualizadas de protección social.

RERERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ADORNO, T., HORKHEIMER. (1969). Dialéctica del iluminismo. Buenos Aires: Sur.

ALVAREZ LEGUIZAMON, S. (2002). La transformación de las instituciones de reciprocidad y control: del Don al Capital Social y de la biopolítica a la focopolítica. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, Vol. 8, No. 1.

ANTUNES, R. (1995). *¿Adeus ao Trabalho?*. São Paulo: Ed. Cortez.
_____. (1996) *Dimensões da crise e as metamorfoses do*

mundo do trabalho. Revista Serviço Social e Sociedade: Ano XVII, Nro. 5, p. 78-86.

AÑÓN, M^a. J. y MIRAVET, P. (2005). «Paradojas del familiarismo en el Estado del bienestar: mujeres y renta básica». Cuadernos de Relaciones Laborales, Vol. 23, núm. 2.

ARIÈS, P. (1981). História Social da criança y da Família. Río de Janeiro: Livros técnicos e científicos.

AYRES, J. (1995). Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco. Tesis de Doctorado. USP/FM/SBD. San Pablo.

BARBA, C. (2004). Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del Consenso de Washington. Revista Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad, Vol XI, Nro. 31.

BAUMAN, Z. (2001). La sociedad individualizada. Madrid: Ediciones Cátedra.

BECK, U. (2001). Vivir nuestra propia vida en un mundo desbocado: individuación, globalización y política. En GIDDENS y HUTTON (eds). En el límite. La vida en el capitalismo global. Tusquets Editores, Barcelona.

_____. (1998). La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad. Barcelona: Ed. Paidós.

BECK, U., GIDDENS, A., LASH, S. (1997). Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno. Madrid: Ed. Alianza.

BEHRING, E. (1998). Política Social no Capitalismo Tardio. São Paulo: Ed. Cortez.

BERIAIN, J. (2005). Cruzando la delgada línea roja: las formas de clasificación en las sociedades modernas. Universidad Pública de Navarra.

BILAC, E. (2000) Família: algumas inquietações. En Carvalho, M. (org.) A família contemporânea em debate. São Paulo: Ed. Cortez, p. 29-38.

BORON, Atílio A. (2006). Las ciencias sociales en la era neoliberal: entre la academia y el pensamiento crítico. Tareas No. 122, CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos “Justo Arosemena”. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/panama/cela/tareas/tar122/03boron.pdf>. Consulta: 12/8/09

_____ (2004). Pensamiento único” y resignación política: los límites de una falsa coartada. En BORON, A.A.; GAMBINA, J.C.; MINSBURG, N. (Comp.). *Tiempos Violentos: neoliberalismo, globalización y desigualdad en América Latina*. Buenos Aires: Clacso.

_____ (2003). O pós-neoliberalismo é uma etapa em construção. En SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Orgs). *Pós-neoliberalismo: as Políticas Sociais e o Estado Democrático*. São Paulo: Paz e Terra.

_____ (2000). Estado, democracia e alternativa socialista na era neoliberal. En SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Orgs). *Pós-neoliberalismo II: Que Estado para que democracia?*. Petrópolis/RJ: Vozes.

BOURDIEU, P. (2001). *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

BUSTELO, E y MINUJIN, A (editores). (1998). *Todos Entrán. Propuesta para sociedades incluyentes*. UNICEF – Editorial Santillana.

BUSTELO, P. (2003). *Desarrollo económico: del Consenso al Post-Consenso de Washington y más allá*. Disponible en: www.ucm.es/info/edp/BbusteloPCW03.pdf. Consulta: 14/5/09

CAIRO, G. (2003). FMI, Reformas y Desarrollo. En *Costas y Cairó, Cooperación y desarrollo. Hacia una agenda comprehensiva para el desarrollo*. Madrid: Pirámide.

CANALES, M. (2006). El Grupo de Discusión y el Grupo Focal. En CANALES (Ed). *Metodología de investigación social*. Santiago de Chile: LOM.

CAPONI, S. (2007). Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.1, Río de Janeiro.

CASTEL,R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid: Ediciones de La Piqueta, p.219-243.

_____. (1984). *La gestión de los riesgos (De la antipsiquiatría al post – análisis*. Barcelona. Anagrama.

_____. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

_____. (2003). *Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno*.

Rosario: Homo Sapiens.

_____. (2004). La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?. Buenos Aires: Ed. Manantial.

_____. (2008). La Sociedad Contemporánea ¿es una sociedad de riesgo?. <http://www.sgp.gov.ar/contenidos/cci/cuerpo1/docs/09/Castel.pdf>.
Consulta: 22/01/2009.

CASTIEL, L.D. (2003) Vivendo entre exposicoes e agravos: a teoria da relatividade do risco. Disponible en: <http://www4.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/index.htm>.

Consulta: 3/04/2007

_____. (1999). A medida do possível...saude, risco e tecnobiociência. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz.

CARVALHO, M. (2000). O lugar da família na política social. En Carvalho, M. (org.) A família contemporânea em debate. São Paulo: Ed. Cortez, p. 13-22.

DANANI, C. (1996). “Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población–objeto”. En Susana Hintze (comp.) Políticas sociales: contribución al debate teórico–metodológico. CBC–UBA, Buenos Aires.

_____ (2005). Las políticas sociales en los '90: los resultados de la combinación de individualización y comunitarización de la protección. Coloquio Internacional Trabajo, conflictos sociales e integración monetaria: América Latina en una perspectiva comparada. Instituto de Ciencias (UNGS)/Institut por le Développement/ANPCyT-FONCYT. Buenos Aires.

_____ (2008). América Latina luego del mito del progreso neoliberal: las políticas sociales y el problema de la desigualdad. Ciências Sociais Unisinos, janeiro-abril, año/vol. 44, nro. 001. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil.

D'ELÍA, G. (1982). El Uruguay neobatllista, 1946-1958. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

DE ARMAS, G. (2008). Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia. Sustentabilidad social. Disponible en: <http://www.enia.org.uy/pdf/Sustentabilidad%20SOCIAL.pdf>. Consulta:

15/6/09

DE MARTINO, M. (2000). Aportes para un debate: familias, intervenciones técnicas y desafíos y dilemas de la intervención profesional. Paper presentado en Jornada de Actualización Profesional dirigida a los Trabajadores Sociales del Plan CAIF, Montevideo, Uruguay.

_____. (2001). Políticas sociales y familia. Estado de bienestar y neo-liberalismo familiarista. Revista Fronteras, No.4, p. 103-114, Montevideo.

DE MARTINO, M .; MORAS, L.E. (comp). (2007). Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual. Montevideo: Ediciones Cruz del Sur.

DOMINGUEZ UGA, V. (2004). A categoria "pobreza" nas formulações de política social do Banco Mundial. Revista de Sociologia e Política, No. 23, Curitiba. Dipsonible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n23/24621.pdf>. Consulta: 23/6/08

DONZELOT, J. (1986). A policia das famílias. Rio de Janeiro: Ed. Graal.

DUBET, F. (2002) Le Déclin de l'institution. París: Editions du Seuil.

_____. (2003). Desigualdades multiplicadas. Ijuí: Ed. Unijuí.

DOUGLAS, M. (1996). La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Buenos Aires: Ed. Paidós.

DURKHEIM, E. (1991). La educación moral. Buenos Aires: Editorial Losada.

_____. (1995). A divisão do trabalho social. São Paulo: Martins Fontes.

DUSCHATZKY, S. et al. (2000). Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad. Buenos Aires: Ed. Paidós.

FILGUEIRA, C y FILGUEIRA, F. (1994). El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay. Montevideo: Arca.

FILGUEIRA, C. (2005). Reflexiones acerca de los desafíos de la construcción de un sistema integrado de información estadística. Disponible en: http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento_mides_111.pdf. Consulta: 4/4/09

_____. (1999). Bienestar y Ciudadanía. En: Tokman, V y O'Donnell, G. Pobreza y desigualdad en América Latina: temas y nuevos desafíos. Barcelona: Paidós.

FILGUEIRA, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina, eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. En: Bryan Roberts (Editor) Ciudadanía y Política social. Costa Rica: Ed. Flacso.

FOUCAULT, M. (1990). La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: Editorial La Piqueta.

_____. (1992). Microfísica del poder. Madrid: Editorial La Piqueta.

_____. (1995). Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. México: Ed. Siglo XXI.

_____. (1996). El sujeto y el poder. Revista de Ciencias Sociales, No. 12 (pp. 7 - 19).

FREIDSON, E. (1978). La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península.

GIDDENS, A. (1991). Consecuencias de la modernidad. Madrid: Alianza Editorial.

_____. (2000). Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.

GIDDENS, A., BECK, U., LASH, S. (1997). Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno. Op.cit.

GRAMSCI, A. (1985). Antología. México: Ed. Siglo XXI.

_____. (2000). Cuadernos de la cárcel, 6. Edición crítica del Instituto Gramsci a cargo de Valentino Gerratana. México: Ediciones Era / Universidad Autónoma de Puebla.

GRASSI, E., HINTZE, S., NEUFELD, M. (1994). Políticas sociales, crisis y ajuste estructural: un análisis del sistema educativo, de obras sociales y de las políticas alimentarias. Buenos Aires: Ed. Espacio.

GRASSI, E. (1994). Neoliberalismo conservador y Estado asistencialista: reflexiones críticas sobre los alcances y resolución de la crisis. Revista Serviço Social e Sociedade, Vol. 15, No. 44. São Paulo: Editora Cortez.

_____. (2003a). El asistencialismo en el Estado neoliberal. La

experiencia argentina de la década del 90. En Revista e-l@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos. Vol 1, No. 4.

_____. (2003b). Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I). Buenos Aires: Ed. Espacio.

_____. (2004a). Política y cultura en la sociedad neoliberal. La otra década infame (II). Buenos Aires: Ed. Espacio.

_____. (2004b). Problemas de la teoría, problemas de la política, necesidades sociales y estrategias de política social. En: Laboratorio: Estudios sobre Cambio Estructural y Desigualdad Social, Año 6, no. 16 : IIGG, Instituto Gino Germani, UBA, Argentina. Disponible en: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo/textos/lavbo16.pdf>. Consulta: 13/5/08

Grupo de Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP). (2007). Desarrollo infantil e integración en la sociedad uruguaya actual. En DE MARTINO y MORAS (comp.) Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual. Montevideo: Ediciones Cruz del Sur.

GUERRA, Y. (1995). A instrumentalidade do Serviço Social. São Paulo: Ed. Cortez.

GURNEY, P.; AGUIRRE, B.E. (1980). La teoría sociológica de Ferdinand Tönnies. En: *Revista Interamericana de Sociología*, Nurn. 29 Vol. IX: 145-154.

HABERMAS, J. (1971). Teoría y praxis. Estudios de filosofía social. Frankfurt: Ed. Tecnos.

HACKING, I. (1995). La domesticación del azar. Editorial Gedisa, Barcelona.

HARVEY, D. (1992). *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola.

HERRERA, S. (2006). Sobre las formas de clasificación en Durkheim y Bourdieu. En: Voces y Contexto, No. II, Año 1. Disponible en: http://www.uia.mx/actividades/publicaciones/iberoforum/2/pdf/sandra_herrera.pdf. Consulta: 21/09/08

HOBSBAWM, E. (1988). *A era dos Impérios (1975 – 1914)*. Río de Janeiro: Editora Paz e Terra.

_____. (1995). Era dos extremos. O breve século XX. 1914 – 1991. São Paulo: Companhia das Letras.

_____. (1996). A era do capital (1848 – 1875). Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.

HOLZMANN, R. y JORGENSEN, S. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 21, No. 1, Universidad de Antioquia, Colombia, pp. 73 – 106. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12021106.pdf>. Consulta: 8/5/09

IAMAMOTO, M. (1997). Servicio Social y división del trabajo. Ed. Cortez: São Paulo.

IANNI, O. (2000). A globalização e o retorno da questão nacional. IFCH, UNICAMP.

KAZTMAN, R. y FILGUEIRA, F. (2001). Panorama de la Infancia y la Familia en Uruguay. IPES – UCUDAL.

KAZTMAN, R. Y RODRIGUEZ, F. (2006). Situación de la Educación en el Uruguay. Informe Temático, Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.versión%20final%20final%20educaci%F3n1.pdf>.

Consulta:6/6/09

LASCH, C. (1984). Refugio en un mundo despiadado. Reflexión sobre la familia contemporánea. Madrid: Ed. Gedisa.

LASH, S., GIDDENS, A., BECK, U. (1997). Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno. Op.cit.

LUPTON, D. (1993). Risk and moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. Revista International Journal of Health Services.

MACPHERSON, C. B. (1979). A teoria política do individualismo possessivo. De Hobbes a Locke. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

MARX, C. ; ENGELS, F. (1953). Manifiesto del Partido Comunista. Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras.

MAURIEL, A.P. (2006). Combate à pobreza e (des)proteção social: dilemas teóricos das “novas” políticas sociais. En: Revista Praia Vermelha 14&15. Estudos de Política e Teoria Social. Primeiro e Segundo Semestre,

2006.

MIDAGLIA, C. (1995). Reforma de estado: una perspectiva de análisis alternativa. *Revista Fronteras*, Montevideo, No. 1, 55-82.

_____. (1997a). El rendimiento de los “by-pass” como instrumento de reforma social: el caso PRIS. *Revista uruguaya de Ciencia Política*, Montevideo, No. 10, pp. 79 – 99..

_____. (1997b). Reforma del estado en el campo social: elementos para una discusión. *Revista Fronteras*, Montevideo, No. 2., pp.91-102.

_____. (2000). Alternativas de protección a la infancia carenciada. Colección Becas de Investigación CLACSO.

MIOTO, R. (1997). Família e Serviço Social – contribuições para o debate. São Paulo: Serviço Social e Sociedade, Ano XVIII, pp.114-130.

_____. (2001). Novas propostas e Velhos Princípios: Subsídios para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. Montevideo: *Revista Fronteras*, No. 4, pp. 93-102.

MITJAVILA, M. (1999). O risco e as estratégias de medicalização do espaço social: Medicina Familiar no Uruguai (1985-1994). Tese (Doutorado em Sociologia). São Paulo: Universidade de São Paulo.

_____. (2006). El riesgo como instrumento de individualización social. En: Barkún, M. y Krmpotic, C. *El Conflicto Social y Político. Grados de libertad y sumisión en el escenario global y local.* pp.91-108. Buenos Aires: Prometeo Libros.

MITJAVILA, M. y DA SILVA DE JESUS, C. (2004). Globalização, modernidade e individualização social, Santa Catarina: Programa de Pós – Graduação em Serviço Social. Curso de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

MITJAVILA, M., FERNANDEZ, J., MOREIRA, C. (2002). Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: redefinición del Welfare State. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, Vol. 18, Nro. 4.

MORÁS, L. (2000). De la tierra purpúrea al laboratorio social. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

MOREIRA, C. (2001). La Reforma del Estado en Uruguay: cuestionando el gradualismo y la heterodoxia. En: Calamé y Talmant, Con el Estado en el corazón. El andamiaje de la gobernancia. Montevideo: Trilce.

MOTTA, V. (2007). Da ideologia do capital humano à ideologia do capital social: as políticas de desenvolvimento do milênio e os novos mecanismos hegemônicos de educar para o conformismo. Tese de Doutorado em Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponible en: www.ess.ufrj.br. Consulta: 22/3/09

NEIBURG, F., PLOTKIN, M. (2004). Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina. Buenos Aires: Paidós.

NETTO, J.P. (1981). Capitalismo e reificação. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas.

_____. (1992). Capitalismo monopolista e serviço social. São Paulo: Ed. Cortez.

_____. (1995). Assistência social entre a produção e a reprodução social. Programa de estudos pós-graduados em serviço social. São Paulo: Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC/SP, No. 2.

_____. (1996). Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social e Sociedade, Ano XVII, pp.87-132.

ORLANSKY, D. (2005). El concepto de Desarrollo y las Reformas Estatales: Visiones de los Noventa. Disponible en: www.iigg.fsoc.uba.arsepurePublicacionesOrlansky.pdf. Consulta: 22/4/09

ORTEGA, E. (2003). El servicio social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Montevideo: Universidad Federal de Río de Janeiro – Universidad de la República, Tesis de Maestría.

_____. (2009). Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del Servicio Social en el Uruguay (1955-1973). Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, 2009, Tesis de Doctorado.

ORTEGA, E.; VECINDAY, L. (2009). De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. Revista Fronteras, pp. 11-20 Montevideo: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.

PALAMIDESSI, M. (1998). La producción de los sujetos de la educación. El “gobierno económico” y la gestión del riesgo en las sociedades de seguridad. Revista Propuesta Educativa, Año 9, No. 19.

PAREJA, C. (1994). Políticas Sociales. Montevideo: Revista Prisma, No. 3, Universidad Católica del Uruguay.

PASTORINI, A. (2001). Las paradojas de la nueva cuestión social. Montevideo: Revista Fronteras, Nro. 4, 39-47.

_____.(2002) Ações sociais focalizadas e solidárias como substituto das políticas sociais universais no contexto neoliberal. In: I Colóquio Brasil / Uruguai: Questão Urbana, Políticas Sociais e Serviço Social. 11-12/abril 2002. Praia Vermelha: UFRJ.

ROSANVALLON, P. (1995). La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

SARACHU, G. (1999). Los procesos de problematización e intervención en Trabajo Social ante las transformaciones contemporáneas. En: Temas de Trabajo Social. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales.

SERNA, M. (2005). El malestar ciudadano con el reformismo uruguayo de los noventa. Revista *de Ciencias Sociales*, año XVIII, no. 22. DS, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

_____. (2008). Las políticas de la pobreza en los gobiernos de izquierda del cono sur: de las redes sociales de seguridad a las redes de protección social. En: Revista Dados, IUPERJ. Río de Janeiro.

SUPERVIELLE, M.; QUIÑONES, M. (2007). ¿Es posible concebir políticas de inclusión alternativas? En: DE MARTINO, M .; MORAS, L.E. (comp). Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual. Montevideo: Ediciones Cruz del Sur.

SVAMPA, M. (2005). La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo. Ed. Taurus.

TENTI FANFANI, E. (1989). Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención/1. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1989.

_____. (2000). Notas sobre exclusión social y acción colectiva. Reflexiones desde Argentina. En: LAGUADO, A (Editor). La política social desde la constitución de 1991 ¿una década perdida?. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://168.96.200.17/ar/libros/colombia/ces/polsoc.pdf>. Consulta: 18/7/09

TERRA, J. P. (1989). Población en riesgo social: infancia y políticas públicas en el Uruguay, Montevideo: Vol. 3., PNUD, MTSS.

TERRA, J.P. Y HOPENHAYN. M. La infancia en el Uruguay (1973 – 1984). Efectos sociales de la recesión y las políticas de ajuste. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

TÖNNIES, F. (1979). Comunidad y Asociación. Barcelona: Ediciones Península.

VARELA, C. (Coord.). (2008). Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Programa de Población, Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo: Ediciones Trilce. Disponible en: http://www.programadepoblacion.edu.uy/enlazar/poblacion_final_web_31_7.pdf. Consulta: 26/8/09

VECINDAY, L. (2003). El proceso de globalización y su impacto en los patrones de regulación sociopolítica. Revista Serviço Social e Sociedade, No. 76. São Paulo: Editora Cortez.

_____. (2005). El papel de la evaluación del riesgo en las políticas de inserción social focalizada. Revista Serviço Social e Sociedade, No. 81. São Paulo: Editora Cortez.

VILAS, C. (coord). (1995). Estado y políticas sociales después del ajuste. Debates y alternativas. Universidad Nacional Autónoma de México – Editorial Nueva Sociedad.

WEISSHAUPT, J.R. (org.). (1988). As funções sócio-institucionais do serviço social. São Paulo: Editora Cortez.

YÁÑEZ y VILLATORIO. (comp.). (2005). Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la institucionalidad social. Hacia una gestión basada en el conocimiento. CEPAL, Serie Políticas

Sociales. Santiago: Naciones Unidas.

ZAFFARONI, C. (1994). Políticas Sociales. Montevideo: Revista Prisma, No. 3, Universidad Católica del Uruguay.

ZIZEK, S. (2001). El espinoso sujeto. El centro ausente de la ontología política. Buenos Aires: Ed. Paidós.

FUENTES DOCUMENTALES

A. DOCUMENTOS DE ORGANOS OFICIALES

- Convenio entre la República Oriental del Uruguay y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Montevideo, 15 de setiembre de 1988.
- Focalización y dimensionamiento de la población objetivo del “Programa Infancia, Adolescencia y Familia”. Segmentos Críticos, Grupos de Edades y Zonas de Intervención, s/f.
- Matriz de Marco Lógico. Programa Integral de Infancia,

Adolescencia y Familia en Riesgo, 2005.

- Sub Componente 1.1 “Modelo integral para niños menores de 4 años y sus familias”. Secretaría de la Presidencia de la República - Banco Interamericano de Desarrollo - Préstamo BID N° 1434/0C-UR - Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en riesgo social - INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 2003.
- Matriz de Seguimiento del Programa. Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en riesgo social - INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 2005.
- Modelo de Gestión Territorial con ajustes. Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en riesgo social - INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 2005.
- Modelo de atención a niños menores de 4 años y sus familias. Informe de difusión pública de resultados del año 2005 - MIDES – PIAFRS – Plan CAIF, 2006.
- Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (2006 – 2010). “de la Convención al Cumplimiento de los Derechos”. Comité de Coordinación Estratégica, Noviembre de 2005.
- Indicadores clave de desempeño. MIDES – PIAFRS – Plan CAIF, 2006.
- Informe sobre el Gasto Público en Infancia en Uruguay – 1990 – 2009: insumos para la elaboración de una estrategia para la infancia y la adolescencia. Azar, Llanes, Sienna, Comité de Coordinación Estratégica, marzo de 2006.
- Plan Operativo Anual. MIDES – PIAFRS – Plan CAIF, 2005.
- Síntesis Descriptiva del Plan CAIF. MIDES – PIAFRS – Plan CAIF, 2005.
- Reorganización institucional. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, s/f.
- Perfiles técnicos. Roles y competencias. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF. Última versión, Febrero de 2001.
- Equipos de trabajo: perfiles técnicos requeridos para el ingreso a los Centros CAIF. Instituto de la Niñez y la Adolescencia – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 2007.

- Plan CAIF: Misión, Objetivos y Estrategias. Desarrollo de lineamientos generales. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, s/f.
- Lineamientos de acción del Plan CAIF. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, Marzo de 1999.
- Organización del Plan CAIF. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, s/f.
- Modalidad Centros CAIF. Reglamento de funcionamiento, s/f.
- Modelos de Gestión. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, s/f.
- Aniversario Plan CAIF: Instituto Nacional de Alimentación (INDA) – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Plan CAIF – Marco Conceptual Proyecto BID – Junio, 2002.
- Informe del Comité de los Derechos del Niño correspondiente al año 2007.
- Presentación titulada PLAN CAIF – 1988 – 2007 (archivo ppt) realizada por la Lic. Ana Cerutti, Directora del Plan CAIF, s/f.
- Estructura organizativa de los centros CAIF en base a los fondos transferidos por el INAU, Modalidad Urbana, 2007. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos>. Consulta: 23/10/09
- 20 años Plan CAIF. 1988 – 2008. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos>. Consulta: 26/01/09
- De la emergencia a la equidad social. Cuatro años de políticas sociales. Uruguay Social, Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2009. Disponible en: http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento_mides_110.pdf. Consulta: 21/12/09
- [Evaluación del estado nutricional de niños y niñas participantes de Plan CAIF](#). Instituto Nacional de Alimentación, 2009. Disponible en: <http://www.inda.gub.uy/indaweb/images/evaluacion%20caif.pdf>. Consulta: 19/10/09.
- [Desarrollo de Sistema de Consulta de Consumos Alimentarios](#). AGESIC – Ministerio de Trabajo – Instituto Nacional de

Alimentación. Disponible en:

http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/file/203/1/INDA_ObjEntregables.pdf

Consulta: 12/02/10

- Ríos, M. Avances en Gobierno Electrónico. Disponible en:
<http://www.agesic.gub.uy/Sitio/descargas/JIAP-AGESIC-MdR.pdf>

Consulta: 12/02/10

- Midaglia, C. (2008) Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia: los retos de la sustentabilidad democrática. Disponible en:

<http://www.enia.org.uy/pdf/Sustentabilida%20DEMOCRATICA.pdf>

Consulta: 02/02/09

- Calvo, J.J. (2008). Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia. Sustentabilidad Demográfica. Disponible en:

<http://www.enia.org.uy/pdf/Sustentabilid%20DEMOGRAFICA.pdf>

Consulta: 02/02/09

- Cardozo, S (2008). Cuadernos de la ENIA. Políticas educativas, logros y desafíos del sector en Uruguay 1990 – 2008. Disponible en:

http://www.enia.org.uy/pdf/Politic_educativas.pdf

Consulta: 02/02/09

- Programa Maestros Comunitarios. Disponible en:

<http://www.infamilia.gub.uy> Consulta: 12/03/09

- Sistema Integrado de Información del Área Social. Hacia un Sistema Articulado de Monitoreo y Evaluación para la Implementación de una Política de Equidad Social. Ministerio de Desarrollo Social.

Disponible en:

<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/2791/1/uruguay.pdf>

- VVAA. Comercio Electrónico. Dónde estamos y hacia dónde vamos.

Disponible en:

<http://www.agesic.gub.uy/Sitio/descargas/ALADIComercioElectronico.pdf>

B. NORMAS, DECRETOS, LEYES Y RESOLUCIONES.

- Convención de los Derechos del Niño, 1989.
- Código de la Niñez y de la adolescencia, 2004.
- INAME – Plan CAIF. RESOLUCION No. 077/98. Ficha social de ingreso.
- Ley No. 16.736 de incorporación del Plan CAIF dentro de la estructura del Instituto Nacional del Menor, 5 de enero de 1996.
- Plan CAIF. Marco Normativo. Montevideo, 2002.
- Ley N° 17.866 del 21 de marzo de 2005 de creación del Ministerio de Desarrollo Social y del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.
- Ley de Voluntariado Social. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17885&Anchor=.Consulta>: 23/10/08

C. MATERIALES TECNICOS E INSTRUMENTALES.

- Terra, J. P. Población en riesgo social: infancia y políticas públicas en el Uruguay, Montevideo: Vol. 3., PNUD, MTSS, 1989.
- Terra, J. P. Creciendo en condiciones de riesgo. Niños pobres del Uruguay. Montevideo: CLAEH – UNICEF, 1989.
- Pauta para la elaboración del proyecto institucional, s/f.
- Instrumento de prácticas de crianza GIEP (IPCG), s/f.
- Seminario Políticas Sociales, Familia y nuevas modalidades de intervención. Montevideo: junio, 2002 (material desgrabado).
- Situación de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay, s/f.
- Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales. Cuidando el potencial del futuro. El desarrollo de niños preescolares en familias pobres del Uruguay. Montevideo: Dpto. de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, 1996.
- Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales. Sobre desarrollo infantil de niños/as menores de 5 años y características familiares en condiciones de pobreza. Instituto Interamericano del Niño, s/f.
- Un lugar para aprender y crecer jugando. INAME – Secretaría

Ejecutiva del Plan CAIF, 1998.

- Plan CAIF – Contribuciones al desarrollo de recursos personales de padres y madres en los centros CAIF, setiembre de 2002.
- Plan CAIF, Nutrición y Lactancia Materna. Marco Conceptual, octubre de 2002.
- Plan CAIF – Construyendo estilos de vida saludables – Marco Conceptual, Octubre de 2002.
- Plan CAIF- Desarrollo y Participación Comunitaria – Documento de Discusión, Octubre de 2002.
- Ficha social de inscripción del niño. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF. Última versión, febrero de 2001.
- Ficha del Sistema de Información Para la Infancia (SIPI). INAME.
- Contrato con Familias. INAME – Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF.
- Instrumento de Prácticas de Crianza del GIEP (Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales).
- SF36.
- Pauta de tamizaje del Desarrollo Psicomotriz.
- Pauta de observación del desarrollo elaborada por técnicos del GIEP.
- “Sobre desarrollo infantil de niños /as menores de 5 años y características familiares, en condiciones de pobreza”. Canetti A., Cerutti A., Navarrete C., Schwartzmann L., Roba O., Zubillaga B. Disponible en: http://www.iin.oea.org/conferencia_ana_ceruti.htm. Consulta: 20/08/08
- Rol del Trabajador Social en los Centros CAIF. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos>. Consulta: 22/12/09”
- El rol del psicólogo en los Centros CAIF. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos>. Consulta: 22/12/09
- Crecer y aprender juntos desde diferentes escenarios. El centro y el hogar. Desafíos y nuevas realidades, VVAA: Plan CAIF, 2009. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos> Consulta: 03/03/10
- “Construyendo ciudadanía desde las redes” Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos>. Consulta: 22/12/09

- “Desarrollo infantil y fragmentación social en la sociedad uruguaya actual”. Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos/>. Consulta: 12/4/10
- Guía Metodológica. Programa de Estimulación Oportuna “Un lugar para aprender y crecer jugando”, Instituto de la Niñez y la Adolescencia, Secretaría Ejecutiva del Plan CAIF, 2006. Disponible en: www.caif.gub.uy/adjuntos/2009/07/librillometodologia.pdf. Consulta: 7/9/08
- Martínez et al (2003), “¿Todos los pollos son amarillos?”, en En búsqueda de la calidad educativa en centros preescolares, ACUDE. Disponible en: www-acude.org.mx/biblioteca/calidad/Todos-los-Pollos-Fase-II-2.pdf. Consulta: 3/6/08

D. OTRAS FUENTES DOCUMENTALES.

- Evaluación del proyecto de Desarrollo Institucional del Plan CAIF. Período 1997-1999 (CLAEH).
- Evaluación del proyecto de Desarrollo Institucional del Plan CAIF. Período 1999 – 2001 (CLAEH).
- Evaluación de las Nuevas Modalidades del Plan CAIF. Una primera aproximación. Canzani, Midaglia, Ferreira, febrero de 2005.
- Entrevista a Lic. Ana Cerutti, Diario La República, 11/10/07.
- Comité de los Derechos del Niño -45º período de sesiones - 21 de mayo a 8 de junio de 2007: Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. Lista de cuestiones que deben abordarse al examinar el segundo informe periódico del Uruguay (doc. CRC/C/URY/Q/2)
- Estudio Mundial de Valores, 2007, Equipos MORI y Canal 10. Extraído del Diario El País, 21/11/07.
- Comunidades de Práctica – Educación Para Todos, Cuadernos de Trabajo Atención y Educación de la primera infancia, Dra. María Esther Mancebo. UNESCO, Montevideo, 2007
- Plan Nacional de Jardines Maternales. Hacia la determinación de

alternativas de atención a la infancia de 0 a 6 años. Prof. Carlos Pazos, 1988.

- Midaglia, C.; Antía, F.; Castillo, M. (2009) Repertorio de Programas Sociales. La protección social a la infancia y la adolescencia. Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales. En convenio con el programa INFAMILIA del Ministerio de Desarrollo Social.
- Azar, P.; Llanes, J.; Sienra, M. (2006) Informe sobre el Gasto Público en Infancia en Uruguay (1990 – 2009). Disponible en: <http://Informe-Gasto-Publico-Infancia.pdf>.
Consulta: 18/03/09
- Presentación a cargo del Soc. Julio Bango. Disponible en: http://www.sas.gov.py/xhtml/Eventos/Invitacion/Uruguay_Julio%20Bango.pps. Consulta: 2/2/10