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

**Inclusión educativa de niños y niñas de 0 a 3
años en situación de discapacidad en los
centros Caif de la ciudad de Rivera**

Silvana Recalde
Tutor: Juan Romero

2017

A mi madre:

*Que supo cumplir con muchos roles a la vez,
que a pesar de nuestras diferencias siempre ha pesado más el amor que nos tenemos,
que es mi sostén y apoyo en todos los momentos
que es la mujer de mi vida!*

Índice

Glosario de abreviaturas y siglas.....	2
Introducción.....	4
Capítulo I	
<i>I.1- Quiénes son los normales?</i>	7
<i>I.2- Modelo de Prescindencia, modelo Medico y Modelo Social de la Discapacidad</i>	9
Capítulo II	
II.1-	
<i>Infancia</i>	15
<i>II.2- Derecho a ser niño</i>	18
Capítulo III	
<i>III.1-Plan Caif</i>	26
<i>III.2-Lineamientos del Plan Caif</i>	29
<i>III.3-Principales Componentes del mismo</i>	32
Capítulo IV	
<i>IV.1-Sistema Nacional de Cuidados</i>	35
<i>IV.2-Etapas y actores</i>	38
<i>IV.3-El programa de Asistentes Personales</i>	39
<i>IV.4-La situación de dependencia</i>	41
Capítulo V	
<i>V.1- Metodología</i>	43
<i>V.2- Análisis</i>	44
Reflexiones finales.....	61
Bibliografía.....	65
Anexos.....	70

Glosario de abreviaturas y siglas:

ANEP- Administración Nacional de Educación Pública
ASSE- Administradora de Servicios de Salud del Estado
BPS- Banco de Previsión Social
CAIF- Centro de Atención a la Infancia y a la Familia
CDPD- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CENFORES- Centro de Formación y Estudios del INAU
CEPAL- Comisión Económica para América Latina
CNA- Código de la Niñez y la Adolescencia
INAME- Instituto Nacional del Menor (actual INAU)
INAU- Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay
INDA- Instituto Nacional de Alimentación
INE- Instituto Nacional de Estadística
INFAMILIA- Infancia, Adolescencia y Familia
INMUJERES- Instituto Nacional de las Mujeres
MIDES- Ministerio de Desarrollo Social
MSP- Ministerio de Salud Pública
OEA- Organización de los Estados Americanos
OMS- Organización Mundial de la Salud
ONG- Organizaciones no Gubernamentales
OSC- Organizaciones de la Sociedad Civil
SNC- Sistema Nacional de Cuidados
UDELAR- Universidad de la República
UNICEF- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción:

El presente trabajo constituye la monografía final de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

La temática del mismo como ya se ha nombrado en la carátula, tratará sobre la “inclusión educativa de niños y niñas de 0 a 3 años en situación de discapacidad en los centros caifs de la ciudad de Rivera”.

El objetivo general de este trabajo se refiere a: indagar el rol que cumplen los centros Caifs en el desarrollo y los procesos de inclusión de estos niños/as.

Con respecto a los objetivos específicos estos son: - analizar la importancia y los aportes del modelo social en la temática de la discapacidad, -investigar si los lineamientos y objetivos del Plan Caif son compatibles con las necesidades y expectativas de los niños/as en situación de discapacidad y sus familias, - recabar información sobre quien se encarga del cuidado de los niños y niñas en situación de discapacidad que concurren a los centros.

El interés de investigar esta temática surge de haber tenido la posibilidad de trabajar en un centro Caif, y observar que, a diferencia de la educación primaria, no existían los “caifs especiales” para los niños/as con alguna deficiencia, sino que estos lugares eran espacios comunes para la diversidad.

No todos los niños y niñas son iguales, ni tienen los mismos intereses, ni desean lo mismo, ni aprenden de igual forma; por lo que un sistema inclusivo requiere sin dudas, un conjunto de alternativas y estrategias situadas en un marco de flexibilidad.

Si bien ello no se encuentra en los orígenes de la educación pública, han pasado muchos años de esos primeros indicios de la escuela valeriana y creo que es tiempo ya de revisión.

“...Una sociedad inclusiva implica una sociedad abierta y en consideración de la diversidad, accesible en sus distintas significaciones y contenidos, una sociedad que respeta la diversidad y donde los derechos humanos son inherentes a la condición de persona, más allá se esté o no en situación de discapacidad, se posea o no una deficiencia...” (Miguez y Silva, 2012: 85)

Cabe destacar que este trabajo estará transversalizado por la distinción entre el modelo médico y el modelo social en relación a la discapacidad, y se tomará como base el segundo, el cual considera que la discapacidad es una construcción social, y que el “problema” no está en los sujetos que poseen alguna deficiencia, sino en la sociedad que muchas veces no aporta las condiciones para incluirlos.

El modelo social enfatiza al sujeto como ser ontológico y por ende sujeto de derecho.

“...Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna...” (Naciones Unidas, 2014: 1).

La inherencia de los derechos humanos al ser implica el reconocimiento de la diversidad, sin que medie una ideología de la normalidad que divida a los sujetos de un lado u de otro (según singularidades corporales y/o de comportamiento). Esto da cabida a la diversidad como idea innegociable, que reconoce y da valor a cada ser por su condición de tal, más allá de sus particularidades individuales (Angulo, Díaz y Míguez, 2015)

La monografía contará con cinco capítulos, en los cuales se desarrollarán básicamente los siguientes contenidos:

Capítulo uno nos remontaremos hacia la época moderna en la cual (según diversos autores) surge lo que se puede llamar la ideología de la modernidad, en la cual se define al sujeto “normal y al anormal”.

En un segundo momento se caracterizará a tres modelos que abordan de diferentes puntos de vista la temática discapacidad, estos son el Modelo de la Prescendencia, el Modelo médico y modelo social.

Para finalizar este capítulo se hará la diferenciación entre conceptos que muchas veces son interpretados como sinónimos (no siendo así) integración / inclusión, discapacidad / deficiencia.

En el segundo capítulo se abordará la definición de Infancia, y haremos un breve recorrido sobre los documentos legales que han surgido (tanto a nivel nacional como internacional) a lo largo de los años para proteger el “derecho a ser niño”.

En el capítulo tercero se hará un recorrido por lo que ha sido el Plan Caif luego de sus más de 25 años de historia, en la cual se expondrán los principales lineamientos y componentes del mismo.

En el cuarto capítulo se tratará sobre el Sistema Nacional de Cuidados, diferenciando sus distintas etapas, a lo que nos referimos cuando hablamos de situación de dependencia y del programa de Asistentes Personales.

En el quinto y último capítulo se presentará la metodología propuesta para llevar a cabo el presente trabajo, y se realizará el análisis del trabajo de campo recogido por los distintos actores a través de las entrevistas realizadas.

Para finalizar se expondrán las reflexiones finales que se desprenderán a lo largo del trabajo.

Capítulo I

I.1- Quiénes son los “normales”?

Los conceptos de normal y anormal no son conceptos vigentes desde siempre, es recién a partir del siglo XIX que normalidad se constituye como un concepto potente entre la demarcación entre “nosotros” y los “otros”. Según Foucault (2000) se puede sostener que “normalidad-anormalidad” es un par conceptual que surge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar, tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos.

El hablar de modernidad implica encontrarse con un conjunto de acontecimientos que llevan al surgimiento de la misma como un momento histórico que trae aparejado cambios en la sociedad, tanto en las relaciones sociales, políticas y económicas; como en la forma de aprehensión del conocimiento científico, los cuales se desencadenan paulatinamente.

La Modernidad, refiere a una fase de transformación de las instituciones tradicionales y de las creencias heredadas. Infunde en la mente de los sujetos una ideología basada fundamentalmente en las ideas de progreso como estadio de superación de la civilización humana, la razón y racionalidad, como fuerzas promotoras de dicho progreso, a la vez que orientan el cambio y la organización de la sociedad. También, se basa en las ideas de libertad e igualdad entre las personas, difundidas a partir de la revolución francesa de 1789 (Serna y Superville, 2009).

La burocratización del Estado, la alfabetización, la secularización, son características propias de la modernización. Todos los conocimientos que antes se tenían por ciertos son colocados en tela de juicio y analizados a la luz de la razón. Por otra parte, el proceso de modernización, refiere a la transición de las sociedades consideradas tradicionales a las modernas. Por consiguiente, mientras que la modernidad se refiere al plano de las ideas, la modernización refiere a procesos concretos de cambio (Gómez, 2011).

A partir del período descrito, instituciones tales como la familia, la educación y la salud se convierten en agentes fundamentales que permitirán mantener y reproducir el orden capitalista imperante, procurando cuerpos que sean funcionales al sistema. Lo

anterior se logrará a partir del proceso de medicalización y represión de los individuos “anormales”. (Donzelot, 1998)

Según Angelino y Rosato (2009) el sujeto normal es entonces un prototipo de hombre medio, parámetro, según el que todos seremos medidos, evaluados, señalados y clasificados. La normalidad sería la medida del hombre y del mundo. Nos encontramos así, con la dimensión productiva de las normas, que producen cuerpos a su medida, fabrican un tipo de individuos ajustados a los límites, útiles, productivos y capaces de adaptarse a los requerimientos de la inserción productiva en un mundo “normal”. Y todo aquello que no sigue esa norma es señalado, separado, castigado.

En este trabajo se propone desnaturalizar la idea de una normalidad única, estática y vigente desde siempre, para inscribirla en el marco del surgimiento de la normalidad y consecuentemente de un modo de producción particular: el modelo capitalista.

Se puede sostener que el binomio normal-anormal es un par conceptual que emerge en el contexto de la modernidad, buscando tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos. Es así que, en la trama social de la modernidad, los sujetos legitiman su subordinación con relación a una estructura material, y quedar por fuera de esa legitimación, implica también quedar por fuera de la legitimación social, generándose así relaciones de exclusión social para aquellos sujetos, grupos, etc. que no logran tal legitimación (Míguez, 2009).

Podemos expresar que:

“...las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes en cada época; o, dicho en otros términos, la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante. La clase que tiene a su disposición los medios para la producción material dispone con ello, al mismo tiempo, de los medios para la producción espiritual, lo que hace que se le sometan, al propio tiempo, por término medio, las ideas de quienes carecen de los medios necesarios para producir espiritualmente...”. (Marx y Engels, 1969: 50)

Sin embargo los “anormales”, “inadaptados” que no se adecuaban a esas ideas e imposiciones de la clase dominante de ese momento, debieron ser positivizados, o sea en el sentido de posibilitar la producción de sujetos normales, dóciles, adaptados y útiles a los nuevos requerimientos de la producción fabril; instalándose como una normalidad deseada. (Angelino y Rosato, 2009).

En ese tránsito hacia lo positivo, el “otro” fue convencido de que está mal ser lo que es, fue persuadido para que deje de ser y fue manipulado para ir en pos de la pertenencia de un “nosotros”. Un proceso que además de buscar la homogenización de la sociedad, naturalizó la normalización e instaló al otro como “anormal” (Skilar, 2000).

En ese proceso nombrado anteriormente, la medicina tuvo un papel muy importante, al ser la encargada de la medicalización de lo anormal. El médico comienza a constituirse en un agente central, no solo en el control de las enfermedades sino en la producción de individuos sanos. El profesional de la medicina se convierte en el experto consejero familiar, que instala prescripciones médicas y morales alrededor de la organización vida cotidiana. Todo ello contribuye a que la autoridad médica sea a la vez una autoridad social (Foucault, 1996)

Es en este contexto de relaciones de saber-poder asimétricas, en el que se reconoce un modelo médico predominante, donde se diagnostica y a partir de eso se debe “reparar” lo que está mal, “normalizar” al “anormal”. Cuestión que se pretende superar a partir de los planteamientos más recientes entorno a la concepción de la discapacidad desde lo social.

Según (Palacios, 2008) Es posible distinguir tres modelos de tratamiento, que a lo largo del tiempo se ha dispensado a las personas con discapacidad, y que, en algunos ámbitos coexisten (en mayor o menor medida) en el presente.

1.2- Modelo de prescindencia, Modelo Médico y Modelo Social de la Discapacidad

Un primer modelo, que se denomina de prescindencia, supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un principio religioso. Desde esta perspectiva las personas con discapacidad se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que son la consecuencia del enojo de los dioses, que albergan mensajes diabólicos, o que (por desgracia) sus vidas no merecen ser vividas. Como consecuencia de estas creencias, la sociedad decide prescindir de las personas con discapacidad y las mismas son tratadas como objeto de caridad y asistencia. Las características esenciales de este modelo son básicamente dos: la

justificación religiosa de la discapacidad, y la consideración de que las personas con discapacidad no tienen nada que aportar a la comunidad (Palacios, 2008).

Siguiendo con Palacios (2008) el segundo modelo conocido como rehabilitador o médico, considera que las causas que originan la deficiencia en las personas no son más religiosas (como en el modelo anterior) sino que científicas, derivadas en “limitaciones” individuales de las personas. Pero a pesar de ello las personas con discapacidad ya no son consideradas “inútiles” o innecesarias, pero si objeto de intervención para que sean “rehabilitadas”. El fin primordial que se persigue desde este modelo es “normalizar” a las personas con discapacidad. En este modelo se busca la “recuperación” de la persona, buscando su integración¹ en la sociedad, y es en este sentido que la educación denominada “especial” se convierte en una herramienta muy importante en ese proceso “rehabilitador”.

Las respuestas sociales en este modelo se basan en una actitud paternalista, centrada en los “déficits” de las personas con discapacidad. En esta concepción las posibilidades de “integración” de las personas con discapacidad se encuentran limitadas debido a sus “deficiencias”, sin tomar en cuenta las causas o factores sociales. Es decir desde esta perspectiva a discapacidad genera exclusión (Palacios, 2008).

Las personas con discapacidad son consideradas ser humanos desviados de una “norma estándar”, y por dicha razón se encuentran limitadas o impedidas de participar plenamente en la vida social. Por eso son sujetos de “rehabilitación” para tratar entrar en la “norma” o lo más cercano posible. Como herramientas de dicha “normalización” se destacan la intervención estatal (en lo relativo a la asistencia pública), los tratamientos médicos y aplicación de los avances científicos, el trabajo protegido y la educación especial:

“...debido a la existencia de un convencimiento generalizado respecto de que los niñas y niños con discapacidad no son normales, se considera que debe realizarse todo lo necesario a fin de lograr que dichas criaturas se normalicen. A dichos fines, se implementa toda una serie de medidas encaminadas a la rehabilitación o habilitación

¹ En el presente documento se realizara una diferenciación entre los conceptos de integración e inclusión, ya que muchas veces los mismos son considerados como similares o hasta muchas veces como sinónimos no siendo así.

para que dichos niños puedan funcionar en sociedad de una manera más normal... ”.
(Palacios, 2008: 81)

En lo que se refiere al modelo social, los defensores de este modelo aseguran que las causas que originan la discapacidad no son individuales, sino sociales.

Podría afirmarse que el origen, el desarrollo y la articulación del modelo social se han generado básicamente a través del rechazo a los fundamentos expuestos anteriormente por los otros dos modelos. Se puede situar la aparición de este modelo social a finales de la década de los sesenta, del siglo XX, en Estados Unidos e Inglaterra en principio (Palacios, 2008).

“...Hasta ese momento la discapacidad venía siendo considerada básicamente como un cuerpo y/o una mente defectuosa, en donde el individuo era un total dependiente de su familia y de los servicios de asistencia social. En fin la discapacidad implicaba una “tragedia personal” para la persona “afectada” y un “problema” o “carga” para el resto de la sociedad...” (Palacios, 2008: 106).

Osea que todas las personas que fueran poseedoras de alguna deficiencia eran (o son hasta el día de hoy) consideradas discapacitadas.

La discapacidad es tradicionalmente considerada como un problema que afecta a individuos, un problema derivado de las condiciones de salud y de deficiencia de algunos sujetos cuyos cuerpos se apartan de los cánones de normalidad y que, por ende, se transforman en objeto de estudio e intervención de la medicina (Vallejos, 2006).

Pero deficiencia y discapacidad remiten a conceptos diferentes, desde el modelo social se realiza una clara distinción entre estos dos conceptos, no siendo similares ni mucho menos, y pudiéndose estar en situación de una y no de otra y viceversa.

Podríamos afirmar entonces que la discapacidad sería una construcción social y lo que sería individual de la persona, sería la deficiencia que pueda llegar a poseer. Pero la similitud entre estos dos conceptos se limita a que ambos son construcciones sociales que remiten a las ausencias de “algo” de algunos sujetos.

“...Hoy nos proponemos pensar a la discapacidad como una producción social, inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad (...) Hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal” del cuerpo Uno (único). Es también,

una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad...” (Rosato y Angelino, 2009: 34).

La Organización Mundial de la Salud (2001) plantea a la deficiencia como una dificultad que presenta el individuo a nivel físico, mental y/o sensorial. En este sentido la deficiencia puede ser medida (en decibelios, en el caso de las personas sordas, en dioptrías en el caso de los ciegos, psicodiagnósticos en el caso de la deficiencia intelectual, etc.) y estas medidas se utilizan para situar al individuo en una u otra categoría (OMS, 2001).

Así la deficiencia expresa una particularidad de un sujeto, construido como la ausencia de algo en un cuerpo singular, y la discapacidad refiere a un proceso que se construye desde la sociedad sobre sujetos singulares, los cuales quedan clasificados, etiquetados y la mayoría de las veces excluidos de los espacios cotidianos de toma de decisiones y de reconocimiento de sus individualidades (Angulo, Díaz y Míguez, 2015).

El hecho de poseer una deficiencia no implica tener una discapacidad, ya que la misma es externa al individuo, es la sociedad que lo ubica al sujeto en tal situación, limitando así su condición como sujeto de derechos.

Es importante reconocer el carácter social y no natural de la discapacidad, para así poder superar perspectivas hegemónicas que aún hoy en día se continúan produciendo y reproduciendo en la sociedad. Por ello:

“...la discapacidad como construcción social hunde sus raíces en la superación de la producción de la alteridad, con base en la desigualdad. Etimológicamente, la palabra discapacidad remite a la “falta de” (dis) lo que se entiende como capacidad en las sociedades modernas y, por ende, remite al sujeto y no a la sociedad. Esta forma de nombrar ya deja planteado un punto de partida disímil a la hora de conjugar formas y contenidos en torno al tema. No es lo mismo nombrar reconociendo la desigualdad que generan las sociedades modernas en sujetos concretos que remitir las ausencias a las singularidades, desconociendo el telón de fondo que las provoca...” (Angulo, Díaz y Míguez, 2015: 15)

Al depositar la discapacidad en cada sujeto, implica desresponsabilizarse como sociedad, generando procesos de desigualdad entre sus integrantes.

Desde el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS) se ha venido introduciendo la forma persona en situación de discapacidad, ya ni siquiera persona con discapacidad (como lo plantea la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la ley nacional 18.651) ya que de esta manera al menos se puede ubicar la problemática en la sociedad y si se dan las condiciones la persona puede salir de esa situación (Angulo, Díaz y Míguez, 2015)

Debido a lo expuesto, es pertinente dar a conocer que desde el Trabajo Social resulta apropiado posicionarse desde la postura social de la discapacidad, no considerando a los sujetos que presentan alguna deficiencia como por fuera de la norma, sino, contrariamente como sujetos de derechos, centrando la atención en la potencialización de sus capacidades y en aquello que pueden hacer.

Al considerar el modelo social que las causas que originan a la discapacidad son sociales, las respuestas que deben brindar las políticas públicas, no deben apuntarse individualmente a la persona afectada, sino más bien que deben encontrarse dirigidas hacia la sociedad. Basándose en la búsqueda de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades, destacándose la accesibilidad universal y el diseño para todas y todos.

Podemos ver como desde el modelo social se habla de inclusión y no de integración: “...una sociedad inclusiva, a diferencia de una sociedad integradora donde el “diferente” debe adaptarse a lo hegemónico, implica una sociedad abierta y en consideración de la diversidad, accesible en sus distintas significaciones y contenidos, una sociedad que respeta la diversidad y donde los derechos humanos son inherentes a la condición de persona, más allá se esté en situación o no de discapacidad, se posea o no una deficiencia...” (Míguez y Silva, 2012: 85).

La integración es el movimiento que hace una persona adaptándose a la estructura para que luego la estructura se adapte a ella, la inclusión introduce una idea más fuerte: es la estructura que debe prever y estar organizada del tal manera que pueda ser receptiva de las personas en situación de discapacidad. En la inclusión esta primero la transformación de la estructura, de la sociedad, en la integración en cambio es la persona que debe hacer los movimientos para encontrar su lugar (Míguez, 2009)

En este sentido el concepto de inclusión es propio del modelo social de la discapacidad, mientras que el de integración lo es del modelo médico.

“...La integración, (...), trae consigo la idea de rehabilitación, de movimiento singularizado de sujetos concretos que deben hacer cambios en sus estructuras corporales, de comportamiento, de cuestiones sensoriales si no quieren quedar fuera de lo establecido por el modelo médico. Desde la inclusión se reconoce la diversidad humana en sus más variadas formas, se la respeta y se intenta superar posibles desigualdades; desde la integración se toma como punto de mira la normalidad, por lo que se requiere que el sujeto concreto haga los cambios necesarios para quedar dentro de ella...” (Angulo, Díaz y Míguez, 2015: 18).

Pertenecer a un grupo “infravalorado” por la cultura dominante (como pueden ser las personas en situación de discapacidad) equivale a sufrir una falta de reconocimiento y una distorsión en la relación que se mantiene con uno mismo.

“...Los miembros de un grupo despreciado, a raíz de repetidos encuentros con la mirada estigmatizante del otro culturalmente dominante, interiorizan representaciones negativas de sí mismos y se sienten imposibilitados a la hora de desarrollar una identidad propia culturalmente saludable...” (Fraser, 2000: 58).

Por eso el periodo de la infancia es clave en los procesos de sociabilización, ya que en ella se realiza con mayor profundidad: *“...la interiorización de lo externo y la exteriorización de lo interno. Esto es: cada sujeto interioriza como ser singular lo propio de la sociedad (lo externo) y, a su vez, exterioriza hacia la sociedad mediante actos, discursos y hechos singulares lo que ha interiorizado. Este doble proceso de interiorización y exteriorización resulta fundamental para comprender y trascender preconociones adultas sobre cómo actúan, sienten, hacen y dicen niños y niñas desde sus singularidades...”* (Angulo, Díaz y Míguez, 2015: 12).

Esta interiorización de lo externo es dada con mayor énfasis en los primeros años de vida, en un primer momento en el seno familiar y luego en las instituciones educativas.

Capítulo II

II.1- Infancia

El límite de la niñez varía según las sociedades y culturas, el presente trabajo se basará en El Código de la Niñez y la Adolescencia uruguayo para definir dicho concepto, en el mismo: “...se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad...” (CNA, 2004: 1)

Pero el concepto de infancia no siempre ha sido fijo ni constante. En siglos anteriores “...la autoridad de un rey sobre los súbditos y la de un padre sobre sus hijos eran, como veremos, de la misma naturaleza. Ni una ni otra eran contractuales, sino que, por el contrario, se consideraba a ambas como "naturales". De su gobierno, tanto el rey como el padre sólo tenían que rendir cuentas a Dios. Uno y otro actuaban normalmente en función del interés de su familia, aun cuando ello implicara la peor desgracia para sus súbditos o sus hijos...” (Flandrin, 1979: 1)

Pero entre las postrimerías del siglo XVII y la mitad del siglo XX ocurrieron los mayores y más irreversibles cambios en la imagen de la infancia, en el sentido de que todos los niños del mundo son ahora pensados como acreedores a ciertos principios y derechos comunes a la infancia. A menudo no los alcanzan, pero no se tiene dudas de la importancia de los llamados hechos en su defensa (Cunningham, 2013).

“...Es posible afirmar entonces que la concepción de infancia vigente en la actualidad es producto de su desarrollo a través de los siglos XVIII y XIX. Este proceso, al estar estructuralmente ligado al surgimiento del capitalismo, fue generando paralelamente la visión del niño como riqueza potencial, otorgándole así un valor de tipo mercantil...” (Altamirano, 2002: 24).

En las sociedades antiguas y medievales el niño no poseía de un status propio, siendo sólo considerado en tanto propiedad de un adulto, como objeto del que se conseguía disponer sin contemplaciones. El concepto de infancia como categoría psicosociológica reconocida comienza a esbozarse en el siglo XVI. Previo a dicho siglo

la presencia de la infancia como categoría independiente no era plausible, por lo cual la niñez no se diferenciaba de la adultez (Pinato, 2010)

A pesar de esto, hay quienes indican que la definición de infancia ya preexistía en la Alta Edad Media donde los infantes eran habitualmente asesinados, tal como lo expresa De Mause (1982). Con la familia moderna, según este autor se inició una política más compasiva, que incluía la preservación de los niños y una familiaridad cada vez más humanitaria.

Pero más allá de las discrepancias, ambas concepciones determinan el nacimiento de la infancia en el pasaje de cambios políticos y socioeconómicos del siglo XVII.

Como fuera mencionado, este reconocimiento de la infancia está enlazado profundamente a la institución de la familia moderna; basada ésta en vocablos generales como la “conyugalidad”; la inquietud por la educación y salud de sus miembros; en la afirmación segregada de los roles parentales y filiales; y en la fundación del derecho hereditario como garantía de cesión de los bienes personales (Cicchelli y Cicchelli, 1999).

Ya en el siglo XIX, la unión del niño con el mundo exterior de su hogar lo compone la institución escolar, de esta forma, la infancia se extenderá como tal, hasta la terminación de la escolarización. Sin embargo, hay que puntuar ciertos contrastes: los hijos del “proletariado” industrial y los de los rurales, continuarán experimentando una muy efímera infancia: desde pequeños emprenderán a trabajar en las fábricas, siendo subordinados a una gran explotación. Fue en la medida que la infancia logró mayor jerarquía social, que lo que les acontecía a los infantes dejó de ser una cuestión familiar para mudarse en un asunto estatal (Pinato, 2010).

A principios del siglo XIX el auxilio hacia los niños de los sectores más vulnerables de la sociedad era responsabilidad de la Iglesia, a medida que Estado se consolida entabla una disputa por resguardo de los infantes sustituyendo “la gracia eclesíástica” por lo que serían las primeras políticas sociales (Pinato, 2010).

Algunas representaciones que esbozan el escenario de la infancia durante la época “bárbara” son los contenidos autoritarios en la relación de padres e hijos, marcados por el rigor, las prácticas de abandono e infanticidio y el castigo del cuerpo de los niños, justificado y naturalizado tanto en el terreno familiar como en el escolar (Pinato, 2010).

Según Barrán (1991) para vislumbrar el paso de una “sensibilidad” a otra, debemos tener en cuenta las transformaciones socioeconómicas que estaban ocurriendo en el país durante el período de la segunda mitad del siglo XIX. En el nombrado período podemos decir que Uruguay se “modernizó”, es decir, que reguló su avance político, sociocultural, tecnológico, económico y demográfico al de la Europa capitalista.

Más allá de esto podemos expresar que durante la época civilizada se pudo observar al niño, se lo amó y la sociedad se enterneció con él. “...*Pero el niño aunque amado, debía ser vigilado y culpabilizado pues era un bárbaro en estado de pureza, tanto en el sentir de la escuela vareliana que quería reprimir sus sentimientos inferiores como también por las autoridades eclesiásticas...*” (Barrán, 1991: 118)

Se puede decir entonces que el “hallazgo” del niño se provoca mediante su separación y diferenciación del mundo adulto.

Anteriormente niños, adolescentes, jóvenes y adultos cohabitaban en todos los aspectos de la vida cotidiana de la cultura “*bárbara*”², la cual no brindaba un perfil muy variado de las etapas vitales. Los niños y los mayores habitaban por dondequiera pero, irónicamente, los primeros eran fieles testigos en las ejecuciones públicas de los delincuentes y estaban presentes en velorios mientras que los adultos participaban en el ámbito de los juegos (Barrán, 1993).

Algo que diferirá mucho luego con el inicio de la cultura civilizada, donde el infante germinará en la modernidad con derechos y obligaciones ceñidos y en la cual: “...*le serán vedados rubros enteros de la actividad social (las ceremonias de la muerte, por ejemplo) y otros se le reservarán especialmente (la escuela y el juego), y, sobretodo, adultos y niños se separarán de manera rigurosa en los dormitorios, en los almuerzos y cenas, en la enseñanza, en las diversiones y espectáculos...*” (Barrán, 1991:102).

² Término utilizado por J.P Barrán para describir la crudeza de dicha época.

II.2- Derecho a ser niño

“...El siglo XX ha sido testigo de un profundo y dinámico proceso de reconocimiento y protección de los derechos de los niños, cuya máxima expresión ha sido la aprobación por las Naciones Unidas de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en 1989. Desde comienzos de siglo es posible observar la tendencia a acordar un conjunto de principios de alcance universal para la protección de los derechos de los niños. En 1924 la Sociedad de las Naciones adopta en su V Asamblea el primer texto formal, conocido como la Declaración de Ginebra; posteriormente en 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptará la Declaración Universal de Derechos del Niño. Este perfeccionamiento gradual de los instrumentos de protección de los derechos de los niños, se inscribe dentro de la corriente más universal de progreso en la garantía y protección de los derechos humanos que se expresa a través de la adopción de instrumentos jurídicos con creciente poder vinculante y el afianzamiento del principio de no discriminación...” (Cillero, 1997: 01)

Uno de los logros del movimiento de protección de los derechos humanos en ese siglo es el reconocimiento que todas las personas, incluidos los niños, gozan de los derechos consagrados para los seres humanos, y que es deber de los Estados promover y garantizar su efectiva protección igualitaria. Por su parte, en virtud del citado principio de igualdad, se reconoce la existencia de protecciones jurídicas y derechos específicos de ciertos grupos de personas, entre los que están los niños.

En consecuencia, el niño es titular de los derechos fundamentales que las constituciones, los instrumentos internacionales y las leyes reconocen a todas las personas, y goza además de protección específica a sus derechos que se encuentran en instrumentos especiales y también en diversos instrumentos generales de derechos humanos, tanto de alcance universal como regional. La Declaración Universal de Derechos Humanos; los Pactos de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, son un buen ejemplo de ello. También en el sistema Interamericano, la Convención Americana de Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica, de 1969 contempla normas especiales para la infancia (Cillero, 1997).

El análisis comparado de la evolución de los derechos de los niños en diferentes sistemas jurídicos revela una característica uniforme: el reconocimiento de los derechos de los niños ha sido un proceso gradual desde una primera etapa en que fueron personas prácticamente ignoradas por el derecho y solamente se protegían jurídicamente las facultades, generalmente muy discrecionales, de los padres. Los intereses de los niños eran un asunto privado, que quedaba fuera de la regulación de los asuntos públicos.

Posteriormente, se observa un aumento en la preocupación por los niños y se empieza a reconocer que ellos pueden tener intereses jurídicamente protegidos diversos de sus padres.

Cuando los niños eran considerados meros objetos dependientes de sus padres o de la arbitrariedad de la autoridad el principio fue importante para resaltar la necesidad de reconocer al niño su calidad de persona; ahora que, al menos en el plano normativo, se ha reconocido al niño como un sujeto portador de derechos, el principio debe ser un mecanismo eficaz para oponerse a la amenaza y vulneración de los derechos reconocidos y promover su protección igualitaria (Cillero, 1997).

“...Los derechos del niño no dependen de ninguna condición especial y se aplican a todos por igual; constituyen un conjunto de derechos-garantía frente a la acción del Estado y representan, por su parte, un deber de los poderes públicos de concurrir a la satisfacción de los derechos-prestación que contempla. En este sentido, el enfoque de los derechos humanos permitirá organizar desde una perspectiva diferente las políticas públicas de la infancia y la participación de los niños en la sociedad...” (Cillero, 1992: 05).

Un principio básico de la teoría de los derechos humanos es que tanto los instrumentos internacionales como nacionales son aplicables a todas las personas con independencia de cualquier particularidad. Sin embargo, es posible observar que ciertos grupos de personas no están efectivamente protegidos en el goce de sus derechos, ya sea porque en forma discriminatoria se les priva de protección, o bien porque algunas circunstancias particulares de su vida dificultan el acceso o idoneidad de los mecanismos ordinarios de protección.

Uno de estos grupos es la infancia/adolescencia, el segmento de personas que tienen entre cero y dieciocho años incompletos, a las que se les denomina genéricamente niños. La Convención reafirma el reconocimiento de los niños como personas humanas

y, por ello, con justa razón puede denominársele como un instrumento contra la discriminación y a favor del igual respeto y protección de los derechos de todas las personas, criterio básico para comprender el sentido y alcance del principio del interés superior del niño.

La evolución actual del pensamiento jurídico permite afirmar que, tras la noción de derechos humanos, subyace la idea de que todas las personas, incluidos los niños, gozan de los derechos consagrados para los seres humanos y que es deber de los Estados promover y garantizar su efectiva protección igualitaria. Por su parte, en virtud del citado principio de igualdad, se reconoce la existencia de protecciones jurídicas y derechos específicos de ciertos grupos de personas, entre los cuales están los niños (Cillero, 1992).

Los niños gozan de una supra protección o protección complementaria de sus derechos que no es autónoma, sino fundada en la protección jurídica general.

En este sentido, cualquier pretensión de autonomía del derecho de infancia que no respete estos fundamentos, como la que se sostuvo hasta hace un tiempo por algunos autores que propiciaban un derecho de menores autónomo, es contraria a la concepción de los derechos del niño que emana de la doctrina universal de los Derechos Humanos (Cillero, 1992: 01).

Según O'Donnell (1990) un instrumento internacional muy importante ha sido la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la misma es expresión de un consenso universal. Durante el siglo XX la manifestación más significativa del movimiento de protección de los derechos del niño es la aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

En el ámbito internacional es posible destacar dos hitos fundamentales que le sirven como antecedente: la Declaración de Ginebra de 1924 y la Declaración Universal de Derechos del Niño de 1959. En el plano nacional se pueden encontrar numerosas iniciativas legales que, con mayor o menor eficacia, buscaron proteger a la infancia y promover sus derechos y bienestar (O'Donnell, 1990).

Pese a las perspectivas culturales tan diversas y a la dificultad de la materia que aborda, la Convención es un instrumento de rápido y casi universal reconocimiento jurídico y masiva aceptación social. Si bien el consenso como dice Lyotard (1993) es siempre un horizonte a realizar, se puede afirmar que la Convención representa el

consenso de las diferentes culturas y sistemas jurídicos de la humanidad en aspectos tan esenciales como los derechos y deberes de los padres y del Estado frente al desarrollo de los niños; las políticas públicas dirigidas a la infancia; los límites de la intervención del Estado y la protección del niño de toda forma de amenaza o vulneración de sus derechos fundamentales; y, finalmente, la obligación de los padres, los órganos del Estado, y la sociedad en general de adoptar todas las medidas para dar efectividad a sus derechos (O'Donnell, 1990).

“...La Convención transforma al niño de objeto de derecho a recibir una protección especial en sujeto de una amplia gama de derechos y libertades; aclara el significado de prácticamente toda la gama de derechos humanos para los niños y adolescentes; establece un Comité Internacional de Expertos especializados en los derechos del niño, con nuevas competencias para la promoción de tales derechos. La Convención y su proceso de elaboración han contribuido a ampliar y hacer más dinámicas las actividades de las principales organizaciones internacionales cuyos mandatos abarcan la protección de la niñez, entre ellos el UNICEF...” (O'Donnell, 1990: 1).

La misma ha elevado el interés superior del niño al carácter de norma fundamental, con un rol jurídico definido que, además, se proyecta más allá del ordenamiento jurídico hacia las políticas públicas e, incluso, orienta el desarrollo de una cultura más igualitaria y respetuosa de los derechos de todas las personas. Así lo ha reconocido el Comité de los Derechos del Niño, establecido por la propia Convención, que ha señalado que el interés superior del niño es uno de los principios generales de la Convención, llegando a ser considerado como principio “rector-guía” de ella. Por lo tanto cualquier análisis sobre la Convención no podrá dejar de hacerse cargo de esta noción, pero, a su vez, quien pretenda fundamentar una decisión o medida en el “interés superior del niño” deberá regirse por la interpretación que se desprende del conjunto de las disposiciones de la Convención. No es posible permanecer indiferente ante interpretaciones del interés superior del niño que tienden a legitimar decisiones que vulneran los derechos que la propia Convención reconoce (Cillero, 1992).

La Convención supera, por decisión de los propios Estados, visiones excluyentes de las diferencias culturales que impiden construir estándares jurídicos comunes a todas las personas relativos a sus derechos fundamentales.

Esta es una de las principales consecuencias de la positivización internacional de los derechos humanos, avance significativo de la humanidad en la segunda mitad del siglo veinte que también se hace extensivo a los niños a partir de la ratificación casi universal de la Convención (O'Donnell, 1990).

La Convención, entonces, opera como un ordenador de las relaciones entre el niño, el Estado y la familia, que se estructura a partir del reconocimiento de derechos y deberes recíprocos.

“...Siguiendo la tradición contenida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención es profundamente respetuosa de la relación niño-familia, enfatizando el rol de las políticas sociales básicas y de protección de la niñez y la familia, limitando la intervención tutelar del Estado a una última instancia que supone que han fallado los esfuerzos de la familia y los programas sociales generales. En consecuencia, al interior de un sistema jurídico nacional, las disposiciones relativas a los derechos de los niños -incorporadas a aquél por medio de la ratificación de la Convención y por normas de fuente nacional- cumplen los siguientes cometidos: reafirmar que los niños, como personas humanas, tienen iguales derechos que todas las personas; especificar estos derechos para las particularidades de la vida y madurez de los niños; establecer derechos propios de los niños -como los derivados de la relación paterno/filial, o los derechos de participación-; regular los conflictos jurídicos derivados del incumplimiento de los derechos de los niños o de su colisión con los derechos de los adultos; y orientar y limitar las actuaciones de las autoridades públicas y las políticas públicas en relación a la infancia...” (O'Donnell, 1990: 06).

El cambio en el concepto de infancia se vio manifestado también a nivel jurídico. El progreso gradual de las herramientas de protección de los derechos de los niños, se registra intrínsecamente en la corriente más universal de mejora en el amparo de los derechos humanos, pronunciado a través del acogimiento de elementos jurídicos consolidados al principio de no discriminación (Cillero, 1997).

Desde el punto de vista sociopolítico podemos manifestar que el nuevo valor dotado al niño expresa un cambio en el accionar de los Estados, reflejo a su vez, del nuevo papel que los niños transitaron a librar en el modelo occidental de sociedad nacional propia del Siglo XX.

Desde inicios del mencionado siglo se observa la predisposición a capitular un grupo de principios de trascendencia universal para la defensa de los derechos de los niños. Esto posee como trascendental particularidad el hecho de que el Estado comenzó a dictar ordenanzas vinculadas a la educación de los niños, así como tenía la posibilidad de adjudicarse en ciertos casos el amparo de estos. Se puede expresar que los intereses de los infantes, y primitivamente sus derechos, comenzaban a ser parte de la agenda pública (Cillero, 1992).

Más adelante, La Sociedad de las Naciones en 1924, en su V Asamblea, apadrinaría el primer texto formal, acreditado como la Declaración de Ginebra; subsiguientemente en 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas acogerá la Declaración Universal de Derechos del Niño.

Este perfeccionamiento gradual de los instrumentos de protección de los derechos de los niños, se inscribe dentro de la corriente más universal de progreso en la garantía y protección de los derechos humanos que se expresa a través de la adopción de instrumentos jurídicos con creciente poder vinculante y el afianzamiento del principio de no discriminación.

Esta evolución normativa en relación a infancia sabría representar el acopio de los elementos de protección práctica de los derechos contenidos en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN). Esta normativa se basa en que derechos del niño proceden de su categoría como persona, por lo cual se instituyen dispositivos de protección de los derechos de la infancia, no sustitutivos sino complementarios, de los dispositivos generales de protección de derechos registrados a todos los individuos. Asimismo, se registra la existencia de derechos específicos exclusivos de los niños.

“...En consecuencia, el niño es titular de los derechos fundamentales que las constituciones, los instrumentos internacionales y las leyes reconocen a todas las personas, y goza además de protección específica a sus derechos que se encuentran en instrumentos especiales y también en diversos instrumentos generales de derechos humanos, tanto de alcance universal como regional (La Declaración Universal de Derechos Humanos; los Pactos de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, son un buen ejemplo de ello. También en el sistema Interamericano, la Convención Americana de Derechos Humanos, conocida como Pacto

de San José de Costa Rica, de 1969 contempla normas especiales para la infancia ...” (Cillero, 1997: 1).

Cabe mencionar que uno de los elementos para progresar en la consideración del niño como persona que correspondía ser jurídicamente amparado, fue el principio del interés superior del niño. Pero un avance relevante para la época moderna fue si lugar a dudas la promulgación del Código del Niño de 1934, el cual efectuó una apreciable transformación y categorización de la normativa además de organizar nuevas instituciones. Como innovación trascendente se creó una Defensoría especializada en menores que fueron un gran avance para esos años. Es aquí donde: “...*por primera vez se toma al niño como “objeto” del Derecho, definiéndose una normatividad omniabarcadora, apoyada en una fuerte intervención estatal...*” (Martino y Gabin, 1998: 47)

Si bien el Código toma concepciones y proposiciones de décadas anteriores, reúne adelantadas contribuciones para su tiempo como disposiciones a tomar para los niños infractores y la necesidad de modos apropiados y tribunales entendidos. Sin lugar a duda fue un gran adelanto para Latinoamérica, un paradigma en la región, lo cual se venía reafirmando con el Instituto Interamericano del Niño fundado 1924.

En 1988, surgiría a través de la Ley no. 15.977 el INAME (Instituto Nacional del Menor) servicio descentralizado que sucederá al Consejo del Niño. Se fijan sus cometidos y funcionaría de acuerdo a las normas pertinentes de la Constitución de la República y la Ley 15.977 (<http://www.inau.gub.uy> consultado en setiembre del 2016).

Subsiguientemente el INAME sería denominado en el año 2005 en INAU (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay). El mismo se corresponderá con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Art. 8 Ley 17.866.

El Art. 68 del Código de la Niñez y Adolescencia de Uruguay, sitúa al INAU como rector en políticas referentes a la infancia).

Uruguay fue dando su asentimiento, por razón de las formas constitucionales a la ratificación de tratados internacionales; surgieron entre otras la enumeración de los Derechos del Niño; la Convención sobre los Derechos el Niño; el Protocolo Facultativo concerniente a la utilización de niños en la pornografía, la prostitución infantil y la

comercialización de infantes, y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño inherente a la participación de niños en conflictos bélicos (Bonasso y Lasida, 1995).

En torno a la Organización de Estados Americanos, emanaron las Convenciones Interamericanas sobre obligaciones alimentarias, sobre la restitución internacional de niños, sobre adopción y sobre intercambio de infantes, donde la más significativa sin duda fue la Convención de los derechos del Niño y su ratificación por nuestro país.

Así finalmente llegamos en nuestro breve recorrido al nuevo Código de la Niñez y Adolescencia promulgado a través de la Ley 17 823 en el 7 septiembre de 2004. El mismo constituye la primera etapa de conciliación del derecho interno a los débitos internacionales que confirmó el país en 1990 con la ratificación de la Convención.

Por medio del mencionado Código, el país se confiere de medidas y herramientas jurídicas en favor de la infancia que responden, no solo a una práctica histórica, sino también a transformaciones actuales referentes a las problemáticas de los niños.

Este nuevo Código basado en la Doctrina de la Protección Integral de la infancia concibe a los niños como sujetos de derechos. Asimismo, se piensa como práctica fundamental que todas las disposiciones referentes al niño corresponden estar manejadas por el interés superior de este (Op, Cit. Costábile, 2002)

Finalmente, podemos expresar que el pasaje preceptivo presente en el Código del Niño acumula la normativa internacional y evidencia una permutación única en el concepto de infancia, separándose la concepción tutelar/resguardista en donde el infante es objeto de tutela y derecho forjado en el Código del Niño del 1934.

Capítulo III

III. 1- Plan Caif

El plan Caif se inició en setiembre del año 1988, a partir de un convenio suscrito entre UNICEF y la República Oriental del Uruguay. Con el objetivo principal de impulsar acciones integradas de organismos públicos, gobiernos municipales y comisiones vecinales (asociaciones civiles), para atender las necesidades de los niños en edad preescolar y sus familias que viven en situaciones de pobreza, mediante el desarrollo de estrategias y metodologías innovadoras (Fassler, 2007).

Tomando datos del INE del año 2002 varios factores confluyeron para generar condiciones que inciden en el surgimiento del plan. Algunos de ellos se destacan a continuación: - el deterioro de la situación social y la constatación de la infantilización de la pobreza (de acuerdo a los datos del INE, en 1986 se estimaba que el 38,3 % de los hogares y el 46,2% de las personas tenía ingresos bajo la línea de pobreza. Algo más del 60% de los niños menores de 06 años se encontraba en esa situación).

Otro factor contribuyente fue: - la realización y publicación de diversas investigaciones que permitieron advertir más claramente la configuración del problema y sus posibles efectos (las publicaciones advertían la concentración de la pobreza en la infancia, y la importancia de una intervención temprana para quebrar el círculo de la reproducción de la pobreza. También se nombraba sobre la situación nutricional y el desarrollo psicomotor de los niños y niñas pertenecientes a esta población). Un papel muy importante para el surgimiento y la sustentabilidad del Plan fue también - el apoyo y la participación activa de organismos internacionales. Desde un comienzo contó con el aporte de UNICEF, de PNUD y luego del BID (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

Las Asociaciones Civiles se responsabilizarían de la prestación del servicio y gestión de los recursos brindados por organismos públicos (Cerrutti, 2008).

La meta inicial para los primeros tres años, fue la formación de 145 centros CAIF (70% en el interior del país y 30% en Montevideo) que permitieran llegar en ese periodo a una cobertura final de 10.000 niños y niñas (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

El Plan constó de distintas etapas de vida en las que se pueden identificar algunas prioridades programáticas que en los hechos predominaron en cada periodo:

En las dos primeras etapas el énfasis se puso en brindar alimentación y protección a los niños y en mejorar progresivamente la focalización al encarar aperturas de centros. Más allá de otros factores que pueden haber incidido en estas prioridades, estas resultan coherentes con la preocupación inicial de responder a la emergencia creada por el incremento de hogares afectados por la pobreza (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

En la tercera etapa, a partir de la constatación del escaso impacto alcanzado en el desarrollo psicomotor de los niños, se avanzó hacia una mayor profesionalización de los servicios, articulando acciones dirigidas a mejorar la calidad de la propuesta educativa, a la formación del personal, al fortalecimiento de las asociaciones civiles y al trabajo con las familias, sin descuidar de todas formas la articulación con otros servicios (Iname y Anep, 1996).

La etapa cuatro ante una nueva situación de crisis económica, priorizó la ampliación de la cobertura, la llegada a los sectores de población más vulnerables y el inicio de la intervención en etapas más tempranas (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

En la quinta etapa, frente a la constatación del riesgo de deterioro de la calidad, como producto de la expansión acelerada a través de las nuevas modalidades, el énfasis volvió a girar en torno al aumento de la calidad de las prestaciones, la sistematización y revisión de las formas de intervención, el control y la supervisión, con lo que se logró revertir los riesgos identificados (Cerrutti, 2008).

Finalmente, en la sexta etapa³ adquirió mayor relevancia la preocupación por la articulación de las políticas de infancia hacia dentro del INAU y con el resto de los organismos responsables del diseño y la implementación de políticas dirigidas a esta población. Se mantuvo así mismo la prioridad de la ampliación de la cobertura, sin desmedro del control y la mejora de la calidad de las prestaciones, en el marco de la revisión de la matriz de protección social en proceso (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

³ Cabe destacar que estos énfasis tienen relación con las modificaciones operadas en el contexto, con los cambios de autoridades y de enfoques que sustentan sus propuestas de política, y con la interacción y el peso relativo de los diversos actores involucrados.

Con respecto al desarrollo de los niños que asisten a los centros Caif y pautas de crianza familiar, se realizó una evaluación externa realizada por Equipos Mori (2011), en la cual se relevaron dos muestras: una de niños que asisten a centros CAIF tanto urbanos como rurales, y otra de niños pertenecientes a familias de similares características que no asisten a ninguna institución de atención a la infancia.

Este relevamiento se efectuó entre setiembre y octubre de 2010, e incluyó información sobre características de la población, situación de las familias, pautas culturales y creencias de las madres, situación alimentario – nutricional y desarrollo psicomotor de los niños (Equipos Mori, 2011).

Entre las conclusiones finales de esta evaluación se destacan: -la existencia de una diferencia relativamente importante en el desarrollo psicomotor y en algunas dimensiones del estado nutricional entre los niños que asisten al CAIF y los que no lo hacen, el resultado es mejor cuanto antes se produce el ingreso a la educación, ya que para una porción importante de los niños en situación de pobreza, entrar al sistema educativo a los 04 o 05 años parece ser demasiado tarde (Equipos Mori, 2011).

También se pudo destacar que si bien los niños que asisten a los centros provienen en su mayoría de hogares pobres, los que no asisten a ningún centro de atención a la primera infancia pertenecen a hogares con situaciones socioeconómicas y culturales bastante más precarias (Equipos Mori, 2011).

Los evaluadores relacionan esta situación con la existencia de ciertas barreras culturales que inciden en la decisión de enviar o no el niño/a a un centro, como por ejemplo, la creencia de que es mejor que el niño pequeño este con su madre en esa primera etapa, estas barreras se perciben en mayor medida para el sector convocado al programa Experiencias Oportunas⁴ (Equipos Mori, 2011).

En los últimos años comenzó a implementarse una experiencia piloto de atención diaria a niños/as de 12 a 24 meses en nueve centros, en los departamentos de Montevideo, Canelones, Rivera y Durazno durante un horario de entre cuatro y seis horas: “...*esta experiencia continúa en curso y pretende determinar los requerimientos en cantidad y calidad de los recursos humanos, económicos y de infraestructura necesarios para*

⁴ El programa Experiencias Oportunas consiste en que madres, padres o referentes de niños/as de 0 a 02 años de edad concurren una vez por semana a un taller en el centro para realizar diferentes actividades, guiadas por un/a psicomotricista, un/a educadora y la psicóloga/o.

pensar en la implementación de este proyecto a escala nacional. Surge como una respuesta a las necesidades planteadas por la población y transmitidas por los integrantes de los equipos que trabajan en los centros, así como también a las propuestas consideradas en el marco del diseño del Sistema Nacional Integrado de Cuidados...” (Zaffaroni y Alarcón, 2014: 99).

III.2- Lineamientos del Plan Caif

La estrategia de intervención del Plan Caif se basó en cinco grandes lineamientos que con altibajos se mantuvieron a lo largo de toda la historia (hasta la actualidad):

La integralidad: Responde a la visión de la multiplicidad de factores que inciden en el proceso de desarrollo del niño y la necesidad de actuar sobre ellos desde una perspectiva holística y no segmentada. Desde una perspectiva sistémica, se pone énfasis en que toda intervención debe de tener en cuenta al niño y su contexto en forma integral, en su historia personal y familiar, en las diversas dimensiones del proceso de desarrollo: físicas, psíquicas, sociales, culturales, ambientales, la incidencia de las prácticas de crianza y el rol de la familia en el proceso educativo, la articulación con una perspectiva de género potenciando la autoafirmación del rol femenino, pero también el lugar y el rol de la figura paterna (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

La interinstitucional: Desde el inicio el Plan apostó al involucramiento de diversos organismos públicos y de la sociedad civil para generar condiciones y articular recursos que permitieran alcanzar los objetivos planteados. Es la contracara del principio de integralidad (Fassler, 2007).

La articulación de Estado y sociedad civil: El trabajo conjunto entre el Estado y la sociedad civil para la implementación de los centros Caifs constituye una de las características centrales del proyecto. Los programas dirigidos a la infancia y a la adolescencia, fuera del marco educativo formal, constituyeron uno de los campos en que más se extendió esta modalidad. *“...El desarrollo de estas organizaciones y las perspectivas que comenzaban a abrirse paso en la región respecto a la reducción del rol del Estado y la necesidad de involucrar a otros actores en la atención de los nuevos riesgos sociales se conjugaron para la incorporación de esta estrategia como uno de los pilares del diseño del plan...”* (Zaffaroni y Alarcón, 2014: 122).

Hoy en día el rol de las OSC en la gestión de los centros según (las autoras y algunas de personas entrevistadas en el trabajo de campo (ver anexo 2) es visualizado paradójicamente como una de las grandes fortalezas y gran debilidad al mismo tiempo del Plan. Como se nombró anteriormente las asociaciones civiles responsables de la gestación de los centros constituyen un universo muy heterogéneo (asociaciones de vecinos, organizaciones vinculadas a la iglesia, ONG clásicas, cooperativas integradas por los trabajadores de los centros, organizaciones sindicales, etc.) en general con una elevada dependencia económica de convenios con el Estado.

Alguna de las dificultades que viven las OSC es lograr la renovación de sus miembros y encontrar mecanismos efectivos de apoyo a su capacitación. Como también la escasa existencia de asociaciones que reúnan los requisitos necesarios y estén dispuestas a asumir la responsabilidad que implica llevar adelante los centros es uno de los impedimentos para la creación de nuevos centros. Además cabe destacar que hasta el momento presente los centros Caif no tienen participación formal en los consejos de salarios, no hay representación de los trabajadores ni de quienes lo contratan (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

Pero por otra parte, y más allá de estas dificultades las OSC continúan teniendo un papel clave para el funcionamiento de los centros. Se reconoce que aportan conocimiento y cercanía de la población destinataria, flexibilidad, diversidad, y en muchos casos son esenciales para garantizar el arraigo y la cooperación de la comunidad en la que están insertos (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

La participación comunitaria: Este principio fundante apunta a transformar una concepción pasiva de los sujetos, como simple receptores de servicios del estado, en actores con objetivos, contribuyentes al desarrollo de la propia comunidad, de las familias integrantes de ellas y en especial de los niños (Plan Caif, 1998) “...es importante tender al fortalecimiento de las comunidades locales porque: a) amplían las oportunidades de participación en la definición de los programas que afectan las condiciones de vida de los potenciales beneficiarios y b) incrementan la capacidad de personas y grupos de identificarse con metas colectivas y de mejorar su situación a través del esfuerzo conjunto. La participación comunitaria aumenta la eficacia de la mayoría de los programas y permite la ampliación de los servicios más allá de lo que sería posible con la sola aplicación de los recursos públicos...” (Plan Caif e Infamilia, 2004: 23).

La descentralización: También esta estrategia fue enfáticamente planteada en los documentos constitutivos y de divulgación del Plan. “...*El Plan CAIF pretende alcanzar niveles crecientes de capacidad de decisión en los ámbitos departamentales y locales (...)* En El marco general del Plan CAIF, guardando coherencia con sus principios rectores, se procura sistemáticamente la mejor adecuación a las necesidades específicas de cada zona de radicación, atendiendo a sus características particulares. Las decisiones descentralizadas serán capaces de seleccionar respuestas eficaces y eficientes a requerimientos singulares...” (Zaffaroni y Alarcón, 2014: 126).

La población objetivo: Originalmente el Plan estaba dirigido a los niños y niñas de 02 a 05 años de edad provenientes de hogares pobres, combinando estrategias educativas y asistenciales. En las primeras etapas la mayor parte de los niños/as atendidos tenían entre 03 y 04 años (más del 57%), los niños de 02 años representaban un 23% y los de 05 el 15% (Plan Caif, 1998).

Con la universalización progresiva de la atención de 05 y 04 años por la ANEP, la edad de los niños/as atendidos en los centros Caif fue disminuyendo y el Plan comenzó a concentrarse en las edades más tempranas. Este proceso además se vió reforzado al constatarse la relevancia de comenzar cuanto antes a brindar apoyo a las familias para generar impacto significativos en el desarrollo de los niños y niñas.

En general los estudios realizados por la focalización del Plan coinciden en que ha logrado llegar a su población objetivo. A pesar de ello, se reconoce que ha tenido dificultades para alcanzar a las familias en situación de mayor vulnerabilidad y que existe mayor déficit de cobertura en Montevideo y el área metropolitana que en el interior del país (Fassler, 2007).

Por otra parte, la política de asegurar un nivel de calidad que incida efectivamente en una mejora de las oportunidades de los niños/as ha generado una demanda en sectores medios bajos y/o medios, que no siempre cuentan con alternativas adecuadas para la atención de sus hijos en la primera infancia. En los hechos se han ido sentando bases de universalización de esta política, aunque ello no se haya definido en forma explícita.

En la celebración de los 25 años del Plan algunos expositores reivindicaron el valor de esta heterogeneidad para los procesos de integración social y consideraron imprescindible avanzar hacia la universalización. Los estudios científicos en estas décadas han demostrado en forma irrefutable la decisiva importancia no solo de los

factores genéticos, sino también de la estimulación, el contexto y el ambiente seguro en el desarrollo de los niños/as, y que las condiciones vividas en esta etapa tienen consecuencia para el resto de la vida (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

III.3- Los principales componentes del mismo

Con distintos niveles de desarrollo, asignación de recursos y priorización en las distintas etapas, los principales componentes de la propuesta de intervención del Plan han estado presentes a lo largo de su historia.

El componente educativo: es el que ha evolucionado en forma más evidente a lo largo de más de 25 años de trayectoria del Plan Caif. Una vez constatado a través de las primeras evaluaciones el insuficiente desarrollo generado por los niños/as, se fueron incorporando transformaciones en distintos aspectos como la capacitación del personal a través de diversas modalidades, el incremento del número de maestros y educadores con relación a los niños/as, la mayor disponibilidad de material pedagógico, la mejora de la infraestructura, la generación de mejores condiciones de trabajo que permiten destinar tiempos a la planificación y evaluación de la tarea desarrollada (Iname y Anep, 1996).

La constatación de la necesidad de comenzar la atención en edades más tempranas y de integrar más activamente a la familia fortaleciendo su rol educativo llevó a incorporar espacios para la “estimulación oportuna”, inicialmente como paso previo a la integración a las actividades diarias, luego como una modalidad especial de intervención “modalidad semanal” y finalmente como una de las propuestas que los centros ofrecen a las familias apostando a su acercamiento temprano a estos servicios. También se apostó a la incorporación progresiva de otros técnicos que pasaron a formar parte estable de los centros: psicólogos, trabajadores sociales y psicomotricistas (Plan Caif, 1998).

El componente alimentario – nutricional: Este ha sido un pilar importante de la propuesta para lograr el desarrollo integral de los niños desde el comienzo del Plan, apostando a que cuanto mejor alimentados estén los niños y niñas mejor será su desarrollo y aprendizaje. INDA ha mantenido el funcionamiento de este componente con efectividad, aunque con algunos altibajos respecto al grado de involucramiento e intervención en las estrategias del Plan. En las primeras etapas se transferían los alimentos no perecederos. Más adelante se pasó a transferir los recursos para que los centros

compraran los alimentos en su barrio. Esto permitió un mejor aprovechamiento, posibilitó adecuar las compras al momento del año, a las necesidades de cada zona y controlar de forma más cercana los precios y la calidad de los productos (Inda, 2002).

El componente salud: Como fue mencionado al considerar la interinstitucionalidad como estrategia del Plan, el peso de este componente en la implementación fue variando con el tiempo. En los últimos años, la articulación con Uruguay Crece Contigo ha contribuido a fortalecer este componente. Otro factor para promover este punto es el convenio ASSE – CAIF, el cual se lleva a cabo desde hace unos años y en el cual el equipo técnico del centro trabaja con la captación temprana de mujeres embarazadas de la comunidad, para realizar actividades con las mismas sobre diversas temáticas de interés y promover el control de embarazo y los cuidados prenatales (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

La integración de las familias: Como su sigla misma lo indica los Caif son centros de atención a la infancia y a la familia. La propuesta educativa que se fue desarrollando no está orientada solamente al niño/a, sino también a su familia, o a los referentes adultos a cargo. Desde esta perspectiva se ha logrado trabajar más sistemáticamente su integración al proceso (si bien no siempre resulta posible que se produzca efectivamente).

A lo largo de los años el Plan se fue transformando de un modelo de intervención con impronta más asistencialista, con niños/as de 04 y 05 años, centrado fundamentalmente en la escolarización y la alimentación, en una propuesta que hace posible un mayor acercamiento a las familias. El centro va hasta la población y no solamente al contrario (Fassler, 2007).

La capacitación de los recursos humanos: El plan ha encarado acciones de capacitación en diversos frentes (dirigidas al personal de los centros, a los miembros de las OSC, a los asesores de estas en su momento y a sus propios supervisores y técnicos) apostando a lograr coherencia en las perspectivas de trabajo y calidad en las prestaciones. Además el nivel de rotación de las personas que cumplen las diversas funciones, la apertura de nuevos centros, la incorporación de nuevo personal, el surgimiento de otras problemáticas sociales y/o la complejización de las ya existentes llevan a que se planteen necesidades casi permanentes de capacitación (Zaffaroni y Alarcón, 2014).

Sin dudas el desarrollo de las capacidades de los recursos humanos ha sido un componente relevante en la historia del Plan y tal vez uno de los motivos de su continuidad a lo largo de los años.

Capítulo IV

IV.1- Sistema Nacional de Cuidados

En Uruguay, durante el gobierno del presidente José Mujica (2010-2015), aparece en la agenda política el tema de los cuidados como parte de la matriz de protección social de todas las personas, desde la niñez hasta la tercera edad, incluyendo las personas en situación de discapacidad (Angulo y Mancebo, 2016).

A lo largo de las décadas del ochenta y noventa en Uruguay las políticas públicas vinculadas al colectivo de personas en situación de discapacidad podrían vincularse a una concepción más del tipo biologicista (o médica) y asistencialista. Biologicista debido a que dichas políticas apuntaban a la solución de un supuesto déficit. Asistencialistas en el entendido de que la persona, por la simple consideración de poseer un déficit se la colocaba en una situación de desigualdad, de desventaja en comparación con otras personas al momento de ingresar, por ejemplo, al sistema educativo o al mercado de empleo. En este contexto de políticas de tipo biologicista y asistencialistas, se pone de manifiesto la permeabilidad de la ideología de la normalidad que coloca a la persona en una situación de discapacidad (Angulo y Mancebo, 2016).

La primera ley integral para el colectivo de personas en situación de discapacidad (N° 16.095) fue aprobada en el año 1989.

El asistencialismo y biologicismo a los cuales se hacía referencia anteriormente se encuentran plasmados en dicha ley. Con el fin de ilustrar las mencionadas acepciones se citarán el artículo 6 y 8, de la indicada normativa, los cuales establecen:

“...El Estado prestará a los discapacitados el amparo de sus derechos en la medida necesaria y suficiente que permita su más amplia promoción y desarrollo individual y social” (Ley 16.095, artículo 6). El otro artículo establece que: “...declárase de interés nacional la rehabilitación integral de las personas discapacitadas...” (Ley 16.095, artículo 8).

Esta visión sobre la discapacidad es afín a lo planteado por el modelo médico, el cual entiende (como ya se ha mencionado en uno de los capítulos anteriores) a la discapacidad en grosso modo, como una problemática individual, la persona es la

portadora de un cuerpo o mente que posee algún tipo de déficit, a la cual se busca rehabilitar.

De esta forma hasta comienzos del siglo XXI, prevalecían el biologicismo y el asistencialismo en las políticas públicas hacia el colectivo.

Luego, esta mirada dio cierto giro. Desde la fuerza política de izquierda (siguiendo los cambios internacionales que trajo aparejado el cambio de paradigma a nivel internacional) surgió cierto interés por incorporar las líneas de pensamiento del Modelo Social, el cual considera a la discapacidad como problemática social, como una responsabilidad colectiva y no individual.

Respecto a las políticas públicas, quizás no se pueda señalar lo mismo, debido a que aún es posible encontrar elementos conceptuales en torno a la discapacidad desde un enfoque médico (Angulo y Mancebo, 2016).

El comienzo del recorrido hacia un cambio de paradigma respecto a la mirada del Estado sobre la problemática de la discapacidad estuvo signado por el reconocimiento por parte de Uruguay de lo que establece la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) del año 2006.

En este año, la ONU aprobó la CDPD convirtiéndose en la institucionalización normativa del Modelo Social a nivel internacional. Junto a la Convención, también se certificó un Protocolo Facultativo cuya finalidad es el reconocimiento, por parte de los Estados Miembro, de la competencia del Comité Internacional (de la ONU) – encargado de vigilar la implementación del Tratado y de recibir y procesar denuncias individuales de violación de los derechos humanos del colectivo de personas en situación de discapacidad. En Uruguay, se aprobó dicha Convención por medio de la ley N° 18.418, el 4 de diciembre de 2008, mientras la ratificación oficial ante la ONU se dio el 11 de febrero de 2009.

En este contexto, se aprueba, en el año 2010, la ley N° 18.651 que comienza a reconocer ciertos derechos en el colectivo al establecer en su artículo quinto:

“...Las personas con discapacidad gozarán de todos los derechos sin excepción alguna y sin distinción ni discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento o cualquier otra circunstancia, tanto si se refiere personalmente a ellas como a su familia...” (Ley 18.651, artículo 5).

Este es el acercamiento y reconocimiento que se le hace al colectivo en esta ley integral para personas en situación de discapacidad. Sería importante cuestionar si realmente se presentó un giro en la visión sobre la discapacidad, es decir, si se abandonó el asistencialismo para comenzar a garantizar los derechos del colectivo o no.

Uruguay, al reconocer lo que establece la CDPD, se convierte en Estado parte obligándose, a su vez, a hacer los respectivos cambios en su normativa para ajustarse a dicha convención. Conviene repasar brevemente lo que establece la CDPD en sus artículos 16 y 28, que refieren al tema que se analizará en este artículo: los cuidados.

“...Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad...” (CDPD, 2006: artículo 16).

“...Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados...” (CDPD, 2006: artículo 28).

Es en este contexto, y como se señalará posteriormente, que la ley N^o18.651 (2010) hace referencia a los Asistentes Personales para el cuidado de las personas en situación de discapacidad severa con dependencia. Uno de los principales derechos humanos hacia esta población, –como lo establece la CDPD –, es el derecho al cuidado (Angulo y Mancebo, 2016).

En Uruguay las políticas de cuidados fueron inexistentes previo a que se constatará el giro ideológico de comienzos del siglo XXI. Los cuidados de personas en situación de discapacidad con dependencia recaían (económica y socialmente) sobre las familias más específicamente sobre las mujeres, excluyendo al cuidador del ámbito económico, laboral, educativo y cultural.

Si nos remitimos a los datos históricos de la práctica del “cuidado” en el Uruguay, resulta casi lineal la feminización, familiarización e individualización de los mismos. Con relación a la feminización de los cuidados, según datos surgidos de varios informes del Mides, la figura femenina dentro del hogar es en más del 90% de las situaciones quien se ocupa de los cuidados de algún miembro de la familia en situación de dependencia. La individualización se orienta a la carga que se deposita en una sola persona del núcleo familiar para llevar adelante toda esa tarea. Esto no solo impacta en la singularidad de la persona en situación de discapacidad sino también en quien queda remitida la producción y reproducción de estas tareas (Miguez, 2016).

En la esfera privada, y más aún en la de los cuidados, la mujer es quien ha mantenido y mantiene de manera casi exclusiva la responsabilidad de su realización (Miguez, 2016). Tareas que, al igual que otras similares y naturalizadas como “distribución de roles” entre lo masculino y lo femenino, se materializan como no remuneradas y que, además, no tienen espacio para el ocio y el esparcimiento. Concretamente en discapacidad, la realidad no parece ser ajena, quedando la familia como principal institución encargada del cuidado de las personas en situación de dependencia por discapacidad (Angulo y Miguez, 2016).

Es así que en la década de los noventa los cuidados de estas personas tenían una característica bidireccional, en la cual los actores implicados se limitaban a dos: las familias y el mercado. Las familias con mayor poder adquisitivo apelaban al mercado para contratar el servicio del cuidado y las que poseían menores ingresos un integrante de la familia –principalmente y de preferencia mujer–llevaba adelante dicha tarea (Angulo y Miguez, 2016).

IV.2- Etapas y actores

El tema del cuidado de las personas en situación de discapacidad severa con dependencia comienza a dar sus primeros pasos en la arena política durante el segundo gobierno frenteamplista (2010-2015).

Esta fuerza política avanzó en el reconocimiento de la necesidad de nuevas políticas públicas enfocadas a las personas que requieren de cuidados (niños de 0 a 3 años, personas en situación de discapacidad severa con dependencia, adultos mayores en

situación de dependencia), pero también enfocadas hacia los que brindan dichos servicios: los cuidadores y las cuidadoras (Aguirre y Ferrari, 2014).

El SNC se retoma en la actualidad, en el tercer gobierno frentista (año 2015), del Dr. Tabaré Vázquez. En las bases programáticas para el tercer gobierno de la fuerza política FA, se establecía lo siguiente: “...*Poner en marcha una transformación política, social y cultural en la que el cuidado y el cuidar se entiendan como derechos, y la corresponsabilidad entre Estado, mercado, comunidad y familia, y entre varones y mujeres...*” (Programa FA, 2014:125).

Finalmente, a partir del 27 de noviembre de 2015 (día que se promulga la ley N°19.353, surgimiento formal e institucional del SNIC) el sistema comienza a ponerse efectivamente en marcha; a través de dicha ley se establece el marco legal e institucional sobre el cual se implementará: “...*dicha ley tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado...*” (Ley N°19.353, artículo 2).

IV.3- El Programa de Asistentes Personales

El Programa de Asistentes Personales para personas en situación de discapacidad severa con dependencia consiste en un dispositivo que busca superar las desigualdades e inequidades con respecto a la tarea de cuidado que tienen lugar en el ámbito privado, en los hogares. Es sabido que en los contextos familiares existen situaciones de vulnerabilidad que afectan a, por lo menos, dos de sus miembros: la persona que recibe los cuidados y la persona que cuida (Angulo y Mancebo, 2016).

En este sentido el SNIC, mediante el Programa de Asistentes Personales, procura mitigar los efectos de las tareas de cuidados, realizados principalmente por las mujeres, y promover la autonomía de las personas en situación de discapacidad severa con dependencia. Como se ha visto, esta figura de Asistente Personal aparece en la Ley N° 18.651 “Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad”, aprobada en el año 2010. Esta normativa prevé la creación, (desde el Banco de Previsión Social (BPS)) de

un Programa de Asistentes Personales para personas en situación de discapacidad severa con dependencia y la asignación de una prestación para la contratación de esta figura (Ley 18.651).

Asimismo, se entiende por Asistentes Personales aquellas personas capacitadas para desarrollar las tareas de asistencia directa y personal al beneficiario en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En el Decreto N° 214/014, que reglamenta este capítulo de la mencionada Ley, se establece que el beneficiario será aquel que perciba una pensión por invalidez por discapacidad severa del BPS y que por motivos vinculados a la falta o la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, tenga mayor necesidad de asistencia y/o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria y, de modo particular, lo referente al cuidado personal: higiene, vestido, alimentación, movilización y desplazamiento, trabajo, estudio y recreación, entre otras (Decreto N° 214/014, reglamentación del art. 25 de la Ley 18.651).

En este correlato, el SNIC incorpora el Programa de Asistentes Personales dentro de sus líneas estratégicas y lo pone en funcionamiento a partir de octubre de 2014. Desde el SNIC se define al cuidado como “...*la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes...*” (Ley N° 19.353).

De esta manera, el Programa se basa en la noción de cuidado como un derecho y la contratación de un Asistente Personal como un vehículo para materializar dicho derecho y ampliar así la autonomía personal en las actividades de la vida cotidiana. Para ello el Programa crea una prestación económica, que corresponde a 6.000 pesos uruguayos líquidos para desarrollar tareas por un mínimo de setenta horas mensuales, destinadas al contrato de Asistentes Personales para las personas que se encuentran en situaciones de discapacidad severa con dependencia (Decreto N° 214/014, reglamentación del art. 25 de la Ley 18.651).

El trabajador en tanto Asistente Personal será elegido y contratado por la persona en situación de discapacidad severa con dependencia (o su familia), por un mínimo de setenta horas mensuales, y remunerado por el BPS, con todos los aportes a la seguridad social y accediendo a todos los derechos laborales que le correspondan. Sin embargo, los derechos laborales vinculados al salario vacacional y al aguinaldo son obligaciones adquiridas por la persona contratante. En este vínculo laboral las principales tareas están vinculadas con el apoyo en la realización de las actividades de la vida cotidiana. De esta forma, las tareas específicas del Asistente Personal se encuentran determinadas por el beneficiario (BPS, 2014).

La creación de este vínculo laboral genera incertidumbres y abre espacios para el surgimiento de relaciones desiguales entre ambas partes. Este nuevo empleo que surge de la tarea del cuidado como actividad laboral en el ámbito privado carece de formalidad en comparación con otros sectores, en cuanto a aspectos como la jornada laboral, las vacaciones, el tipo y la forma de la tarea en sí misma, y a su vez se incorpora a un mercado laboral crecientemente flexibilizado, con condiciones laborales precarias y baja remuneración.

IV.4- La situación de dependencia

Se parte de reconocer que se trata de un concepto complejo que está determinado no solo por las características propias de cada persona sino también por las condiciones del contexto social (Angulo y Miguez, 2016).

La identificación del grado de dependencia es fundamental para que la persona pueda convertirse en beneficiaria del Programa de Asistentes Personales. En este sentido, marca una diferencia con el resto de las prestaciones, servicios y políticas públicas dirigidas al colectivo de personas en situación de discapacidad, ya que éstos procuran identificar y determinar el grado de discapacidad, mientras que el Programa de Asistentes Personales hace referencia a la identificación y gradación de la dependencia a través de la aplicación de un baremo⁵ diferente (Angulo y Miguez, 2016).

La dependencia tiene la particularidad de que no está presente en todas las personas en situación de discapacidad, adicionalmente existen diferentes grados de dependencia: leve, severa y moderada (Angulo y Mancebo, 2016).

En el primer año de implementación del Programa de Asistentes Personales, se presentaron más de dos mil personas interesadas en ser beneficiarias de la prestación económica y así poder acceder a un Asistente Personal. Sin embargo, no hace referencia a la posibilidad real de acceder, ya que puede suceder que el postulante luego de haber sido valorado a través del baremo de dependencia se encuentre en una situación de dependencia menor a la de dependencia severa. Pese a ello ilustra sobre un interés en torno a lo que ofrece el Programa (BPS, 2014).

⁵ El baremo es la valoración médica, social y/o bio-psicosocial que consiste en la clasificación de los diferentes estados vinculados con la salud del sujeto.

En Uruguay existen 128.525 personas que se han declarado con alguna discapacidad severa, sea auditiva, visual, motriz y/o para entender y/o para aprender, según datos del último censo poblacional. Este conjunto de personas que consideran tener discapacidad severa representan el 3,9% en el total poblacional, mientras que representan el 17,8% del total de las personas que consideran tener algún tipo de discapacidad (INE, 2011).

Al mismo tiempo sucede que determinados hogares no pueden realizar los aportes por concepto de salario vacacional y aguinaldo equivalentes a la prestación económica de 6.000 pesos uruguayos por veinte horas semanales, debido a sus condiciones estructurales, mientras que otros que requieren de un Asistente Personal por más horas semanales, debido a la dependencia severa del sujeto, no pueden costear esas horas extras. Esto conduce a situaciones dispares que continúan reproduciendo las desigualdades estructurales. Sería cuestión de seguir evaluando y mejorando esta iniciativa.

Capítulo V

V.1- Metodología

Para la realización de este trabajo, el mismo se desarrollará desde un enfoque cualitativo, ya que el mismo es entendido como el más adecuado en relación a la temática y objetivos planteados.

Este método aporta una gran riqueza interpretativa y de profundidad en los datos al momento de analizarlos.

La principal característica y finalidad de la investigación cualitativa es el descubrimiento y entendimiento de la realidad subjetiva. El investigador con su subjetividad, es el mayor recurso de esta investigación, éste forma parte del fenómeno pero deja de lado sus creencias y perspectivas, para lo cual asume una actitud empática. (Mansilla, 2007).

El investigador se concentra en obtener perspectivas, puntos de vista y descripciones detalladas de los sucesos, no solo a través de respuestas verbales sino también valorando y teniendo en cuenta lo gestual y no verbal, tratando de interpretar y entender las realidades de cada uno.

En la investigación cualitativa predomina la inducción o sea que se parten de hechos particulares para la generalización, de igual forma este abordaje pone hincapié en lo que proviene del interior del sujeto como son: sentimientos, emociones y pensamientos. Al respecto la investigación a desarrollar parte de datos para intentar reconstruir una realidad mediante la búsqueda de significados, motivaciones, valores y experiencias de personas que transcurrieron por dichos sucesos (Mansilla, 2007).

En lo que refiere a la técnica utilizada para la recolección de datos se optó por la entrevista semiestructurada.

La misma supone un intercambio entre el entrevistado y el entrevistador en el cual interactúan entre sí, dialogan, pero no siguiendo una secuencia rigurosa, por lo cual la pauta planteada al comienzo siempre es susceptible de modificarse: “...*la entrevista semi-estructurada es una conversación cara a cara entre entrevistador/entrevistado,*

donde el investigadora plantea una serie de preguntas, que parten de los interrogantes aparecidos en el transcurso de los análisis de los datos...y que , a su vez las respuestas dadas por el entrevistado, pueden provocar nuevas preguntas por parte del investigador para clarificar los temas planteados....La guía de la entrevista que utilizará el investigador sirve para tener en cuenta todos los temas que son relevantes y por tanto, sobre los que tenemos que indagar, aunque no es necesario mantener un orden en el desarrollo de la entrevista.... Las personas expresan de forma oral las perspectivas personales, con sus propias palabras... ” (Munarriz, 1992: 113).

El universo de la investigación fueron nueve centros Caif de la ciudad de Rivera en los cuales concurren niños y niñas en situación de discapacidad. Se seleccionó una muestra de tres Caifs escogidos al azar para realizar las entrevistas a: -un familiar referente de cada niño/a, - a la maestra encargada del turno, - la educadora responsable del niño/a, y – a dos integrantes del equipo técnico del equipo (Psicóloga/o y Trabajador Social). El total fueron quince entrevistas realizadas para este trabajo (cinco en cada centro).

V.2 - Análisis

En el presente capítulo se realizará el análisis del trabajo de campo planteado para este trabajo.

Para el mismo se seleccionaron tres centros caifs de la ciudad de Rivera al azar. En los cuales se entrevistaron a cuatro funcionarios del centro: una de las maestras, psicóloga, Trabajadora social y a la educadora, también a un referente del niño/a en situación de discapacidad que concurren a los Caifs.

La pauta y las entrevistas completas se encuentran en anexos (uno y dos correspondientes), para el análisis se seleccionarán algunos fragmentos de las mismas.

Para proteger la intimidad de las personas entrevistadas se usarán nombres ficticios (en el caso de los niños/as) y a los centros seleccionados se le asignará un número (1, 2,3) para diferenciarlos, a los funcionarios (y a los referentes de los niños/as) se los llamará según los roles que ocupen y cumplan.

La primera pregunta de la pauta de entrevista formulada (que fue hecha en general para todas las entrevistadas) se refería a que entiende cada uno por discapacidad.

Analizando las respuestas se puede notar claramente que aún se define a la discapacidad desde el modelo médico, en la cual “el problema” le es atribuido a la persona que posee alguna deficiencia y no a las relaciones y los valores sociales.

“...Por discapacidad entiendo que son niños con problemas, todo tipo de problemas, a mi hija le tocó el parálisis cerebral por ejemplo...” (Madre niña en situación de discapacidad que concurre al Caif 2) *“...Entiendo que pueden ser niños que no tienen un bracito o algo de eso, yo tengo a Gabriel que tiene autismo, es un bebé que es especial. Son niños con los cuales hay que tener más cuidado que un bebé normal...”* (Madre niño en situación de discapacidad que concurre al Caif 3) *“...Es cuando una persona tiene una incapacidad para algo, así sea física o mental, pero que se incapacita para realizar ciertas cosas...”* (Psicóloga Caif 2).

“...Creo que es cuando alguien no tiene un desarrollo que se espera a nivel de salud, a nivel físico. Un desarrollo descendido al esperado...” (Trabajadora social Caif 3).

Se puede notar como la ideología de la normalidad está muy presente en el discurso, cuando usan frases como *“hay que tener más cuidado que con un bebé normal”* o un *“desarrollo descendido al esperado”*. Esperado por quién? Por una sociedad que etiqueta y clasifica? Que todo lo que se desvía de la norma es considerado como inferior, que necesita un tratamiento especial, que en la medida de lo posible hay que tratar de corregir?, ya sea a través de tratamientos médicos, terapias, en fin lo que fuere necesario para acercar lo máximo posible al prototipo de niño “normal”, un prototipo esperado y deseado.

Otro de los aspectos que pude notar es que algunas de las entrevistadas (todas eran mujeres), toman a la palabra discapacidad como algo negativo, casi prohibido de nombrar, se veía cierta incomodidad, por eso varias prefirieron usar la expresión *“capacidad diferente”* o *“habilidades diferentes”*.

Cuando se formulaba la pregunta que entendían por discapacidad se podían escuchar respuestas como *“...creo yo que es una persona que tiene una capacidad diferente, no que tenga una discapacidad. Sus capacidades son diferentes, son capaces de muchas cosas pero hay que estimularlos para que puedan llegar a hacer algo...”* (Educatora Caif 3) *“...Yo no lo nombro como discapacidad, yo lo veo como capacidades diferentes...”* (Maestra Caif 1) *“...Discapacidad es cuando la persona tiene habilidades diferentes, tiene que desarrollar habilidades diferentes para poder adaptarse a las exigencias del mundo...”* (Psicóloga Caif 1).

También se asoció varias veces el concepto de discapacidad con la falta de algo o un problema. “...*Entiendo que pueden ser niños que no tienen un bracito o algo de eso...*” (Madre niña en situación de discapacidad Caif 1).

Sin dudas esta fue la pregunta que más demoraron en responder, en la cual se midieron mucho las palabras para que no sonara discriminatorio y que en cierto punto se notaba hasta una discriminación positiva⁶.

Claramente con estas respuestas se nota lo presente que aún está el modelo medico en lo que refiere a la discapacidad. De las 15 entrevistas solo en una de las respuestas se deja entrever que la discapacidad es producida por el entorno, por la sociedad, en las demás se adjudica claramente “el problema” a la persona poseedora de alguna deficiencia.

Uno de los objetivos específicos de este trabajo es indagar si los lineamientos y objetivos del Plan Caif son compatibles con las necesidades y expectativas de los niños/as en situación de discapacidad y sus familias. Para eso elaboré algunas preguntas que me pudieran dar a luz a esos cuestionamientos, como por ejemplo cuales creían los entrevistados/as que eran las principales fortalezas del Plan Caif (en caso que creyeran que hubiera alguna) y a los referentes familiares si los horarios del Caif se adaptaban a sus horarios y necesidades.

A través de las distintas respuestas de los variados actores involucrados (básicamente) se puede decir que los objetivos, componentes y lineamientos del Plan Caif son compatibles con las necesidades y expectativas de los niños en situación de discapacidad, sus familias y de los funcionarios que trabajan ahí.

“...*Como Plan creo que la enorme fortaleza es la etapa de vida que atiende, la primera infancia. Entendiendo que la misma es un período base para el desarrollo en general...Otro punto es este, estar insertos cerca de las familias, poder ser una institución de referencia para la familia. Y otra cuestión creo que tiene que ver con la inserción barrial, de estar conectado a otras instituciones para trabajar en red...*” (Psicóloga Caif 3). “...*Pienso que sí que hay fortalezas, una de ellas es la posibilidad de tener una relación personalizada y cercana con las familias...Después también otra fortaleza creo que es la preparación que tienen las educadoras, que a lo mejor si las*

⁶ Con la clara intención de compensar a aquellas personas que han sufrido a causa de la discriminación es que surgió el concepto de discriminación positiva. Que básicamente propone recompensar aquellas personas discriminadas en algún aspecto de sus vidas, a través de la mejora de su calidad de vida. Esta situación se conseguiría poniendo a su disposición recursos materiales y también dándoles un trato social más igualitario.

comparas con un jardín particular no es lo mismo. Si bien creo que antes había más formación aún, creo que los Caifs tienen más competencia que cualquier centro de primera infancia particular para trabajar con los niños....Tenemos una buena alimentación que muchas veces por el contexto no pueden acceder y acá suplen muchas deficiencias que tienen en la casa...” (Trabajadora Social Caif 3) “...Las aulas son con el número correcto de niños (los grupos de dos años con doce y los de tres años con quince niños)...” (Maestra Caif 3). “...A mí me gusta todo del Plan, principalmente como lo tratan y como lo incentivan a mi hijo...” (Madre niño en situación de discapacidad que concurre a Caif 3). “...La fortaleza del plan es atender la primera infancia y focalizar en la familia, me parece que no es solo el trabajo con el niño, el trabajo es continuo y por más que le educador necesite el apoyo de todo el equipo necesita el apoyo de la familia, y el Caif como que se vincula con la familia, y ahí creo que es donde se encuentra la fortaleza principal...” (Maestra Caif 3). “...Resalto la flexibilidad del plan, en el sentido que por más que la atención en Caif sea de 0 a 3 años hoy en día concurre Lucas que tiene síndrome de down e hizo 5 años, hicimos una carta al supervisor explicando la situación y Lucas pudo concurrir un año más acá” (Educadora Caif 1) “...El abordaje familia...también el hecho que hay un equipo técnico, la parte de la alimentación también. Tiene varias fortalezas...” (Psicóloga Caif 1) “...Lucas ha tenido buena evolución yendo al Caif. Es muy bueno que él pueda cantar, bailar. Es un ambiente como familiar digamos, yo me siento como integrada. En el momento que yo precisé me ayudaron, me aconsejaron, me visitaban...” (Madre niño en situación de discapacidad que concurre al Caif 1) “...Una de las grandes fortalezas es la contención de la familia y de los niños, he trabajado en otros contextos y es completamente diferente, distinto, acá hay mucho apoyo a la familia, se está atento a todas las necesidades y a todas que puedan surgir...” (Educadora Caif 2).

Los lineamientos y componentes del Plan más presentes y más visibles por los entrevistados son la integralidad (pone énfasis en que toda intervención debe de tener en cuenta al niño y su contexto en forma integral, en su historia personal y familiar, en las diversas dimensiones del proceso de desarrollo: físicas, psíquicas, sociales, culturales, ambientales, la incidencia de las prácticas de crianza y el rol de la familia en el proceso educativo ver más cap. IV) la participación comunitaria (Este principio fundante apunta a transformar una concepción pasiva de los sujetos, como simple receptores de servicios del estado, en actores con objetivos, contribuyentes al desarrollo de la propia comunidad,

de las familias integrantes de ellas y en especial de los niños ver más cap. IV) el componente educativo (se fueron incorporando transformaciones en distintos aspectos como la capacitación del personal a través de diversas modalidades, el incremento del número de maestros y educadores con relación a los niños/as, la mayor disponibilidad de material pedagógico, la mejora de la infraestructura, la generación de mejores condiciones de trabajo que permiten destinar tiempos a la planificación y evaluación de la tarea desarrollada ver más cap. IV) el componente alimentario-nutricional (desde los centros se transmite una valoración muy positiva de las instancias de trabajo relacionadas con la educación nutricional y la capacitación del personal para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos asignados a brindar una alimentación saludable y para transformarse en agentes educativos de los niños/as y sus familias ver más cap. IV) y la integración de las familias (como su sigla mismo lo indica los CAIFS son centros de atención a la infancia y a la familia. La propuesta educativa que se fue desarrollando no está orientada solamente al niño/a, sino también a su familia, o a los referentes adultos a cargo. Desde esta perspectiva se ha logrado trabajar más sistemáticamente su integración al proceso ver más cap. IV).

Otra de las preguntas realizadas (esta vez específicamente a las referentes familiares) era si el horario y la atención recibida en el Caif se adecuaba a las necesidades y expectativas de cada familia. Una vez más las respuestas fueron unánimes, expresando la conformidad con el servicio brindado: “...yo estoy bien, nos sentimos bien con la atención hacia nosotros que tienen desde el Caif...” (Madre niño en situación de discapacidad que concurre al Caif 1) “...En este Caif hace poco que estoy pero estoy súper conforme con todo...” (Madre niña en situación de discapacidad que concurre al Caif 2 Caif) .Al momento de realizar las entrevistas a las familias se notaba en ellas una sensación de agradecimiento para con el centro y los funcionarios, relataban como se sentían apoyadas en momentos difíciles y lo bien que se sentían concurrendo al Caif.

En lo que se refiere a las debilidades del plan, y si tenían alguna sugerencia para mejorar la atención de los niños y las familias, quise saber si las entrevistadas creían que había algún aspecto a mejorar o alguna sugerencia.

En este sentido hubo diferencias en las respuestas. La mayoría de los funcionarios de los Caifs entrevistados si creían que habían debilidades y tenían algunas sugerencias para mejorar el servicio brindado, pero las referentes familiares no. A continuación especificaré un poco más las respuestas.

En general más allá de los distintos roles llevados a cabo por los funcionarios de los diferentes centros hubo una respuesta en común, relatada muchas veces como debilidad del Plan y otras como sugerencia, y esta se refería sobre la capacitación de los funcionarios en la temática discapacidad.

Este relato surgió también en algunas de las preguntas específicas realizadas a las educadoras y maestras de los caifs con respecto a que si existía alguna orientación y/o capacitación ofrecida desde el plan para los grupos en los cuales asistieran niños y niñas en situación de discapacidad.

“...más allá de la experiencia y formación previa que pueda tener cada uno, creo que es fundamental capacitar, y más en Caif que los equipos se renuevan seguido...” (Psicóloga Caif 3) *“...creo que falta más capacitación y orientación más que nada en la temática de discapacidad. La educadora hace lo que puede como puede...”* (Trabajadora Social Caif 3) *“...no tenemos a nadie que nos guíe en esa planificación más específica digamos, nosotras somos las que nos encargamos de buscar materiales sobre la temática y el trabajo con niños con autismo. Sobre esa temática aún no tuvimos ninguna capacitación, ese es un poco también nuestro reclamo, estamos elevando una carta al Plan a ver si nos capacita al equipo sobre eso, sobre la diversidad dentro del aula...”* (Maestra Caif 3) *“...a veces me parecen pocas capacitaciones para las situaciones que se enfrenta, porque cuando te preparan para ser maestra, digo vamos a la pedagogía, todo bárbaro te forman, tienes diversos campos, pero no tienes algo más específico para las situaciones que se te puedan llegar a presentar en la cotidianeidad...Curricularmente no hay ninguna planificación específica para las diversas situaciones... lo que si nos vamos adaptando para que el niño pueda cumplirla (a la planificación) y que pueda hacerlo, y que no se frustre, lo que nosotros queremos es darle a los niños seguridad y desarrollar sus potencialidades para salir adelante. Yo al menos nunca recibí ninguna orientación más específica, no te voy a decir que no exista, pero al menos a mí nunca me llegó eso. Si he hecho yo por afuera alguna cosa, he participado de diversas charlas, talleres, he charlado con diversos técnicos al respecto cuando tengo dudas, pero curricularmente no existe nada de eso al momento de planificar...yo pienso que como que acá en el norte estamos como que un poco vamos a decir aparte...acá llega lo mínimo, y a veces como maestros que tenemos familia, trabajo, como que nos es medio difícil salir e ir hasta la capital para poder hacer alguna capacitación o especialización. Entonces pienso que sería importante que con el Plan Caif se pudiera traer más*

oportunidades para poder capacitar, tanto educadores como maestros, bueno todos los técnicos, todos los funcionarios...por eso es un equipo...” (Maestra Caif 1) “...las capacitaciones que haces yo por lo menos las hice por mi cuenta, las pagué yo, si tengo que viajar lo hago. Ahora justo el martes hay una sobre síndrome de down que la voy a hacer, voy a Montevideo...” (Educadora Caif 1) “...creo que en primer lugar habría que deconstruir la idea que se tiene sobre la temática de la discapacidad, empezando por el equipo de trabajo, pero también de todo el resto de la sociedad...” (Trabajadora social Caif 1) “...inclusión en discapacidad es una debilidad porque no hay formación en la temática y en el interior una debilidad también es la formación de educadores, CENFORES es cada tanto y después no tienes nada...” (Psicóloga Caif 2) “...una debilidad es que capaz no estamos todas capacitadas para trabajar con los niños con alguna discapacidad, se habla mucho de la inclusión, que tenemos que incluir a niños discapacitados pero no tenemos capacitación específica para trabajar con ellos...” (Maestra Caif 2).

Otra cuestión que surge en las respuestas de varios funcionarios es la posibilidad de que en los grupos en que haya niños/as en situación de discapacidad haya una persona extra de apoyo a las educadoras o que en ese caso los grupos sean más reducidos. “...Creo que una debilidad es que necesitaríamos otra persona que nos acompañe cuando tengamos niños discapacitados dentro de la sala, una persona extra, que sea educadora, que entienda del trabajo con niños para ayudarnos...ya que Caif está incluyendo a niños con discapacidad estaría bueno que hubiera más apoyo a las educadoras, aunque no sé dos horas, eso ya sería una ayuda...” (Educadora Caif 1) “...y acá en estas situaciones es muy difícil a veces para la educadora, ya que a veces es un grupo de no sé cómo 14 y son muy inquietos, más algún niño con discapacidad y bueno la educadora se siente desbordada. Así que creo que en ese sentido faltarían más recursos...” (Psicóloga Caif 1) “...cuando haya en algún grupo algún niño con discapacidad las aulas deberían ser más reducidas en número, ya que la educadora sola con doce o quince niños y con un niño con alguna discapacidad es mucho, por más que estemos las maestras para apoyar se dificulta la atención. Si creo que se debería continuar con la inclusión de niños con discapacidad, pero teniendo en cuenta los aspectos que te comentaba para que esa sea una experiencia positiva tanto para el niño como para el educador...” (Maestra Caif 3)

Analizando estos aspectos podríamos preguntarnos en qué condiciones se lleva a cabo esa inclusión de niños y niñas en situación de discapacidad en los centros Caif?

Si hay que resaltar que los niños con alguna deficiencia son aceptados en los centros, y los mismos concurren a los mismos grupos que los demás niños/as. No hay lo que se podría llamar de los “caifs especiales” en los cuales concurrirían niños/as en situación de discapacidad (como ocurre en la educación primaria esa segmentación y separación), pero aun así es suficiente para que haya una inclusión de calidad?; En el sentido que haya un personal capacitado y sensibilizado con la temática, que tengan algún tipo de orientación al momento de planificar para la diversidad. Que el número de niños en esas situaciones sea el adecuado en relación al número de educadores.

Son cuestiones que creo que se deberían de rever, no es solo decir que es un Plan que incluye y si pensar las condiciones en la que se hace.

De todas formas creo que Caif está rompiendo con la tradicional forma de educar de primaria en la cual la escuela estaba y (está) pensada para albergar y atender una población que debía transitar y culminar su ciclo escolar con características homogéneas; un individuo socialmente concebido como “normal”. A partir de esto surge la necesidad de contemplar a aquellos individuos “diferentes”, que no encajaban en ese modelo educacional. Como expresa Murillio: *“...la preocupación por una educación que homogenice a todos, es decir que “normalice” – en términos foucaltianos-; emergiendo la preocupación por la educación diferencial para aquellos niños retrasados, ciegos y sordo mudos, con el discurso que la enseñanza debe ser para todos y que la escuela ordinaria no ha sido hecha para los escolares de su especie”* (Murillo, 1996:204).

La escuela común tendió a “etiquetar” y estigmatizar a aquellos niños que no acompañan los ritmos de aprendizaje que se consideran adecuados.

Es a partir de esta tendencia normalizadora y homogeneizadora que surge la preocupación por una educación diferencial, teniendo estas como finalidad separar a los niños que tenían dificultades para aprender lo que se enseñaba en la escuela “común”. Esta división entre educación “común” y educación especial, lleva implícita la idea de separación entre “nosotros” y los “otros”, ubicando a aquellos niños/as que no comparten características esperadas socialmente en escuelas especiales y a niños/as considerados “normales” en escuelas “comunes”.

No todas las niñas y niños son iguales, ni tienen los mismos intereses, ni desean lo mismo, ni aprenden de igual forma; por lo que un sistema inclusivo requiere sin dudas, un conjunto de alternativas y estrategias situadas en un marco de flexibilidad. Si bien ello

no se encuentra en los orígenes de la educación pública, han pasado muchos años de esos primeros indicios de la escuela valeriana; es tiempo ya de revisión.

En este marco y basándonos que el concepto de inclusión educativa ha evolucionado hacia la comprensión de que todos/as los/as niños y niñas y jóvenes con sus diferencias culturales, sociales y de necesidades educativas específicas de aprendizaje, deben gozar del derecho a la educación es que surge el plan piloto de los “Caifs inclusivos”.

Este proyecto fue la primera experiencia de inclusión de asistentes personales en los CAIFS, se organizaron instancias de capacitación a cargo de CENFORES y PRONADIS:

“...A partir del segundo semestre del año 2013 el plan estuvo participando a solicitud del MIDES, en un proyecto piloto para la atención de niños/as en situación de discapacidad en el marco del SNC y un convenio entre MIDES-Pronadis-Inmujeres e INAU-Plan CAIF. Se capacitaron 52 asistentes personales para acompañar a los niños/as con discapacidad en una formación de 96 horas curriculares a cargo de la dirección de políticas sociales del MIDES, Inmujeres y Cenfores. De estos se seleccionaron 20 asistentes que se integraron a la implementación de la experiencia en 12 centros. Este piloto tomó como criterio de focalización las zonas prioritarias para Montevideo y Canelones (Marconi, Cantera del Zorro, Chacarita de los Padres, Santa Teresa y Barrio Ituzangò en Montevideo, y Vista Linda y Obelisco en Canelones). Participaron 12 centros: cuatro en Montevideo, cuatro en Canelones, dos en la ciudad de Artigas y dos en Treinta y Tres, con un total de 18 niños atendidos....” (Zaffaroni y Alarcón, 2014: 101).

Más allá de la inclusión, los objetivos de este piloto apuntan también a los cuidados: *“...objetivos Generales: Promover la inclusión educativa de los niños y niñas con discapacidad de 2 y 3 años en centros de atención a la primera infancia (CAIF), en el marco del Sistema Nacional de Cuidados (SNC), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la ley 18.651, el Código de la Infancia y la Adolescencia de Uruguay y la Ley General de Educación N° 18.437. Brindar una respuesta de calidad e integral a las necesidades de cuidado de las familias de niños y niñas con discapacidad. Brindar a las familias de niños y niñas con discapacidad una respuesta de calidad e integral para atender los cuidados propios de la crianza de los mismos. Objetivos*

específicos. 1. Generar un modelo piloto de inclusión educativa en 20 Centros de Atención a la Primera Infancia (CAIF) que pueda ser replicable. 2. Habilitar la inclusión de hasta 2 niños/as de 2 y 3 años con discapacidad por Centro en el modelo piloto. 3. Brindar una respuesta a las necesidades educativas y de cuidado de las familias de niños y niñas con discapacidad, que apunte a mejorar la calidad de la crianza (los cuidados), así como permitir a quienes tienen a su cargo el cuidado en el ámbito familiar, (los/as cuidadores/as familiares no remunerados) liberar tiempo (destinado al cuidado) para reasignarlo a otras tareas. 4. Profesionalizar el trabajo de cuidado a través de una capacitación a los/as asistentes personales...” (Zaffaroni y Alarcón, 2014: 296).

Si bien creo este proyecto ha sido una gran iniciativa que puede haber conllevado a un conjunto de impactos positivos en varios niveles (en los niños y las niñas en situación de discapacidad, en sus familias y en el resto de los/as niños/as que asisten a los centros) este plan piloto ya ha culminado, hoy en día no se lleva más a cabo, y no está claro sobre la continuidad del mismo.

Con esto se producen discontinuidades. Al llegar a los 24 meses⁷ generalmente se le da la baja al programa piloto, pero los niños no se dejan de atender.

Tal vez la implementación de asistentes personales en los centros donde concurren niños en situación de discapacidad o la reducción de los grupos podría ser una respuesta a los pedidos de algunas de las funcionarias entrevistadas (donde alegaban que necesitarían una ayuda extra en esos casos). Creo que estas podrían llegar a ser una opción viable donde se beneficiaría al equipo y a los niños/as.

Al no llevarse más a cabo ese Plan piloto podríamos decir que la inclusión en los centros Caifs hoy en día se basa en que no hayan espacios diferenciados para niños/as con deficiencia y los que no la poseen, que la planificación y horarios sean flexibles y se adapten a las necesidades de estos niños y sus familias.

Si bien esto ya es un progreso, creo que aún se podría seguir avanzando, realizando más capacitaciones sobre la temática discapacidad a los funcionarios de los centros, contratando asistentes personales en los lugares que se requiera, y contemplando también que entre los cuatro y los seis años tenemos un vacío de ofertas públicas para los niños y niñas en situación de discapacidad, ya que luego que salen del Caif (en el caso que hayan

⁷ Información sacada libro 25 años Plan Caif página 101.

concurrido) está la escuela, donde para cuatro y cinco años no hay “escuelas especiales”, y muchas veces es imposible o muy dificultoso que accedan a la escuela “común” (ya sea por la cantidad de niños en cada grupo y la poca flexibilidad que hay para atender a las necesidades específicas de cada niño y sus familias).

Con respecto a este punto, se cuestionó a todos los entrevistados sobre como creían que iba a ser la inserción de los niños en situación de discapacidad en otros centros educativos luego de culminada la etapa en Caif.

Las respuestas en este sentido fueron bastante similares (tanto por parte de los funcionarios como de las familias), algunas palabras usadas fueron “angustia”, “miedo” y “preocupación” sobre el momento de la desvinculación del Caif: “...es uno de mis temores, y a veces me pongo a pensar en eso y me entra un poco de angustia, genera angustia saber que uno no va a estar más y pienso cómo la van a cuidar?, cómo la irán a recibir?...”(Educadora Caif 2) “...acá la fortaleza que tenemos es el equipo técnico, que en otro lugar no lo tienen. Creo que la inserción va a ser mucho más complicada porque una niña con parálisis cerebral como lo tiene Aisha necesita una atención más personalizada y viste que en una escuela no es tan así...” (Maestra Caif 2) “...incluir todos dicen “ah nosotros incluimos”, pero incluir no es dejar en una sala perdido...es bien delicado el tema...” (Maestra Caif 1) “...Mira yo como educadora de el este es un tema que me preocupa, ya que no sé si él va a poder tener el mismo seguimiento que tiene acá. Acá él tiene un gran seguimiento, tiene la psicóloga, tiene la Asistente Social, en fin, y en la escuela no sé si le van a dar ese seguimiento. Aparte yo tengo una relación muy cercana con la madre, yo sé cuándo él tiene control, cuando tiene los especialistas, cuando tiene que viajar a Montevideo, entonces yo le pregunto a la mamá si lo llevó, como le fue. Yo creo que las maestras no tienen el respaldo que tengo yo acá del equipo técnico...” (Educadora Caif 1) “...me da miedo de cómo va a ser en la escuela con tantos alumnos más, no es lo mismo que acá en el Caif que son menos y es un ambiente más chico, más familiar al que él ya está acostumbrado...” (Educadora Caif 1) “...creo que es un gran cambio con respecto a la contención que reciben las familias en el Caif del que van a recibir una vez que salga de acá, desde la parte psicológica, social y nutricional. Además el cambio en la cantidad de niños por grupos, seguramente le toque a Gabriel un grupo de más o menos treinta niños, que a veces ni los salones están preparados para recibirlos, lamentablemente es una realidad...” (Maestra Caif 3) “...ese es mi miedo. A mí me gustaría que Aisha pudiera quedarse un año más extra en el Caif,

ya que mi miedo es ese, de las diferencias que hay entre las escuelas y los Caif. De todas formas no me gustaría llevarla a una escuela especial, me gustaría que ella fuera a una escuela de niños normales y que la trataran como un niño normal...”(Madre de niña en situación de discapacidad que concurre a Caif 2) *“...muy difícil porque creo que hay como un limbo ahí, un vacío importante entre Plan Caif y Primaria...y pasar a primaria donde hay más niños por maestro (por sala) y menos capacidad de respuesta y de la atención que necesitan, están como más desprovistos de todo. Además primaria aún tiene una estructura, un sistema que es muy rígido...”* (Trabajadora social Caif 1).

Analizando estos relatos se puede notar la incertidumbre que tienen (tanto padres como funcionarios) con respecto al futuro de estos niños fuera del Caif, ya que según ellos se perdería este ambiente familiar que es posible por la reducida cantidad de niños, también la facilidad que es tener un equipo técnico a disposición del centro, que apoyan en sus diversas áreas a los niños y sus familias. También el miedo a al rechazo y/o a la discriminación que puedan llegar a sufrir una vez que salgan de ahí. Donde según Chango (2001) impera un proyecto educativo uniforme, marcado por la responsabilidad de cada sujeto de adaptarse a la propuesta educativa, desconociendo su singularidad, aquellos sujetos que no logran acompañar estos procesos en los tiempos establecidos comienzan a ser objeto de sospecha acerca de que en sus mentes o cuerpos se halla alguna condicionante que impide la realización de las tareas. Es por medio de la constatación científica que se confirma la sospecha del fracaso escolar, clasificando y diferenciando al niño/a, el cual pasara a las filas de la Educación Especial, creada en pos de su “protección”.

A partir de 1987 se comienza a desarrollar una experiencia de algunas escuelas “comunes” con ámbitos especiales que funcionaban como apoyo para niños/as con dificultades de aprendizaje (Chango; 2001).

Luego de culminada la etapa en Caif comienzan a surgir para estos padres grandes incertidumbres, principalmente para aquellos que se encuentran residiendo en el interior del país como Rivera o algún otro departamento, donde las ofertas educativas son aún más reducidas que en la capital.

Se pudo notar en la realización de las entrevistas la seguridad y confianza que los padres de los niños y niñas en situación de discapacidad depositan en los Caifs, no solamente por el número reducido de niños en los grupos, y por la contención que reciben

por parte del equipo, sino que solo el hecho de plantearles que visualicen el momento de su partida (como se dijo anteriormente) les provoca muchas inseguridades, principalmente por miedo a que ellos sean discriminados o sufran algún tipo de bullying en otros centros escolares.

Este miedo no solo está presente en las familias, sino en los propios funcionarios que también temen eso. Según varios relatos de los entrevistados, su opinión es que la discriminación no existe en los niños, sino que va aumentando a medida que nos transformamos en adultos “...en este Caif me di cuenta que no existe diferencia entre niños. En los Caifs en si me di cuenta que aceptan a niños con discapacidad y a niños que no tienen discapacidad, y por eso me da miedo cuando tenga que sacarla del Caif, mi miedo es pensar en cómo la tratarán, si harán diferencia o si la aceptarán y esas cosas. A mí me gusta mucho la convivencia de ella con los demás niños y le hacen muy bien...yo noto que sus compañeritos la ven como cualquier otro niño...” (Madre de niña en situación de discapacidad Caif 2) “...a mí me parece que a temprana edad se pueden hacer muchas cosas. Que no hay la diferencia que hay en primaria, que los niños ya van diferenciando a los compañeritos y mirando con otros ojos. Es una realidad que duele, pero que existe, y una como maestra que ya trabajó con primaria conoce que hay, pero acá no, acá están todos recién iniciando, y no miran diferencias entre sí, entonces eso es una fortaleza para poder trabajar...y me parece positivo trabajar eso también con los otros, no solo con el niño, sino para sus compañeros también que aprendan a respetar que hay personas diferentes, y que bueno que hacen parte de nuestra sociedad, y tenemos que... respetar esas diferencias y no juzgar...” (Maestra Caif 1) “...Mira yo creo que en sí los niños no notan cuando hay un niño con discapacidad, para los niños son todos iguales. En las escuela yo sé que separan, a mí me parece que eso no debería de ocurrir, son niños y los niños deberían convivir con otros niños sin importar la condición, o sea que ahí te das cuenta que el que discrimina y separa es el adulto...” (Educadora Caif 3) “...muchas veces las limitaciones están más en el contexto de los niños que en las propias dificultades que tienen a nivel físico o intelectual. Si bien entiendo y sé que muchas veces es muy difícil a la hora de implementar esto de la integración que hayan todos los recursos necesarios para eso. Siento que no debería de haber una discriminación positiva ya que eso tiende a aislarlos más. A mí me parece que es fundamental esto, si bien creo que hay que trabajar mucho el tema de la estructura y capacitación del personal en esa temática, pero hablo de todo el personal eh, no solo de algunos, creo que eso sería

fundamental para cambiar la visión del tema...” (Trabajadora social Caif 1). En este fragmento de entrevista podemos observar cómo se vislumbra a la discapacidad más desde el modelo social, ya que la educadora no pone el peso y la responsabilidad de las limitaciones e inconvenientes que pueda llegar a tener el niño en las dificultades que tenga a nivel físico o intelectual, y si en el contexto. En una sociedad que “discapacita”.

Hoy en día si bien sigue imperando la definición de la discapacidad desde el modelo medico también se puede notar que está ocurriendo un cambio y hay perspectivas desde el modelo social en algunos discursos.

Otro aspecto a resaltar es que se hace énfasis en esta respuesta que muchas veces una discriminación positiva en vez de unir puede llegar a aislar más a los niños en situación de discapacidad de los demás. Esta respuesta sale a la luz cuando pregunto a los entrevistados si notan que hay aspectos positivos en el hecho que niños y niñas en situación de discapacidad concurran a los centros Caifs sin que haya espacios diferenciados. Esta fue también una pregunta que tuvo respuestas unánimes en el sentido que todos los entrevistados notaron que sí, que esa era un hecho muy positivo, no solo para el niño/a sino también para sus compañeros:

“...Creo que hay aspectos muy positivos, creo que la diversidad educa y mucho. Que ellos vean que hay niños en otra situación, con otras posibilidades y que aprendan a convivir con eso. No solo con el tema de la discapacidad sino también muchas veces desde lo social, antes el Caif dejaban que concurrieran niños solamente con una gran vulnerabilidad social y económica y hoy en día ya no es así, si claro que hay que dar prioridad a aquellos niños que están en una situación de riesgo, pero también es bueno que no sea solo esa población que concurra al Caif...” (Trabajadora social Caif 3). Este a mi entender es un punto muy importante, se habla de educar desde la diversidad no solo para que convivan niños y niñas con alguna deficiencia o no, sino también que puedan concurrir niños con diversas situaciones económicas y sociales.

Si bien es cierto que al principio del Plan el foco eran solamente niños con vulnerabilidad socio- económica hoy en día (por más que se priorice ese aspecto ya que los cupos son limitados) no es un factor excluyente y pueden ir niños en diferentes situaciones (socio-económicas).

Lamentablemente los centros tienen más demanda de lo que pueden atender, habiendo grandes listas de espera (según nos pudieron relatar algunos de los funcionarios

de los centros seleccionados) quedando muchos niños y niñas sin este recurso, quedando el cuidado de los mismos solamente en las familias o en algunos casos (que sea posible) en centros privados o niñeras/os.

Este aspecto referido a los cuidados, fue uno de los objetivos de investigación de este trabajo, el mismo se refiere a recabar información sobre quien se encarga del cuidado de los niños y niñas en situación de discapacidad que concurren a los centros Caifs.

Cuando me contacté con los centros seleccionados para realizar el trabajo de campo, una de las informaciones que me interesaba recabar era saber quién era el referente más visible y presente de los niños en situación de discapacidad que concurrían a los centros.

El primer dato a analizar sobre este aspecto es que las referentes de estos niños eran todas mujeres, sus madres.

Este hecho estaba súper naturalizado en el discurso tanto de los funcionarios como de las propias madres, muchas veces lo tomaban hasta como algo obvio, sin necesidad de reflexión del porque los padres u otros familiares no se hacían presente en el centro (a no ser que fueran citados por alguna actividad en alguno de los casos).

Al ser cuestionadas las mamás de los niños sobre quien se encargaba (al menos principalmente) del cuidado de los niños salen respuestas de este tipo “...*Yo que soy la madre...*” (Madre de niño en situación de discapacidad que concurre al Caif 1) “...*yo, él es mi único hijo. Vivo también con el padre de Gabriel pero cuando yo tengo que salir o algo de eso él se queda con la abuela que vive en el fondo...*” (Madre de niño en situación de discapacidad que concurre a Caif 3) “...*yo todo el tiempo...*” (Madre de niña en situación de discapacidad que concurre a Caif 2).

Este dato se refleja también en las encuestas, no se reduce solamente al universo seleccionado para este trabajo. Según la encuesta sobre el uso del tiempo y trabajo no remunerado realizada en el año 2013 por el INE, la distribución al trabajo remunerado y no remunerado no se distribuye equitativamente entre varones y mujeres, en 2013 dos tercios del tiempo de trabajo de las mujeres es dedicado al trabajo no remunerado (64,6%) y el tercio restante al remunerado (35,4%). En el caso de los varones estas proporciones se invierten, es decir un tercio del tiempo se dedica al trabajo no remunerado (31,9%) y dos tercios al trabajo remunerado (68,1%).

Las mujeres dedican aproximadamente el doble de horas que los varones al trabajo no remunerado. Estos últimos, por su parte, realizan una mayor carga de trabajo remunerado que las mujeres.

El trabajo doméstico en el hogar y el trabajo de cuidados son las actividades no remuneradas que insumen la mayor cantidad de tiempo de las personas del hogar. En ambas, las mujeres registran mayores tasas de participación y promedio de horas semanales que los varones. A su vez, son las actividades en las que las brechas de género resultan más significativas.

Entre las personas residentes en hogares con personas dependientes, la participación de las mujeres en el trabajo de cuidados es significativamente mayor que la de los varones. La información sobre dedicación al trabajo no remunerado desagregada por estrato socioeconómico revela que las mujeres con más alta dedicación al trabajo no remunerado son las más pobres (Huenchuan, 2013).

Tomando en cuenta este aspecto y pensando en la posibilidad de una mejora socio-económica de estas mujeres, este aspecto se vería más complicado por el hecho de que al dedicar la mayor parte de su tiempo al cuidado de sus hijos o tareas del hogar es poco probable que puedan trabajar y/o estudiar: *“...desde que Aisha nació dejé de trabajar para dedicarme a ella, y directamente no marco otras cosas para hacer porque siempre está ella en primer lugar. Yo me adecuó a ella...”* (Madre de niña en situación de discapacidad que concurre a Caif 2) *“...Esta mi esposo, y mi otra hija que tiene 12 años. Pero por más que ellos me ayuden en alguna cosa, yo soy la madre y bueno me toca hacer todo...”* (Madre de niño en situación de discapacidad que concurre a Caif 1) *“...Mira él es muy tranquilito, pero ta yo antes que el naciera yo trabajaba, pero tuve que dejar de trabajar para encargarme de cuidarlo. Él se atiende con médicos no solamente acá en Rivera sino también allá en Montevideo, entonces tenemos que viajar mucho...Me gustaría volver a trabajar, mi plan es ese. Esa sería una ayuda más, otra entrada...Mi meta también era terminar el liceo este año, pero bueno no me dio...”* (Madre de niño en situación de discapacidad que concurre a Caif 3).

Se nota en algunos relatos una postura muy machista (de las propias mujeres) en la cual la mujer es la que se tiene que encargar del cuidado de una forma cuasi implícita. Teniendo que abrir mano de sus proyectos personales como trabajo, estudio y/o recreación.

Estos datos son importantes ya que la visibilizarían del trabajo no remunerado constituye el paso previo para el inicio de procesos tendientes a la redistribución de tareas y responsabilidades entre varones y mujeres y entre los diferentes agentes proveedores de bienestar (estado, mercado, familia, comunidad), que debe ser abordado a través de políticas públicas.

Un paso muy importante hacia esa redistribución ha sido como ya se ha nombrado anteriormente el Sistema Nacional de cuidados.

Dos de las tres madres entrevistadas tienen acceso a una asistente personal (la otra está tramitando ese beneficio) “...Igual ahora tengo una asistente terapéutica que me paga el BPS cuatro horas...” (Madre de niña en situación de discapacidad que concurre al Caif 2) “...tengo también una asistente personal que me corresponde por BPS, que trabaja cuatro horas por día. Entra a las dos de la tarde y sale a las seis. Ella no solo lo cuida, lo baña y eso, sino que lo estimula más todavía, porque pintan, escribe, juega con él, sale a caminar. Ella hizo el curso además de Asistente Personal...Luego que salió la ley del Sistema Nacional de Cuidados yo me anoté para Mides en Montevideo, y a los cuatro meses vinieron a visitarme y bueno pude acceder al beneficio que es una gran ayuda para mí...sino no nos da, mi marido vive de changas. Entonces yo salgo a vender ropa, empanadas, libros, y bueno también aprovecho el horario para limpiar mi casa...” (Madre niño en situación de discapacidad que concurre al Caif 1).

Si bien creo que este ha sido un gran avance en la redistribución del cuidado de las personas dependientes, en la cual no solo las familias se hacen responsable sino también el estado, y la apertura de un espacio para no sobrecargar a las mujeres en ese rol, para que pueda también trabajar, estudiar, descansar en fin, pienso que aún queda mucho por hacer. Fundamentalmente la mirada que aún sigue estando tan instalada en nuestra sociedad, de las tareas distribuidas y adjudicadas según el género de cada persona.

Reflexiones finales:

Recordando un poco los objetivos de este trabajo, en lo que refiere al objetivo general (indagar el rol que cumplen los centros Caifs en el desarrollo y los procesos de inclusión de estos niños/as) se puede decir que los centros Caifs cumplen un rol muy importante en los procesos de inclusión de los niños en situación de discapacidad, ya que es un espacio donde cualquier niño que posea alguna deficiencia es aceptado y puede concurrir a los centros, creando así un espacio donde se convive y se aprende desde la diversidad.

No hay Caifs que separen los niños con deficiencias de los que no la poseen. Además existe un apoyo y contención no solo a los niños sino también a sus familias, donde se crea un espacio para cuestionar sus inquietudes, realizar derivaciones a otros servicios, y adecuando el centro a las necesidades de los niños y sus familias y no al contrario.

Un lugar el cual apunta a que los niños sean vistos como portadores de derechos. Y que la diversidad sea un elemento constitutivo de la identidad. Cultivar el respeto por la diversidad desde la primera infancia, que muchas veces los adultos no la tienen.

La inclusión se genera al reconocer la singularidad de cada sujeto, en donde la propuesta educativa esta adecuada a esa singularidad, buscando fortalecer y destacar las potencialidades de cada sujeto que participa, ampliando así el campo de sus posibilidades.

Los Caifs apuntan a una atención temprana, a partir del convenio ASSE-CAIF hay una captación de mujeres embarazadas para que desde esa etapa se vinculen al centro a través de distintas actividades. Luego esas mismas mamás son convocadas a participar del programa Experiencias Oportunas y luego a Educación Inicial.

Hay muchas familias que realizaron todo este proceso dentro del centro, posibilitando así un ambiente de confianza y seguimiento entre las familias y los funcionarios del centro.

En lo que refiere a los objetivos específicos, tomando en cuenta a uno de ellos (analizar la importancia y los aportes del modelo social en la temática de la discapacidad) podemos decir que el modelo social ha sido un gran avance en la temática discapacidad, ya que rompe (o trata de hacerlo) con la vieja percepción del modelo medico en el cual el “problema” se encuentra en la persona que posee una deficiencia y no en la sociedad que se adapta básicamente a las necesidades de una mayoría considerada “normal” dejando

de lado a las demás personas que no se adecuan a ese perfil. Si bien aún queda mucho por seguir haciendo este sin dudas ha sido un gran paso. En el cual se toma a las personas en situación de discapacidad como portadoras de derechos y no como meros receptores de servicios.

Con respecto a otro de los objetivos específicos de este trabajo (investigar si los lineamientos y objetivos del Plan Caif son compatibles con las necesidades y expectativas de los niños/as en situación de discapacidad y sus familias) se puede decir que luego de analizar las entrevistas los lineamientos y objetivos del plan Caif son compatible con las necesidades y expectativas de los niños en situación de discapacidad y sus familias, ya que estos expresan gran conformidad con respecto a los servicios brindados por el Caif.

Las principales fortalezas destacadas han sido: la atención a las familias (no solo focalizada en los niños), ambiente familiar (contención y apoyo), grupos reducidos (en cantidad de niños/as), equipo técnico a disposición, flexibilización (en horarios y actividades de acuerdo a las necesidades de los niños/as y sus familias) y una alimentación acorde a las necesidades controlada por nutricionista.

Respecto al último de los objetivos específicos (no por eso menos importante) sobre recabar información sobre quien se encarga del cuidado de los niños y niñas en situación de discapacidad, se pudo notar que el cuidado de los niños en situación de discapacidad (de las familias entrevistadas) se recarga básicamente aun en las mujeres. Siguiendo con la reproducción de roles instituidos desde una ideología patriarcal. Donde la mujer y varón quedaban confinados a ámbitos diferenciados de lo “domestico” y “lo público”, las tareas en torno a los cuidados estaban (y aún están) naturalizadas y referenciadas a los femenino.

Esta situación parece justificar la implementación del SNC, como política socialmente “necesaria” para dar respuestas a las tareas de cuidado en nuestro país y colocarlo en la agenda como derecho.

Si bien las entrevistas fueron realizadas a varias personas en sus distintos roles (con más o menos formación) prácticamente todos siguen adjudicando la discapacidad a la persona que padece alguna deficiencia. El “problema” seguiría estando en la persona y no en el entorno. Con esto se puede notar que por más que el modelo social de la discapacidad siga ganando terreno, el modelo médico sigue muy arraigado aun en el imaginario social. Creo que falta aún mucha sensibilización y capacitación sobre la temática.

No es tarea sencilla cambiar una estructura de pensamiento que se ha venido dando durante años y que ha trascendido generaciones y generaciones, en lo que respecta a lo que se considera como “normal” y “anormal”, sin embargo, empezar a considerar que el problema no está en algunos pocos sino en la mayoría de las personas, es un indicio muy importante, que da cuenta que el tema está siendo pensado y cuestionado.

Con respecto a las debilidades del plan cuando fueron cuestionados los entrevistados en este aspecto si se encontraron diferencias de perspectivas, por un lado las familias no notaron ninguna debilidad en el plan, se pudo visualizar una gran conformidad y agradecimiento sobre el trato y la atención que han recibido por parte de los funcionarios. Ya estos en su mayoría concordaron en que una de las debilidades, un aspecto a mejorar sería la capacitación del personal sobre la temática discapacidad, ya que se habla y se pretende una inclusión pero a veces no están dados todos los recursos para que esta pueda llevarse a cabo de una forma más adecuada.

Sería necesario que la educación incorpore en su proyecto institucional una postura abierta, de dialogo y reflexión sobre sus prácticas cotidianas, siendo imprescindible una educación que visualice y respete la diversidad de su población.

Visto hoy, más de 25 años después, el diseño del proyecto que dio lugar a la creación del Plan Caif parece concebido para durar, es un plan que a pesar de haber pasado por varios partidos políticos no se politizó y más allá de que el plan se focaliza en la población más vulnerable se mantiene un buen grado de heterogeneidad e integración entre barrios, asumiendo una visión multicausal del fenómeno de la pobreza en la infancia y proponiendo una estrategia de carácter integral e intersectorial para abordarla a través de un conjunto de acciones complementarias en las áreas de la salud, nutrición, educación, el fortalecimiento familiar y la participación comunitaria.

Pienso que hay un antes y un después del plan Caif, antes del mismo para las políticas públicas era como si los niños nacieran a los seis años. Se partía del supuesto de que hasta los seis años de edad la familia brindaría a los niños protección, alimentación, salud, educación inicial.

Con la implementación del Plan los primeros años de vida de los niños comenzaron a visualizarse como una etapa clave para el desarrollo de los mismos.

Pero a su vez se entiende que la equiparación de oportunidades y el derecho de la educación no se garantiza solo por el hecho de permitir a una persona en situación de discapacidad acceder a la educación, sino que el mismo se va garantizando por medio de procesos reales de promoción de derechos que se producen día a día en el centro escolar a todos y a cada uno de los sujetos sin distinción.

Es aquí que el Trabajador Social desde su rol debe garantizar el efectivo cumplimiento de esos derechos. Desde la perspectiva de la protección integral de los derechos del niño, para contribuir a la construcción de su identidad, tomando como principio rector el interés superior del Niño, la no discriminación y la participación efectiva tanto del niño como de su familia.

Ahora bien, para lograr la participación, además de abrir las puertas y estar dispuestos a construir un diálogo, hay que trabajar la construcción de la confianza.

Trabajar con las familias también implica conocer y tener en cuenta los recursos de la comunidad donde viven las personas, buscando la posibilidad de desarrollar buenos vínculos entre ellas y su entorno. Para ello el Trabajador Social debe trabajar en red, con los diferentes servicios y organizaciones comunitarias para facilitar los procesos de autonomía tanto personal como social de los integrantes de las familias que concurren a los centros.

En este sentido es necesario tomar en cuenta el contexto barrial y social en el que se inscribe esa relación. Para esto resulta imprescindible comprender el marco cultural en el que están insertas estas familias, respetando sus pensamientos y costumbres, no creyendo que nuestro saber técnico es más importante o más valioso, sino que son saberes distintos, no se trata de imponer una forma de pensar y ver la vida sino de informar, intercambiar y aprender uno con los otros.

“...no existen, en la naturaleza, dos seres idénticos. Observen las hojas que caen de este árbol. Les parecen exactamente iguales. Observen desde más cerca y desengañense. Entre este millar de hojas, no hay dos iguales. La individualidad es la ley del mundo. (...) La desigualdad no es más que un género de la diferencia.” (Rancière, 2003: 29).

Bibliografía

- Aguirre, R y Ferrari, F. (2014). La construcción del Sistema de Cuidados en el Uruguay: En busca de consensos para una protección social más igualitaria. CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas
- Altamirano, F. (2002). Niñez, pobreza y adopción ¿Una entrega social? Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Rosato, A y Angelino, M. (Eds.) (2009). Discapacidad e ideología de la normalidad. Noveduc Libros.
- Angulo, S y Mancebo, M. (2016). *Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay: El programa de Asistentes Personales*. En Revista Inclusiones Vol. 3 – N°4. Universidad de los Lagos. Campus Santiago. Chile.
- Angulo, S, Díaz, S. y Miguez, M.N. (comp). (2016). Infancia y discapacidad: Una mirada desde las ciencias sociales en clave de derechos. Montevideo. Udelar.
- Barrán, J. (1991). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Volumen 1. La cultura “Bárbara” (1800-1860) 9° Reimpresión, Editorial Banda Oriental. Facultad de Humanidades y Ciencias. Montevideo.
- Barrán, J. (1993). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental. Facultad de Humanidades y Ciencias. Montevideo.
- Bonasso, A y Lasida, J. (1995). La niñez en el Uruguay. Editor Álvarez, C. Montevideo.
- Carrasco, C; Borderías, C y Torns, T (eds.). (2011). El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Políticas. Editorial Los libros de la Catarata. España.
- Cerrutti, A. (2008). 20 años del Plan Caif. Plan Caif. Montevideo.
- Chango, L. (2001). Una escuela para todos: Estudio de caso sobre la inclusión de un niño con Síndrome de Down en la educación formal. Quijotes. Montevideo.
- Cicchelli, C y Cicchelli, V. (1999). Las Teorías Sociológicas de la familia. Ediciones Nueva Visión Bs. A. s. Argentina.
- Cillero, M. (1992). El Interés Superior del Niño en el marco de la Convención Internacional sobre Derechos del Niño. Instituto Interamericano del Niño. Uruguay.
- Cillero, M. (1997). Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios. En Infancia: Boletín del Instituto Interamericano del Niño N° 234. Montevideo.

- Costábile, S. (2002). *Tratos y destratos: Políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. Departamento de Trabajo Social. UDELAR. Montevideo.
- Cunningham, H. (1999). *Los hijos de los pobres. La imagen de la infancia desde el siglo XVII*. En: *Derecho a tener derecho. Infancia, derecho y políticas sociales en América Latina*. Volumen 3. Montevideo: UNICEF – IIN. Pp. 251-265.
- De Martino, M y Gabin, B. (1998). *Hacia un enfoque integral de la minoridad infractora*. Editor Carlos Alvarez. Montevideo.
- De Mause, L. (1982). *La historia de la infancia*. Universidad. Ed. Alianza Madrid.
- Donzelot, J. (1998). *La policía de las familias*. Valencia. Editorial: Pre-textos.
- Duschatzky, S. (1996). *De la diversidad en la escuela a la escuela de la diversidad*, en *Propuesta Educativa* año 7, n° 15. Buenos Aires. Argentina: FLASCO.
- Equipos Mori. (2011). *Evaluación de resultados e impactos del Plan Caif, informe final*. Equipos Mori. Montevideo.
- Fassler, C. (2007). *Mesa de diálogo: Políticas de inclusión social. Análisis y propuestas*. Montevideo. Ediciones Trilce.
- Flandrin, J. (1979). *Orígenes de la familia moderna*. Editorial: Editorial Crítica.
- Fraser, N. (2000). *Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento*. En: *New Left Review*, n° 4.
- Foucault, M. (1996). *El sujeto y el poder*. En revista de Ciencias Sociales. Montevideo. Fundación de Cultura Universitaria.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez, A. (2011). *¿Hasta dónde llega el poder de la normalización? El implante coclear como herramienta correctiva del sordo*. Tesis de Grado. Universidad de la República Regional Norte. Salto.
- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad*. CEPAL. Santiago de Chile.
- Inda. (2002). *Propuesta alimentario- nutricional para las modalidades innovadoras de intervención en el Plan Caif*. Documentos de trabajo.
- Iname y Anep. (1996). *Hacia una propuesta educativa del Plan Caif*. Secretaria Ejecutiva del Plan Caif. Documento de trabajo. Montevideo.

- Ine. (2002). Evolución de la pobreza por el método del ingreso 1986-2001. INE: Montevideo.
- Lyotard, J. F. (1993). La condición postmoderna: informe sobre el saber. Planeta-Agostini. Editorial R.E.I. Argentina.
- Mansilla, J. El método cualitativo en relación al método cuantitativo y los tipos de investigación cualitativa.
- Marx, C y Engels, F. (1969). Manifiesto del Partido Comunista. En: Marx y Engels, obras escogidas. Moscú: Progreso.
- Miguez, M.N. (2009). Construcción social de la discapacidad. Montevideo. Editorial: Trilce.
- Miguez, M.N. (2010). La sujeción de los cuerpos dóciles. Medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya. Buenos Aires.
- Miguez, M. (2016). *Cuidados en el Uruguay. Entre subjetividades y objetividades, a un año de implementación del Programa de Asistentes Personales*. En Revista Regional de Trabajo Social. Vol.1, nº66.
- Miguez, M.N y Silva, C. (2012). *La educación formal como instituido que media los procesos de inclusión/exclusión de las personas en situación de discapacidad*. En revista Ruedas, año 2 – Nº3. Udelar. Uruguay.
- Murillo, S. (1996). El discurso de Foucault: estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno. Universidad de Buenos Aires, CBC. Buenos Aires.
- O'Donnell, D. (1990). La convención sobre los derechos del niño: estructura y contenido.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid.
- Palacios, A. (2008). El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid. Ediciones: CINCA.
- Pinato, C. (2010). Trabajo infantil. Un enfoque ético desde el Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Tesis de grado. Universidad de la República. Regional Norte. Salto.
- Serna, M y Supervielle, M. (2009). ¿Para qué seguir con la sociología del desarrollo? En: Udelar. FCS. DS. El Uruguay desde la sociología VII. El

desarrollo y la sociología, desigualdad, poder y vulnerabilidad social. Trabajo Rural y artesanal. Seguridad y criminalidad. Educación: innovación y evaluación. Montevideo. Imprenta Editorial.

- Skilar, C. (2000). *La invención de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad*. En Revista Propuesta educativa, N° 22. Buenos Aires. Editorial: Novedades educativas.
- Wanderley, L. (1994). *A nova (des) ordem mundial- implicações para a universidades e a formação profissional*. En Serviço Social e Sociedade N° 44 año XV. Cortez editora.
- Zaffaroni, C y Alarcón, A. (2014). 25 años del Plan Caif: Una mirada en profundidad a su recorrido programático e institucional. Montevideo. Gráfica Mosca.

Fuentes secundarias:

- BPS. (2014). Programa de asistentes personales para personas con discapacidad severa. Disponible en: <http://www.bps.gub.uy>. Archivo revisado en noviembre de 2016.
- INE. (2013). Censo de domicilios, Entorno Urbanístico, Locales, Viviendas, Hogares y Población. Disponible en: <http://ine.gub.uy/censos-2011>. Archivo revisado en noviembre de 2016.
- Frente Amplio (FA). (2014). Bases programáticas para un Tercer Gobierno del Frente Amplio. Montevideo: Frente Amplio. Disponible en: http://www.vertiente.org.uy/webnew/documentos/Bases_FA_2015-2020.pdf. Archivo revisado en noviembre de 2016.
- Ley N°16.095. (1989). Sistema de Protección Integral a las Personas Discapacitadas. Poder Legislativo. Uruguay.
- Ley N° 17.823. (2004). Código de la Niñez y la Adolescencia. República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Publicado D.O. 14 set/004 – N° 26586.2004.
- Ley N°18.651. (2010). Protección Integral de Personas con Discapacidad. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1947424.htm>. Archivo revisado en octubre de 2016.

- Ley 19.353. (2015). Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>. Archivo revisado en octubre de 2016.
- Miguez, M. N. (2009). La discapacidad desde lo social. II jornada sobre discapacidad: Construyendo inclusión desde un nosotros sensible. Montevideo. Udelar: FCS. DTS.
- Munarriz, Begoña (1992). Técnicas y métodos de investigación cualitativa. Metodología educativa I. Jornadas de Metodología de Investigación Educativa (A Coruña, 23-24 abril 1991). Universidade da Coruña, Servizo de Publicacions, 1992, p. 101-116.
- Naciones Unidas (2013). Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. Observación general número 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1) Distr. General.
- ONU. (2006). Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>. Archivo revisado en octubre de 2016.
- Plan Caif. (1998). Celebración de los 10 años del Plan Caif. Ponencias presentadas en las mesas y paneles. Edificio Libertad. Setiembre. Montevideo.
- Plan Caif e Infamilia (2004). Proyecto Modalidad Integral de intervención Plan Caif. Documentos de formulación del proyecto y de cada uno de sus componentes. Montevideo.
- Vallejos, I. (2006). La producción social de la discapacidad. Una apuesta de ruptura con los estereotipos en la formación de Trabajadores Sociales. En: IV Jornadas Nacionales “Universidad y Discapacidad”. Buenos Aires.
- [Http://www.inau.gub.uy/](http://www.inau.gub.uy/) Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU)