

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

**El Espacio Ocupacional del Trabajo Social en la
Política Pública “Plan CAIF”**

Daniela Calero Repetto
Tutora: Adela Claramunt

2018

Índice.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
El Estado y la Familia.....	4
1.1. El Estado uruguayo y su intervención en la cuestión social	4
1.2. De las transformaciones familiares en Uruguay	11
CAPÍTULO II	
El Plan CAIF como política expansiva.....	17
2.1. Proceso de creación e instauración	17
2.2. Trayectoria institucional de Plan CAIF.....	19
2.3. Focalización y territorialización de la política	26
CAPÍTULO III	
El espacio ocupacional del Trabajo Social.....	30
3.1. Rol del Trabajador Social en los centros CAIF.....	30
3.2. Las funciones del Trabajador Social.....	31
3.3. La demanda social a los profesionales.....	35
3.4. El trabajo con las familias desde la comunidad.....	36
3.5. Los cometidos de la clasificación y la burocratización en la intervención profesional.....	38
3.6. Autonomía profesional en la Institución.....	43
CAPÍTULO IV	
Consideraciones finales.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	52

INTRODUCCIÓN.

El presente documento corresponde a la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. En ella se pretende analizar el espacio ocupacional del Trabajo Social dentro de la política pública “Plan CAIF” (Centro de Atención a la Primera Infancia y la Familia), abordándolo desde un análisis histórico-social de las transformaciones que ha procesado el Plan desde su creación en el año 1988 hasta la actualidad.

El documento tiene como objetivos, caracterizar al Plan CAIF desde su desarrollo histórico, en el marco de las nuevas políticas públicas presentes en el Uruguay, describir los motivos de ingreso del Trabajo Social a partir de los últimos años de la década del noventa, e identificar las características del espacio ocupacional de los Trabajadores Sociales dentro del marco institucional del Plan.

Para alcanzar los presentes objetivos se realizará un estudio de carácter descriptivo y exploratorio, utilizando como orientaciones metodológicas la combinación de determinadas técnicas como lo son, la revisión y el análisis bibliográfico, así como de fuentes documentales, incluyendo la revisión de antecedentes de investigaciones académicas a modo de dar cuenta del estado del arte acerca del tema seleccionado.

Es de importancia para el Trabajo Social comprender el contexto social, económico, histórico y político que contribuyó a la creación de una política pública que logró articular estrategias educativas y de cuidado, extendiéndose a lo largo de todo el territorio nacional y que en la actualidad sigue expandiéndose. Ha logrado así alcanzar a la población más vulnerable de la sociedad, ampliando los servicios de atención a todos los niñas/os y sus familias en general y conllevó a la incorporación del Trabajo Social como parte del equipo técnico interdisciplinario de Plan CAIF, siendo una de las instituciones públicas que ha empleado a muchos de los profesionales del trabajo social en las últimas décadas.

En diferentes momentos del siglo XX y especialmente a partir de la década del noventa, se ha dado un proceso de individualización de lo social por el cual los problemas sociales son considerados problemas individuales. El Estado ha tenido un rol fundamental con respecto a la individualización a través de su intervención sobre lo social planificando y gestionando las políticas sociales y la protección social. Es en este momento que cobra importancia nuevamente la institución familia, como ámbito privilegiado para el

despliegue de las políticas sociales universales y principalmente en el caso de las focalizadas en los sectores más vulnerables desde el punto de vista socioeconómico.

Surge de esta manera a fines de los años ochenta el Plan CAIF con el objetivo de brindar cuidados en materia de desarrollo psicomotor, alimentación y controles de salud, a niños cuyas familias se encontraban por debajo de la línea de pobreza, articulando al Estado con asociaciones civiles e involucrando a toda la comunidad a lo largo de todo el territorio nacional. Desplegando en su accionar un equipo técnico interdisciplinario integrado por profesionales del área social y de la salud, profesionales que no logran alcanzar su máxima expresión de autonomía en su ejercicio profesional, participando mayoritariamente en la ejecución y en menor medida en la toma de decisiones, quedando los recursos e instrumentos con los cuales debe intervenir delimitados por la institución.

En lo que refiere a la estructura de este documento, en el primer capítulo se expondrá una síntesis de la evolución del Estado uruguayo entre los años 1960 y 2014 desde lo económico, social y político, para comprender la coyuntura nacional que permite la creación del Plan CAIF hacia fines de los años ochenta y conocer a posteriori, cuáles son las razones por las que en la década del noventa se incorporan nuevos técnicos del área de la salud y de lo social, posibilitando que se constituya como política expansiva que perdura hasta la actualidad.

A la par del análisis del período histórico mencionado anteriormente, se procederá a comprender las transformaciones familiares que se han procesado en el país como consecuencia de la segunda transición demográfica de la sociedad y de los cambios en el mundo del trabajo.

En un segundo capítulo, se analizará el proceso de creación e instauración de la política pública Plan CAIF en la sociedad uruguaya y los diversos factores que contribuyeron a dar respuesta a la situación económica y social que atravesaba el país considerando como prioridad la atención de la infantilización de la pobreza, observando la trayectoria institucional que ha tenido el Plan hasta la actualidad y la coyuntura económica, social e institucional en la cual se produce el ingreso del Trabajo Social a los centros CAIF entre los años 1997-1998.

Una vez analizado el recorrido institucional y de instauración del Plan se analizará el alcance de la focalización y territorialización que la política ha logrado y que ha permitido

dar cobertura a las poblaciones más vulnerables de la comunidad, observando la gradual incorporación de las familias a los centros.

En el tercer capítulo, se considerarán las características que presenta el espacio ocupacional del Trabajo Social dentro del Plan CAIF, a través del análisis del rol del profesional en la institución, las funciones que desarrolla y la interpretación de la demanda social de los usuarios del centro, posteriormente se contemplará como los profesionales se relacionan con la comunidad mediante las organizaciones y recursos presentes, que serán colocados al servicio de las familias con las que se interviene.

En otro sentido, para analizar la práctica profesional es necesario retomar el lugar privilegiado que adquieren las clasificaciones entre los decisores de las políticas, acto que se acompaña de la burocratización de las tareas que los técnicos realizan en los centros CAIF y la burocratización en las modalidades de intervención del Trabajo Social con las familias. Para culminar se atenderá especialmente las posibilidades y límites que encuentran los trabajadores sociales de desarrollar su autonomía.

Al finalizar el trabajo, se expondrán algunas consideraciones generales que permitan destacar las ideas más importantes en base al documento.

CAPÍTULO I:

El Estado y la Familia.

El Estado uruguayo consolidado como agente privilegiado de la protección social, ha colocado en las últimas décadas a la familia como actor activo en las nuevas formas de ejercicio del poder sobre las poblaciones (De Martino; Vecinday, 2011). A lo largo de los años el Estado y la familia se han transformado paralelamente, logrando que en la actualidad un conjunto de políticas públicas envuelvan a ambas instituciones que serán objeto de análisis en el primer capítulo. En este sentido, para comprender la política pública de Plan CAIF (Centro de Atención a la Primera Infancia y la Familia), es necesario realizar un breve recorrido histórico desde la instauración del Estado de Bienestar hasta la actualidad para posteriormente analizar las transformaciones que han procesado las familias uruguayas en el mencionado período histórico.

1.1. El Estado Uruguayo y su intervención en la cuestión social.

Hacia fines del siglo XIX en la sociedad europea occidental, más precisamente en Francia, se comenzará a desarrollar lo que Castel designará como “propiedad social”. El individuo moderno comienza a necesitar de soportes, es decir, de la “... *capacidad de disponer de reservas que pueden ser de tipo relacional, cultural, económico, etc., y que son las instancias sobre las que puede apoyarse la posibilidad de desarrollar estrategias individuales...*” (Castel, 2003:19), condición necesaria para estar protegido ante los riesgos sociales.

Surge en Uruguay hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX el sistema de bienestar uruguayo estructurado en principio por cuatro pilares que pautaron la integración nacional, originándose así una matriz de seguridad social con capacidad de atender las necesidades de la protección laboral, la transformación económica y la integración social.

El servicio de salud pública transformó las anteriores organizaciones de la caridad privada en instituciones reguladas por el Estado, cuyos servicios atendían a las poblaciones que necesitaban de hospitalización (enfermedades infectocontagiosas) y aislamiento (la locura, la indigencia) y se extendía en menor medida hacía la maternidad y la infancia desde un enfoque preventivo, para el año 1915 se crea el primer hospital especializado en

la atención a la infancia, acompañado servicios específicos para la atención de la maternidad y de niños menores a dos años.

La educación pública -laica, gratuita y obligatoria- comienza a expandirse en los niveles primarios e intermedios, llegando el país en la década del treinta a ubicarse entre los primeros países latinoamericanos en alcanzar altos niveles en matriculación y cobertura educativa. Por otra parte, la regulación del mercado laboral se consagró con las principales leyes obreras (accidentes de trabajo, indemnización por despidos, jornada laboral de ocho horas, ley de protección al trabajo femenino y descanso semanal), mientras la política de retiro de la fuerza de trabajo más tarde se consagraría en un sistema de previsión social prácticamente universal desde el año 1919 (Midaglia, 2000).

La seguridad social además de cubrir a los trabajadores ricos, también pasará a cubrir a los trabajadores pobres, de esta manera se permite la rehabilitación de los no propietarios garantizándoles recursos para continuar integrados en la sociedad.

En el ámbito regional hasta los años sesenta, Uruguay se clasificaba como un “régimen de bienestar intermedio” de carácter estatal en donde la población se encontraba protegida a través de la articulación del mercado y la intervención pública, características propias de un país desarrollado y que se sustentaba además en la “seguridad informal” a través de la familia y las redes sociales, característica que comparten los países latinoamericanos (Wood y Gough en Midaglia y Antía, 2007).

Se evidencia que la creciente presencia del Estado uruguayo en la gestión de los problemas sociales se profundiza entre los años 1945 y 1960, siendo a principio de la década del sesenta que las instituciones garantizadoras de la gestión de los problemas sociales comienzan a deteriorarse.

El declive de la protección asociada al Estado de Bienestar fue acompañada de un régimen dictatorial que deterioró el esquema de protección social, si bien el gobierno de facto no dislocó en su profundidad al Estado Social ya instalado, si redefinió la asignación del gasto público deteriorando la calidad de los servicios que mantenían protegido al individuo ante los riesgos sociales -seguridad social, salud, educación-. A partir del Golpe de Estado del año 1973 se sucedieron un conjunto de modificaciones en el ámbito laboral cuyas consecuencias perduran hasta la actualidad, entre ellas se destacan, la suspensión de las negociaciones colectivas, la liberación de los salarios, las contrataciones y los despidos, logrando así mercados laborales más flexibles (Alegre y Filgueira, 2009).

Desde la reapertura democrática a mediados de los años ochenta, el sistema de políticas sociales se erige sobre tres líneas, el “viejo” Estado social, el Estado social focalizado y el mercado, los cuales no consiguen articularse adecuadamente. Son responsables de conciliar la protección y el bienestar social, conformando lo que Alegre y Filgueira (2009) denominarán como una reforma “híbrida” del Estado uruguayo.

Este período, a su vez, se encuentra atravesado por un conjunto de transformaciones en los ámbitos político, económico y social, principalmente por los cambios procesados en el mercado y la familia. En el mercado laboral el desempleo aumenta, las relaciones laborales se precarizan, se flexibilizan los contratos laborales y aumenta la informalidad, en cuanto al capital humano se elevan las aptitudes y cualificaciones necesarias de los trabajadores para insertarse al mercado laboral. Los arreglos familiares se transforman principalmente por el aumento de la jefatura femenina en los hogares, acompañado por la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo y teniendo que insertarse en ciertas oportunidades dos o más miembros de la familia para alcanzar niveles de bienestar dignos.

Sin perder el legado del Estado Social estas transformaciones generan una nueva estructura del riesgo, trasladándose hacia las poblaciones identificadas en situación de vulnerabilidad social entre las que se encuentran, mujeres principalmente jefas de hogar, niños, adolescentes y adultos mayores. Se observa así un desequilibrio intergeneracional en donde la pobreza se constata más entre las poblaciones jóvenes, mientras que los adultos mayores cuentan con transferencias de renta (jubilación, pensión) asociadas a la seguridad social, se produce así una “... *sobrerrepresentación de los niños y adolescentes dentro de la población en situación de pobreza...*” (Alegre y Filgueira, 2009:361), ampliando la brecha de desigualdad social intergeneracional.

A modo de respuesta a las problemáticas que dejaba la reciente salida del país a un gobierno de facto, se da inicio a la implementación del modelo neoliberal, situación promovida por instituciones financieras internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional) que se vio reflejado en el marco del Consenso de Washington. Se destacan como principales características del mismo:

“...disciplina presupuestaria; cambios en las prioridades del gasto público (de áreas menos productivas a sanidad, educación e infraestructura); liberalización financiera, especialmente de los tipos de interés; búsqueda y mantenimiento de tipos de cambio competitivos; liberalización comercial; apertura a la entrada de inversiones

extranjeras directas; privatizaciones; desregulaciones, y garantías de los derechos de propiedad...” (Garretón, 2012:30).

Son los referidos Organismos Internacionales quienes proponen un conjunto de sugerencias neoliberales para América Latina con la necesidad de focalizar hacia las poblaciones más pobres, junto a la descentralización de los servicios públicos universales -salud, educación, entre otros-, fomentando la cooperación público-privada. Es a través de la focalización en ciertos sectores de la población denominados “de riesgo” o “vulnerables” que comienza la introducción de innovaciones tecnológicas, a nivel de las instituciones encargadas de la gestión de las políticas sociales (Ortega y Vecinday, 2009).

Hacia fines de los años ochenta y principio de los noventa, comienza la implementación de las denominadas políticas de “nueva generación” de carácter concreto en la identificación precisa de la población objetivo, con la finalidad de focalizar hacia poblaciones específicas a través de la intervención social, articulando al Estado con la sociedad civil “...*transfiriendo recursos o apostando a la coparticipación con actores privados...*” (Alarcón y Zaffaroni, 2014:13).

La influencia de los organismos internacionales fundamenta un conjunto de programas y proyectos destinados a poblaciones vulnerables entre los que se destacan niños y adolescentes, mujeres y adultos mayores. Estas estrategias se implementarán a través de asociaciones civiles y organizaciones sin fines de lucro, descentralizando hacia lo territorial “... *en beneficio de los gobiernos locales, permitiendo mejorar las políticas en términos de costos e impactos...*” (Baráibar, 2009:64), focalizando y percibiendo la creciente individualización de las responsabilidades en la sociedad, en este sentido, Ortega y Vecinday (2009) enunciarán sobre las estrategias individualizadoras denominándolas como los “...*mecanismos y procesos que tornan la percepción de los problemas sociales como problemas individuales en función de disposiciones psicológicas y familiares.*” (p.12).

Siendo los niños población objetivo de la focalización que proponen dichos Organismos Internacionales, es en el año 1988 a través de un convenio firmado entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la República Oriental del Uruguay que se da origen a los centros CAIF como política pública intersectorial que involucra al Estado, organizaciones de la sociedad civil (OSC), organizaciones no gubernamentales (ONGs) y a las Intendencias Municipales.

La política pública (Plan CAIF) nace con el objetivo de:

“...mejorar la cobertura y la calidad de la atención de los programas sociales que atienden a la población en condiciones de pobreza crítica, mediante el desarrollo de estrategias y metodologías innovadoras de atención al niño, la mujer y la familia.” (Alarcón y Zaffaroni, 2014:15).

El Plan surge por la confluencia de diversos factores socioeconómicos que se acentuaron con la restauración democrática y la prolongada crisis económica de la época. Uno de los principales factores explicativos de su surgimiento es la confirmación de la infantilización de la pobreza, si bien este fenómeno ya existía en la sociedad uruguaya es en este momento que obtiene mayor visibilidad, traduciéndose en riesgo para el desarrollo del país.

La implementación del modelo neoliberal arroja consecuencias negativas para los países latinoamericanos en el plano económico y social, destacándose un crecimiento económico lento e inestable en el cual se ve afectada la productividad y en donde el producto bruto interno (PBI) no mantuvo la aceleración de crecimiento esperada, en lo referente al plano social se contempla un recrudecimiento de los problemas relativos al empleo lo que generó debilitamiento en el mercado laboral, aumento de la informalidad y diferencias salariales entre trabajadores especializados y no especializados (Garretón, 2012).

Las funciones del Estado se ven reducidas con el objetivo de disminuir su intervención en el mercado y así favorecer al sector privado.

La culminación de los años noventa deja al descubierto las transformaciones procesadas en las últimas décadas en las familias y los hogares uruguayos, observándose como consecuencia que, los hogares pobres comienzan a ser más numerosos y aumentan cuanto más extrema es la pobreza; los niños y adolescentes son quienes protagonizan estos hogares; los adultos a cargo poseen bajo nivel educativo y los perceptores de ingresos del hogar son proporcionalmente menos que en los hogares no pobres, lo que se agudiza en la pobreza extrema (MIDES, 2012).

La familia, el Estado y el mercado son las fuentes de ingreso de los individuos, el empleo formal disminuye lo que implica la inserción precaria o informal en el mercado laboral, y a su vez *“...la pérdida o reducción de ingresos, así como el aumento de la informalidad, hacen que el acceso a soluciones habitacionales en las áreas formales de la ciudad sea cada vez más difícil.”* (Baráibar, 2009:61).

Retomando los aportes de Garretón (2012) se puede observar que al igual que en la sociedad chilena y otros países de la región, a comienzos de la década del 2000 la coyuntura de nuestro país se ve afectada a raíz de la crisis económica internacional, lo cual implicó el aumento de la población que se encontraba en situación de pobreza e indigencia, produciéndose así un deterioro del “tejido social.”

Esta situación también repercute negativamente en el mercado laboral, en cuanto al aumento del desempleo y del empleo informal lo que genera una fractura social. Sin embargo, se puede afirmar que los afectados en mayor grado están comprendidos dentro de los sectores trabajadores más empobrecidos.

A esta situación se añaden las transformaciones en los arreglos familiares “...*el modelo de familia se desdibuja, pues el hogar debe insertar a dos o más miembros en el mercado laboral para mantener un nivel de bienestar digno.*” (Alegre y Filgueira, 2009:350).

Por este motivo desde el ámbito de Presidencia de la República a comienzos del año 2000 se impulsa un programa de expansión de la cobertura de los centros de asistencia a niños de sectores socioeconómicamente bajos, en el que se pretende el acceso de la primera infancia a la educación, a la asistencia sanitaria, la alimentación y a la documentación de identidad; ampliando los cometidos originales de la creación de los centros CAIF y la cobertura a nivel nacional (Alegre y Filgueira, 2009).

Como analiza De Martino (2011) la gestión de la “individualización” de los problemas sociales adquiere posibilidad con los avances de la tecnología principalmente de la informática en la introducción de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) por parte de los gobiernos nacionales, lo cual contribuye a la burocratización en la gestión de lo social con el objetivo de clasificar, controlar, evaluar y monitorear a los beneficiarios de las políticas. En el Plan CAIF se cuenta con el portal SIPI (Sistema de Información para la Infancia) desde el año 1989, en el cual se encuentran disponibles los legajos con información de todos los niños que ingresan a los centros de todo el país, facilitando el ingreso de datos y monitoreo de la información institucionalmente, como a nivel de las demás instituciones prestadoras de servicios vinculadas a INAU, tales como lo son en la actualidad el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Banco de Previsión Social (BPS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) (Vecinday, 2017).

A partir del año 2005, con la asunción de un gobierno de carácter progresista en Uruguay se comenzaron a procesar cambios en la matriz de protección social, entendiéndola como:

“...un derecho fundamental de las personas a tener acceso a programas efectivos y eficaces que alivien padecimientos derivados de riesgos sociales tales como enfermedades, vejez, desempleo y la exclusión social, así como programas que protejan los ingresos de la población proporcionando a ésta seguridad alimenticia, formación profesional, educación suplementaria y viviendas...” (Repetto, 2010:13)

Ante el contexto de crisis económica y social que atravesaba Uruguay a comienzos de los años 2000, se crea en el año 2005 el Ministerio de Desarrollo Social con el cometido de hacer frente a los problemas sociales de la pobreza y la desigualdad, garantizando derechos sociales a la alimentación, la salud, la vivienda y la seguridad social de todos los ciudadanos.

Percibiendo así que la protección social se debe basar en derechos de los ciudadanos extendidos a través de políticas públicas y sociales que permitan el desarrollo personal y la ampliación de las capacidades, defendiendo el carácter universal de las nuevas estrategias políticas con el objetivo de alcanzar a todos los ciudadanos de la república sin dejar de focalizar en los problemas concretos, sino que articulando para lograr inclusión e igualdad social (MIDES, 2012).

Es por tanto que en Uruguay la reforma social que da origen a la nueva matriz de protección social del país a partir del año 2005, tiene como objetivos ofrecer respuestas a los desafíos que la sociedad enfrenta, y que hacen referencia al conjunto de políticas económicas, al sistema tributario, al crecimiento sostenido del Producto Bruto Interno, a políticas de inversión y desarrollo que conjuguen crecimiento económico, justicia social y desarrollo humano para asegurar que la renta nacional sea distribuída equitativamente entre la población y así ejercer sus derechos sociales, económicos, culturales y políticos (MIDES, 2012).

La centralidad del Estado en la provisión de bienes sociales no solo se caracterizaría por la continuación de las políticas sociales universales (tradicionales) esencialmente en la seguridad social, salud y educación, sino también a través de la modificación del sistema tributario que permitiría la redistribución de la riqueza, sino que se acompañarían con un conjunto de intervenciones focalizadas dirigidas a grupos de población específicos con el objetivo de contrarrestar la desigualdad y la pobreza,

“...el discurso político de la izquierda hacía presuponer una fuerte preocupación por reajustar las políticas sociales, imprimiéndoles una cierta orientación universalista e integral, que a su vez se articulara con algunas acciones focalizadas en la atención de las situaciones sociales más urgentes...” (Midaglia y Antía, 2007:141)

La reforma social a través de la focalización de las políticas sociales dirige su accionar sobre determinados sectores de la sociedad ampliando así el campo de actuación, llegando a sectores marginales que en esquemas anteriores de bienestar no eran contemplados, principalmente a niños, jóvenes, mujeres y adultos mayores.

En este momento la “asistencia moderna” definida por Vecinday (2017) adquiere nuevo sentido, esto implica la ampliación de la cobertura de las políticas focalizadas como nuevas modalidades de reinserción de la población beneficiaria, a través de la ampliación del gasto público social.

La institucionalización de la asistencia implica la descentralización hacia el territorio para la gestión de lo social y la utilización de mecanismos de control, identificación y clasificación de las trayectorias individuales; quienes no logran adaptarse al sistema son empujadas a transitar por “círculos protegidos” hasta lograr su reinserción, en caso de lograrlo (Vecinday, 2017).

Implementadas las políticas sociales se logra percibir un conjunto de desafíos políticos, sociales e institucionales que permitirían una implementación adecuada para mantener y proyectar en el tiempo las reformas planteadas, esto refiere a la distribución del gasto público social y la calidad en las respuestas ofrecidas por el Estado a las poblaciones más vulnerables de la sociedad.

1.2. De las transformaciones familiares en Uruguay.

Se considera pertinente abordar las transformaciones familiares que se han procesado en el país a lo largo del siglo XX, como consecuencia de la segunda transición demográfica y las transformaciones en el mercado laboral, para comprender la intervención de los Trabajadores Sociales con las familias en los centros CAIF. Siendo diversos los arreglos familiares en la sociedad las formas de intervención con las familias también lo serán, necesitándose de estrategias particulares para la atención pertinente de cada situación abordada.

Se entiende a la familia en primer término según Miotto (1997) como “...*um fato cultural, históricamente condicionado, que não se constitui, a priori, como um “lugar de felicidade...”*” (p.115). En este sentido se interpreta a la familia como una institución social históricamente condicionada y que no es considerada desde el inicio como “un lugar de felicidad”. Cada familia es una construcción histórica atravesada por contradicciones cotidianas entre sus miembros y con el medio social. Entendida la familia como una construcción a lo largo de su vida puede considerarse como ámbito de felicidad o infelicidad para sus miembros, o puede convertirse en un espacio de limitaciones y/o de sufrimiento.

Definido el concepto de familia se hace necesario comprender qué tipo de familia es la que se encuentra atravesando por una “crisis” en la sociedad actual debido a las transformaciones sociales procesadas en las últimas décadas. Esta es la familia “nuclear” la familia “tradicional” de la cual habla Parsons (1970), basada en un modelo jerárquico en donde el padre concentra el poder y la esposa junto a los hijos obedecen al “jefe de familia” (Jelin, 2000).

En este modelo tradicional de familia el padre trabaja en el ámbito público y la madre se encarga de las tareas domésticas, de cuidado y socialización primaria de los hijos del matrimonio.

La modernidad trajo consigo un conjunto de transformaciones en el mundo del trabajo que repercuten en la vida cotidiana y en la organización de las familias.

Al hablar de transformaciones se hace referencia en primer lugar al empobrecimiento, que repercute en la migración campo-ciudad de las familias en busca de nuevos empleos. Un cúmulo muy elevado de mujeres que deben ingresar al mercado laboral, en ocasiones, incluso intercambiando los roles dentro de la familia: la mujer es la que sale al ámbito público y el hombre realiza las tareas domésticas y de cuidado de los dependientes, dejando de lado el rol tradicional que cumple el padre de familia

“...el hombre es el responsable del mantenimiento económico de la familia [...] La mujer es la principal responsable de las tareas “reproductivas”: tiene a su cargo la reproducción biológica [...] se ocupa de la organización y gran parte de las tareas domésticas que permiten el mantenimiento y la subsistencia de los miembros de su familia y desempeñan un papel fundamental en la reproducción social...”. (Jelin, 2000:33-34).

Las transformaciones en el comportamiento de la mujer producido por la división sexual del trabajo y del poder, reorganizan los papeles dentro de la organización familiar por lo cual se puede llegar a producir una “...*fragilização dos vínculos familiares e uma maior vulnerabilidade da família no contexto social.*” (Mioto, 1997:120).

Las nuevas configuraciones familiares se visibilizan tras las transformaciones de las familias a lo largo del siglo XX, anteriormente existían pero eran opacadas por la predominancia de la familia nuclear. Estas nuevas configuraciones familiares se reflejan en el aumento de los hogares monoparentales, de los reconstruidos y de los extendidos ante la pérdida de primacía de los hogares tradicionales. Algunas de las consecuencias de los presentes cambios se adjudican al aumento de los divorcios y a las uniones consensuales (Cabella, 2007).

Antes los cambios procesados por las familias a lo largo del siglo XX, Mioto (1997) redefine el concepto de familia y la entiende como:

“...um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longos e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido...” (p. 120).

La composición de los hogares en Uruguay a lo largo del siglo XX se transforma como consecuencia de la modificación en los comportamientos demográficos, estos comportamientos hacen referencia a las pautas de nupcialidad y de divorcios, el aumento de la esperanza de vida al nacer y el envejecimiento poblacional.

Como primera consecuencia las pautas de nupcialidad han cambiado, si bien son menos los matrimonios contraídos y son más los divorcios efectuados, de los matrimonios contraídos se espera que perduren menos en el tiempo. Como respuesta a la presente situación se puede observar el incremento de las uniones consensuales que “...*han experimentado aumentos desde la década del setenta, sin embargo es a fines de los años ochenta cuando se produce su eclosión.*” (Cabella, 2007:9).

El aumento de los divorcios también acarrea como consecuencia el aumento de los hogares monoparentales de los cuales más de la mitad contemplan jefatura femenina.

Si se observa el comportamiento de las mujeres con respecto a las uniones conyugales, las mujeres con mayor nivel educativo retrasan el inicio de su vida conyugal y la llegada de los hijos, lo que se contrapone con las mujeres de bajo nivel educativo, que

tempranamente inician su unión conyugal y comienzan con la procreación (Cabella, 2007)

Siguiendo con los planteos de Cabella (2007) los hogares que adquieren particularidad en Uruguay son los extendidos y los monoparentales, por lo cual, la autora expone dos motivos que interpretan por qué estos hogares en cuestión no son pobres, en primer lugar, las mujeres separadas o divorciadas presentan tasas de actividad más altas que el promedio de mujeres, en segundo lugar, las mujeres con hijos se insertan como núcleo secundario en hogares extendidos. Sin embargo, los hogares extendidos presentan dificultades, los jefes de hogar presentan bajo nivel educativo, altos niveles de hacinamiento, los niños presentan dificultades en el ámbito escolar y tienden a desertar prematuramente del sistema educativo, reflejado en el número de adolescentes, que se transforman en madres.

Por otra parte, retomando las transformaciones que se han procesado como consecuencia de la división sexual del trabajo se puede observar, según los aportes de Cabella (2007), que las mujeres de nuestro país se enfrentan a una sobrecarga de trabajo, ya que son las encargadas del cuidado de niños, adultos mayores y enfermos, lo que dificulta la conciliación del ámbito del trabajo y el ámbito doméstico. La creciente incorporación a gran escala de la mujer al mercado laboral no ha sido acompañada por políticas de impacto adecuadas que contemplen el cuidado de las personas dependientes de los hogares, sino que siguen siendo las mujeres las encargadas del cuidado, la reproducción y las tareas domésticas.

En los últimos años el Plan CAIF se ha posicionado como política pública de trascendencia en el cuidado de niñas/os menores a tres años, a través del incremento de la población atendida y la expansión de los centros por todo el territorio nacional, política que es acompañada por los programas de Escuelas de Tiempo Completo¹ y de Tiempo

¹ A partir del año 1998 comienzan a funcionar en Uruguay escuelas en modalidad de Tiempo Completo atendiendo a niños desde los 4 años en el horario comprendido entre las 8:30 y las 16:00 horas. Teniendo en cuenta que la situación socio-económica en la que el niño nace y se desarrolla constituye una condición que tiende a reproducir la inequidad, desde el centro educativo se les brinda un servicio de alimentación que consta de desayuno, almuerzo y merienda. Esta propuesta pedagógica también la forman otras instancias como la hora del juego, talleres de evaluación y de convivencia general. Lo que se trata de generar es un entorno organizado, con normas claras y consensuadas, que brindan al niño/a oportunidades para el desarrollo de su autoestima, la confianza en sí mismo y en sus capacidades. (CEIP; 2018)

Extendido² del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) que se desarrollan en más de 319 escuelas de todo el país en la actualidad.

Tanto el Plan CAIF como los programas del CEIP, se encuentran integrados al Sistema Nacional de Cuidados creado en el año 2015 por la Ley 19.353, el cual está orientado a diseñar e implementar políticas públicas correspondientes a un modelo solidario que articula al Estado, la familia y el mercado a través de un conjunto de acciones públicas y privadas destinadas a las personas dependientes, niños, adultos mayores a sesenta y cinco años y personas con discapacidad. Se entiende por cuidado a “...*las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas.*” (Ley 19.353).

En Montevideo se suman al Sistema de Cuidados en el área de infancia, los centros diurnos gestionados directamente por INAU y el programa nuestros Niños de la Intendencia Municipal de Montevideo. Desde el año 2013 el MIDES implementa el programa Cisepi (Cuidados e Inclusión Socio-Educativa para la Primera Infancia) para la inclusión de niñas/os de hasta 3 años inclusive en Centros Infantiles privados cuando no existe oferta pública disponible, se encarga de cubrir el costo de la matrícula, las cuotas mensuales y los gastos en transporte de las familias para trasladar a sus hijos/as al centro.

El Sistema de Cuidados permite a través de la articulación con los diversos programas que lo componen generar espacios de equidad entre los roles de género y revalorizar las tareas de cuidado de las personas dependientes, comprometiendo a varones y mujeres a las tareas cotidianas y familiares, permitiendo a la mujer recuperar espacios para la realización de sus proyectos personales de vida.

Aun así, se necesita de la promoción y el compromiso social y estatal con estas políticas que tienden “...*a romper con el esquema tradicional de los roles de género, a partir del cual se entiende que el cuidado de los niños, de los ancianos y el trabajo doméstico en general, son responsabilidad femenina.*” (Cabella, 2007:14).

² La propuesta de Tiempo Extendido funciona desde el año 2013, consolidada como una jornada diaria de siete horas en la que se identifican 2 horas de talleres, 1 hora para almuerzo que incluye espacios de recreación y 4 horas de clase con el maestro de aula. En el horario extendido los alumnos están atendidos en varios de los talleres por docentes que no son maestros. Entran a la escuela otros saberes, otras lógicas, otras especificidades (artes visuales, literatura, teatro, expresión corporal, música, danza, inglés, educación física, etc.) que enriquecen a los colectivos docentes, opera generando procesos de innovación educativa. (CEIP; 2018)

Para culminar se hace imprescindible considerar la creciente infantilización de la pobreza la cual es acompañada de la inestabilidad familiar, este factor deja en desventaja a las familias más pobres, ya que son quienes concentran la mayor cantidad de hijos. Si bien desde el Estado se otorga una prestación económica por hijos menores a cargo denominada Asignación Familiar, no alcanza a desarrollar el impacto esperado sobre la reducción de la pobreza infantil debido a la ínfima suma económica que perciben las familias beneficiarias³ (Cabella, 2007).

El conjunto de transformaciones nombradas se pueden ubicar dentro del proceso de la segunda transición demográfica de la sociedad uruguaya con respecto a la familia, su diversidad y su pluralidad (Paredes, 2008; De Martino, 2009).

³ La Asignación Familiar es una prestación económica bimestral que BPS brinda a los hijos o menores a cargo de los trabajadores. Se otorga desde el momento de comprobado el embarazo y varía según los ingresos del hogar y la cantidad de menores que viven en el mismo. Hasta dos hijos, el tope en los niveles de ingresos de las familias beneficiarias será de \$28.489, en el cual el monto a percibir es de \$756 por mes por beneficiarios y hasta \$47.491 el monto a percibir es de \$378 por mes por beneficiario. Con 3 hijos a cargos los topes son de \$52241, con 4 hijos \$56990, con 5 hijos \$61739. El monto a percibir será el de la segunda franja (\$378 a 01/2018) por mes y por beneficiario. Como contraprestación se exige la permanencia de los menores en el sistema educativo y la realización de controles de salud. Las personas con discapacidad tendrán derecho a la asignación familiar doble, de por vida o hasta que perciban otra prestación del BPS.

En cuanto a la AFAMPE (Asignación Familiar Plan de Equidad) se le otorga a las familias que no perciben la Asignación Familiar de BPS, que consiste en una transferencia de dinero mensual, complementando los ingresos de las familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica con menores a cargos. \$1.496,14 por el primer beneficiario (en gestación, menor de 5 años y escolares); \$ 641,22 (complemento) por el primer beneficiario cursando nivel intermedio; \$ 2.137,36 por beneficiarios con discapacidad; \$ 1.496,14 por cada beneficiario internado en régimen de tiempo completo en establecimientos del INAU o instituciones con convenio con este.

*Valores mensuales a Enero de 2018. (BPS; 2018)

CAPÍTULO II: El Plan CAIF como política expansiva.

Plan CAIF se ha posicionado como la estrategia pública más importantes del país dirigida a la atención de la primera Infancia y la Familia, considerada “...una política pública intersectorial de alianza entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil para contribuir a garantizar la protección y promoción de los derechos de los niños y las niñas desde la concepción a los 3 años.” (20 años Plan Caif en Vecinday, 2014:142), siendo el soporte de la política la relación existente entre el Estado, la sociedad y la familia, consolidada por la permanencia en el tiempo.

Se entiende a la política social como aquella intervención pública que procura incidir en el bienestar humano, cambiando, manteniendo o facilitando las condiciones de vida de la población, a través de la cobertura de sus necesidades desde la educación, la salud, la vivienda, definiéndose “...como aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, al desarrollo de servicios y prestaciones que intentan paliar determinados problemas sociales.” (Montagut, 2014:21).

Para Grassi (2003) forma parte de los procesos de hegemonización político-cultural de una sociedad en un período histórico determinado capaces de normalizar aquellas pautas que orientan la vida social y las prácticas sociales de sus ciudadanos. El Estado se convierte en actor de la producción de los problemas sociales, delimitando su responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de la intervención y de las condiciones de acceso, es una forma particular en la que la cuestión social se convierte en cuestión de Estado.

2.1. Proceso de creación e instauración.

Plan CAIF comenzó su funcionamiento en setiembre del año 1988 a partir de un Convenio firmado entre UNICEF y la República Oriental del Uruguay, involucrando a organismos públicos, gobiernos municipales y asociaciones civiles con el objetivo de atender las necesidades de niños preescolares y sus respectivas familias que se encontraban viviendo en situación de pobreza.

El Plan se constituye como respuesta a la situación de crisis social que atravesaba el país en la década del ochenta, en este sentido, para comprender el surgimiento de la política pública se describirá un conjunto de diferentes factores que incidieron en su creación.

En primer lugar, se destaca el desgaste de la situación social y la comprobación de la infantilización de la pobreza

“...la situación social de la familia y en particular de la Infancia y la Mujer ha alcanzado en el pasado reciente, grados de deterioro desconocidos para el Uruguay. La referida situación traduce los efectos de una prolongada crisis, particularmente agravada durante el reciente gobierno de facto, pero a su vez revela el agotamiento del modelo tradicional de abordaje sectorial de las Políticas Sociales y la ausencia de un enfoque integral de la problemática de la pobreza.” (Zaffaroni, 2014:11).

En segundo lugar, se encuentran las publicaciones de diferentes investigaciones tanto nacionales como extranjeras que advertían sobre la infantilización de la pobreza y su reproducción, así como de sus posibles efectos a futuro en el desarrollo de los niños uruguayos.

Un tercer factor, fue la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos para complementar a las políticas tradicionales de intervención sobre la presente problemática y de la ampliación del gasto público social asignado a proyectos focalizados. En este sentido, surgen y se promueven diversas organizaciones de la sociedad civil que se articulan con actores públicos.

Otro factor a considerar y que se relaciona con lo anteriormente planteado, es el surgimiento de las denominadas políticas de “segunda generación” que tenían como principal característica su orientación a grupos de población específicos, la descentralización y la transferencia de recursos con la participación de actores privados.

Un quinto factor se observa en las transformaciones que se procesaron en los modos de intervención que se realizaban desde el entonces Consejo del Niño, con el objetivo de constituir una nueva política pública para la infancia que abarcara el abandono familiar y social y no se basara únicamente en un sistema asilar. Además de atender a la infancia abandonada se crea un nuevo modelo de política de protección a la infancia fomentando el fortalecimiento de la sociedad civil, la búsqueda de alternativas a la internación, la humanización de los hogares y el desarrollo de programas para atender a la infancia en situación de calle.

Las intervenciones sobre las familias y la infancia adquirieron carácter técnico al incorporarse Psicólogos, Trabajadores Sociales y Docentes, además de crearse la carrera de Educador Social con la finalidad de mejorar las prácticas socioeducativas en la primera infancia, la niñez y la adolescencia.

Si bien se contó desde el inicio con el apoyo de UNICEF, más tarde se volvió imprescindible la participación de otros organismos internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) para la sostenibilidad del Plan. De manera que, el Plan CAIF surge bajo la influencia del Consenso de Washington cuyos organismos se encargaban, entre otros proyectos, de sugerir y financiar propuestas para atender las consecuencias de la crisis social que se encontraban atravesando los países Latinoamericanos.

Por último, la Convención de los Derechos del Niño aprobada en el año 1989, contribuyó a redefinir y ajustar los objetivos del Plan, si bien fue aprobada en nuestro país posteriormente al surgimiento de la política.

En agosto del año 1993 se publica una primera evaluación sobre el surgimiento del Plan por Jani Brouwer⁴ que destaca lo siguiente:

“Los puntos de partida del Plan Nacional CAIF fueron los resultados de un conjunto de estudios realizados sobre infancia y pobreza en Uruguay, la constatación de un elevado e ineficiente gasto público social, el imperativo técnico y ético de reestructurar los modos de operación, de focalizar el gasto social y desburocratizar el funcionamiento institucional (...) la meta era llegar a un modelo integrado, pragmático, participativo y capaz de dar respuesta a un proceso de empobrecimiento sin precedentes en el Uruguay, quebrando el círculo vicioso de reproducción de la pobreza.” (Zaffaroni, 2014:14).

Los objetivos que perseguía el Plan en el inicio consistían en mejorar la cobertura y la calidad de la atención de la población en situación de pobreza desde las políticas sociales mediante nuevas estrategias de intervención; teniendo como principales líneas de acción el desarrollo de niños y niñas, desde los componentes sanitarios, nutricionales y alimenticios.

El Plan consistía en la “Atención Integral a la Infancia y la Familia” gestionada por Asociaciones Civiles que se encargaban de administrar los recursos y servicios otorgados por los organismos públicos, ampliando la cobertura a las familias que se encontraban por debajo de la línea de pobreza en todo el territorio nacional.

2.2. Trayectoria institucional de Plan CAIF.

⁴ Directora de Investigación y Doctorado en Pontificia Universidad Católica de Chile. **Brouwer. J.** (1993). *Evaluación Final. Plan Nacional de Atención Integral al Menor, la Mujer y la Familia en Situación de Pobreza.* Santiago de Chile, documento inédito.

Se analizará a continuación el desarrollo de Plan CAIF, en el período histórico correspondiente a los años 1988-2015.

Zaffaroni analiza la evolución del Plan dividiendo el periodo histórico desde el año 1988 al 2002 en tres etapas, la primera etapa abarca el periodo de los años 1988-1990, a la cual define como de inserción institucional y financiamiento, “...*el Gobierno de Uruguay solicitó el apoyo de UNICEF a través del Fondo especial de Ajuste para América Latina y el Caribe destinada a la formulación de políticas de fortalecimiento institucional...*” (Brouwer en Zaffaroni, 2014:21), al cual UNICEF accedió y se comprometió con el financiamiento.

Para poder implementar el Plan se crea la Comisión Nacional del Menor, la Mujer y la Familia y el Comité Técnico que tenían como objetivo reglamentar su funcionamiento. Si bien el financiamiento provenía de UNICEF se contaría con los aportes del entonces denominado Consejo del Niño actual Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), los gobiernos municipales y los aportes de INDA (Instituto Nacional de Alimentación) a través de víveres secos, junto a diversos aportes que realizarían los diferentes Ministerios.

Ante esta nueva organización del cuidado de la infancia, se deben considerar como antecedentes las primeras guarderías rurales creadas hacia 1983 con la finalidad de que las mujeres tejedoras pudieran dejar a sus hijos durante las horas de trabajo. Para el año 1985, tras la vuelta a la democracia se crearán guarderías en diferentes áreas de Montevideo, contando con aportes de UNICEF y del entonces Consejo del Niño, a lo que se añade una nueva política de subsidios a diversos proyectos comunitarios destinados a la atención en la primera infancia (Vecinday, 2014).

Encontrándose en funcionamiento las Guarderías comunitarias administradas por el Consejo del Niño, se firmaron convenios con Asociaciones Civiles sin fines de lucro, a las cuales se las proveía de insumos básicos y transferencia de recursos mensuales para la atención de niños en situación de pobreza, de este modo “...*se sentaron las bases jurídicas, financieras y asistenciales que sirvieron de pilares para que el INAME asumiera el rol asignado en la resolución constitutiva del Plan.*” (Zaffaroni, 2014:23).

Con respecto a la evaluación sobre esta primera etapa se destacan como ejes principales, aspectos débiles en la coordinación intersectorial, en la descentralización, la organización y movilización de la comunidad, y en otro sentido, se señala la necesidad de consolidar y

fortalecer los aspectos mencionados anteriormente para lograr uno de los objetivos principales del proyecto, una “...nueva modalidad de interacción entre el Estado y la sociedad civil para encarar una estrategia de desarrollo.” (Martínez y Zaffaroni; Zaffaroni, 2014:26).

La segunda etapa abarca el período 1991-1995 y consiste en la integración de Plan CAIF al Programa de Emergencia Social, en 1990 los cambios que se producen a nivel del gobierno nacional repercuten en la orientación del Plan para generar compatibilidad con la política general de la administración, redefiniéndose algunos ajustes de su formulación para alcanzar:

“(...) el mejoramiento cualitativo de los centros existentes, en la adecuada focalización de los nuevos, en el fortalecimiento de las asociaciones civiles y en proyectar nuevas modalidades de acción. Se pretendía extender la acción de los centros a los niños de 0 a 2 años mediante actividades de estimulación temprana y actividades específicas para la mujer.” (Brouwer en Zaffaroni, 2014:28).

Los centros CAIF se posicionaron como modelos de experiencias alternativas de cooperación entre la sociedad civil y el Estado. Este cambio de orientación en la expansión de las acciones de los centros CAIF pone el acento en las familias y en la comunidad, de esta manera los convenios con instituciones públicas y privadas y pequeñas unidades productivas que tuvieran objetivos similares a los del Plan CAIF se denominarían “acciones CAIF”, generadoras de una “red social” que pudiera modificar la tradicional relación de dependencia de los grupos sociales con el Estado.

Las evaluaciones realizadas en el año 1991 sobre la incidencia del Plan en el desarrollo de los niños/as arrojan las siguientes conclusiones; en el área psicomotora, no se mejoraron los niveles de riesgo y se visualiza el deterioro del desarrollo psicomotor, tanto para niñas y niños en los centros del interior y de Montevideo, considerando como una debilidad el tiempo disponible por las maestras para la atención pormenorizada de cada niño y sus familias debido a las exigencias de trabajo demandada por la institución. Sobre la evaluación alimentario-nutricional realizada por INDA, se destaca la focalización sobre la población más necesitada del país, el impacto nutricional positivo en los niños, con alimentación de buena calidad.

En este sentido, se pueden identificar diversos factores de explicación sobre el bajo nivel de desarrollo psicomotor de los niñas/os, en primer lugar, la insuficiente participación de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) en el componente educativo

del Plan, el escaso tiempo destinado a la planeación de las actividades educativas y pedagógicas debido al tiempo que implicaba la realización de las tareas administrativas de las maestras coordinadoras del centro, lo cual se sumaba a la insuficiente formación y especialización de las mismas.

En segundo lugar, la carencia en la adquisición de hábitos de higiene de los niños en el centro, la falta de material didáctico adecuado para cada edad, la insuficiente realización de actividades con los padres y la escasa supervisión y seguimiento continuo de técnicos especializados en los centros que garantizara el correcto funcionamiento del Plan.

En la tercera etapa que abarca el período de tiempo 1996-2002, se produce la inserción de Plan CAIF en el Instituto Nacional del Menor (INAME)

“El 5 de enero de 1996 el Parlamento Nacional a través de la Ley 16.736 asigna al Instituto Nacional del Menor (actual INAU) la responsabilidad de la coordinación general del Plan CAIF integrando en su estructura la Secretaría Ejecutiva. El INAME interviene como ejecutor de dicho Plan a través de la Secretaría Ejecutiva como organismo responsable de la coordinación intersectorial que lo sustenta.” (Cerutti en Zaffaroni, 2014:37)

En 1997 se firma un convenio con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el objetivo de ejecutar el proyecto “Fortalecimiento Institucional del Plan CAIF” considerando los avances y desafíos del Plan que se desprenden de las evaluaciones realizadas anteriormente.

Los objetivos y metas que se establecieron para fortalecer el Plan fueron: aumentar la capacidad de autogestión de las Asociaciones Civiles en los centros CAIF; desarrollar los niveles de salud, nutrición, desarrollo intelectual y psicomotor de los niños en los centros; postular al centro como referente comunitario para las familias, extender la cobertura de los centros para alcanzar un mayor acceso de niños a la institución y lograr una mayor integración entre los organismos públicos y las asociaciones civiles.

Con respecto al componente educativo, para el año 1996 especialistas en educación inicial de ANEP e INAME elaboraron un documento con respecto a la propuesta educativa para los centros. En ese mismo año se realizan talleres de capacitación para todos los docentes del Plan, y talleres con integrantes de las asociaciones civiles que tuvieron como temas a tratar, la organización y el funcionamiento, roles de los actores y la participación de las organizaciones en el proyecto.

En los primeros años de funcionamiento del Plan no se cuenta con un equipo técnico multidisciplinario, es hasta los años 1997-1998 que sesiona el Comité Nacional con los representantes del Plan y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo con el objetivo de fortalecimiento del mismo y tienen como eje enfocar en las problemáticas encontradas en las evaluaciones realizadas hasta ese momento sobre los niños con retraso en su desarrollo psicomotor y baja integración de las familias con los centros.

La respuesta institucional ante esta problemática fue la incorporación del saber experto para alcanzar el desarrollo positivo del niño. Es decir, se incorporan técnicos de diversas disciplinas para realizar las tareas de control y supervisión del funcionamiento de los centros, enfatizando su accionar en la familia y las redes sociales como soportes para el fortalecimiento y el desarrollo del niño (Vecinday, 2014).

Con el objetivo de fortalecer a la Secretaria Ejecutiva se crea en 1997 la División Plan CAIF, que tenía como finalidad

“...colaborar en la implementación y seguimiento de los proyectos a nivel de los centros; controlar el uso de los recursos transferidos y brindar asistencia para su uso; monitorear el cumplimiento de los objetivos en las áreas de estimulación oportuna, educación inicial y desarrollo psicomotor...” (Canzani y Midaglia en Zaffaroni, 2014:41).

así como incorporar técnicos en la planificación y control de los centros.

En el marco del presente Proyecto de Fortalecimiento del Plan se incorporan nuevos programas dirigidos a mejorar los resultados en las áreas más críticas integrando a la familia con el centro mediante la intervención con niños desde su nacimiento, estos programas son: Educación Inicial, acordado con lineamientos de la ANEP para atender a niños de 2 a 4 años; Estimulación Oportuna, destinado a niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad, concurrendo una vez a la semana con su padre y/o madre; Programa Padres e Hijos, Para Amar y cuidar la Vida; y por último el Servicio de Orientación Comunitaria y Familiar.

La implementación de estos nuevos programas requiere de la incorporación de nuevos técnicos, tanto del área de la salud como del área social. El Plan hasta el momento funcionaba como lo hacían los centros educativos escolares, cumpliendo los horarios establecidos, con una maestra coordinadora y auxiliares de servicio (cocinera/o y limpiador/a) y en relación con las familias desde el “deber ser” y no desde la cooperación o participación para con el centro.

Entre los años 1997 y 1998 se incorporan los Trabajadores Sociales a los centros CAIF conformando el equipo interdisciplinario de los centros junto a Psicólogos y Psicomotricistas.

Una evaluación externa realizada en el año 1999 sobre la incorporación de los nuevos técnicos del área social y de la salud al Plan destaca lo siguiente:

“... una mejora sustancial en el nivel del desarrollo psicomotor de las niños/as; un importante cambio en el papel de quienes gerencian el Plan a nivel local (asociaciones civiles); con una transformación sustancial sobre el rol y las funciones que cumplen los CAIF; una mayor calificación del equipo docente encargado de los Centros [...] mayor número y diversidad de disciplinas en los equipos técnicos...” (Cerutti en Bruzzone y Hauser, 2009:12-13).

A partir del año 2001 el contexto nacional cambia y el Plan se centra en brindar respuesta al avance de la crisis económica internacional y nacional. Como consecuencias en nuestro país se acentúa el número de familias que se encontraban por debajo de la línea de pobreza, perjudicando en mayor medida a los niños con respecto a los adultos mayores, agudizando la vulnerabilidad estructural que se acentuaba desde los últimos años de la década del noventa (Alegre y Filgueira, 2009).

En agosto del 2002 se firma el primer Convenio Interinstitucional de Plan CAIF, cuyo objetivo era asegurar la *“...continuidad, sustentabilidad y desarrollo del Plan...”* (Convenio 2002, INAME) manifestando compromisos, derechos y obligaciones de los organismos públicos para con el Plan.

Los organismos que participaron en la firma de dicho Convenio fueron: el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Nacional de Alimentación (INDA), la Administración Nacional de Enseñanza Pública (ANEP), el Congreso Nacional de Intendentes, y delegados zonales de las Asociaciones Civiles de todo el país.

Canzani y Midaglia (2003) analizan la firma del Convenio Interinstitucional como expresión de consolidación, crecimiento e institucionalización del Plan CAIF al lograr formalizar las responsabilidades y aportes de los actores implicados en una sola norma (Zaffaroni, 2014).

A partir del año 2002 bajo el escenario de la crisis económica que atravesaba el país, el gobierno uruguayo junto con el BID y el Banco Mundial desarrollaron un conjunto de

instrumentos que contribuirían a la protección presupuestaria de los programas sociales en las áreas de educación, salud, alimentación y seguridad social. El objetivo era

“...evitar que los efectos de la crisis económica recaigan sobre los sectores más vulnerables de la población, que se deterioren los indicadores de bienestar social del país y que se produzcan retrocesos en las modernizaciones en curso destinadas a mejorar la eficiencia y la equidad en el acceso de los grupos carenciados a dichos beneficios sociales.” (OPP y BM, 2003; Zaffaroni, 2014:56).

Durante el transcurso del año 2004 el efecto de los instrumentos desarrollados por el gobierno nacional y los organismos internacionales provoca la aceleración en la expansión del Plan incorporándose 131 nuevos convenios en modalidad semanal Plan CAIF/Infamilia ampliando la atención de niños y embarazadas a casi un cuarenta y cinco por ciento de la matrícula del Plan. En setiembre de ese mismo año se aprobó el Código de la Niñez y la Adolescencia el cual modificaba el nombre del entonces INAME a Instituto del Niño Adolescente del Uruguay (INAU) manteniéndose como *“...órgano administrativo rector en materia de promoción, protección y atención de los niños y adolescentes del país y su vínculo familiar al que deberá promover, proteger y atender por todos los medios a su alcance.” (Zaffaroni, 2014:61).*

La creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) por la Ley N° 17.866, en el año 2005 establece en su artículo N°8 que *“El Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) se relacionará con el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Desarrollo Social.”*

A la par de la institucionalización del MIDES se consolida el programa Infamilia, anteriormente denominado PIIAF (Programa Integral de Infancia, Adolescencia y Familia en Riesgo Social) programa inscripto entre el Estado uruguayo y el BID, que tenía entre sus subcomponentes prioritarios brindar atención para que las familias y sus hijos pudieran acceder a los centros CAIF a través del aumento de la cobertura y la creación de nuevos centros, siendo el cometido principal contrarrestar la exclusión infantil y adolescente del país.

En el año 2007, surge el Plan de Equidad como respuesta del gobierno al incremento de la pobreza y la indigencia que se había producido en el país a consecuencia de la crisis del año 2001, incidiendo directamente en la estructura de las desigualdades socioeconómicas, de género y étnicas. Para el año 2007 Plan CAIF comenzó a conformar uno de los componentes del Plan de Equidad (Castiglioni, 2010):

“El INAU/Plan CAIF, pondrá en marcha un Plan de acción para el aumento de la cobertura y la mejora de la calidad que comprenderá: a) la modificación de los modelos de gestión y las estrategias de intervención de los centros lo que se traducirá entre otros aspectos en una cobertura mayor en la franja etaria de 0 a 24 meses, con mayor exigencias de formación de recursos humanos de los centros; b) la apertura de nuevos centros, atendiendo a la priorización territorial establecida; c) la coordinación con ANEP/CEP para el crecimiento de la matrícula de 0 a 3 años; d) el fortalecimiento del sistema de supervisión; e) el apoyo de los equipos técnicos de los CAIF a los servicios de primer nivel del Sistema de Salud en la atención a embarazadas (Plan de Equidad, pág. 44; Cerutti en Zaffaroni, 2014:67)

La última etapa que abarca los años 2011 al 2014 se caracteriza por la ampliación de la cobertura del Plan y la apertura de nuevos centros en las áreas rurales y espacios urbanos de baja población.

Durante el año 2013 comenzó a funcionar el Consejo Coordinador de Educación en la Primera Infancia (CCEPI) aprobado en la Ley de Educación del año 2007, en el cual se definió la incorporación de niños de hasta tres años de edad en las escuelas públicas de todo el país, lo cual repercutiría en las acciones futuras del Plan.

En el año 2014 se definieron como objetivos: *fortalecer el sistema general de políticas de primera infancia y familia del INAU en el marco de la readecuación institucional consolidando a las organizaciones de la sociedad civil, fortaleciendo la interinstitucionalidad y consolidando a los actores de políticas en primera infancia; avanzar en la mejora de la calidad de atención en los centros a través de una mayor supervisión, el fortalecimiento de los técnicos y la capacitación a los responsables de las OSC en la gestión de los centros; ampliar la cobertura a través de los centros ya existentes y a través de la apertura de nuevos centros concentrando la atención en niños de 0 a 24 meses y acompañando la transición a los centros educativos de los niños de tres años, y fortalecer la producción de conocimiento, realizando investigaciones internas y externas socializando los resultados que permitirá conocer los impactos del Plan (Zaffaroni, 2014:231).*

2.3. Focalización y territorialización de la política.

Retomando los aportes de Vecinday (2014) las nuevas políticas sociales también denominadas políticas de “segunda generación” se caracterizan por ser centralizadas, sectorializadas y aspirantes a la universalidad siendo administradas por el Estado, quien

descentraliza la gestión hacia actores de la Sociedad Civil organizada. Plan CAIF, es la política social presente actualmente en el Uruguay que expone características de las políticas de segunda generación, a pesar de que a lo largo de su historia ha transformado sus objetivos para alcanzar las metas institucionales.

Plan CAIF comenzó su funcionamiento con la financiación completa de UNICEF hasta que se incorporó el Estado uruguayo a través del Instituto Nacional del Menor, solicitándose simultáneamente un préstamo al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que implicó endeudamiento para alcanzar en mayor medida la cobertura de familias con niños menores de cuatro años que vivían por debajo de la línea de pobreza.

El incremento de la cobertura que se pretendía alcanzar aumentaba la preocupación por la calidad del servicio brindado a cada niño y por la modalidad de intervención que se brindaría en los centros en sentido diario o semanal, buscando a su vez que la política fuera sustentable en el tiempo.

La focalización de las políticas sociales hacia grupos poblacionales más vulnerables produce la ruptura más importante con respecto a los anteriores formatos de políticas universales, dando lugar a los procesos de regulación e introducción de innovaciones estatales al momento de dar respuestas a los riesgos sociales.

Alcanzar a la población más vulnerable dentro de la población vulnerable implica en algunas oportunidades identificar a la población que no necesariamente demanda ser beneficiario de los servicios, en este sentido Vecinday (2014) entiende el concepto de riesgo unido al de focalización regulando el acceso de los individuos a las prestaciones sociales.

Los criterios de selectividad de la población objetivo varían con la trayectoria del Plan, en líneas generales y considerando los aportes de Midaglia (2000) la población a la cual se ha apuntado alcanzar es a los niños de cero a tres años cuyas familias se encuentren por debajo de la línea de pobreza, mujeres embarazadas y niños lactantes.

La distribución de los centros en el territorio alcanzados por el Plan, permite el aumento de la focalización en la población objetivo, facilitando el acceso y la constante asistencia de los niños a la institución. La zona o barrio de localización determina el área geográfica en la cual se focalizarán los beneficiarios, no siempre ubicándose en zonas estrictamente pobres por lo cual la selección no se ajusta estrictamente a sectores en riesgo social.

A su vez, la instalación de los nuevos centros responde a tres componentes, la capacidad de asociación de las organizaciones de la sociedad civil con el Estado, el grado de éxito que el centro puede alcanzar, y la zona de localización de los mismos donde se encuentra la población definida por atributos familiares e individuales, como vulnerables socioeconómica y culturalmente a la que se pretende focalizar.

En la actualidad se conjetura que la población objetivo del Plan se agrupa en el territorio, en el cual los individuos comparten similares características, “...sobre el criterio territorial de focalización opera un criterio de vulnerabilidad o riesgo individual y familiar.” (Vecinday, 2014:151).

El territorio adquiere relevancia a mediados de los años ochenta a medida que se producen cambios en el mundo del trabajo y en las políticas sociales. Como destaca Baraibar (2009) el empleo deja de ofrecer seguridad a los trabajadores contra la pobreza debido a la flexibilización y precarización de los contratos de trabajo, disminuyendo sus derechos laborales y deteriorándose la protección sindical.

En este sentido, los barrios fueron aglomerando a grupos de población que se desplazaban del centro de las ciudades hacia la periferia debido a la desocupación, la pobreza y la desigualdad, encontrando en el territorio lazos de solidaridad entre los sujetos que comparten similares características, quienes construyen sus identidades desde la comunidad.

Las estrategias de focalización desplazan los sistemas de protección social hacia la población más pobre y se desatiende en cierto sentido a los grupos de población que han sufrido deterioros en su calidad de vida, a consecuencia de las transformaciones procesadas en el mundo del trabajo que dieron nombre a los “nuevos pobres”. Estos grupos de población quedan por fuera del acceso a las políticas sociales focalizadas al poseer bienes adquiridos anteriormente,

“La nueva orientación de las políticas sociales entiende la focalización como recurso metodológico para la “identificación de sectores a ser atendidos diferencialmente en el marco de políticas universales” y se propone el desarrollo de programas focalizados “incluidos en la institucionalidad social; articulados a políticas universales con base territorial.” (Vecinday, 2014).

Aunque Plan CAIF es una política focalizada no logra alcanzar a la población objetivo primordial, por ello, al momento de hablar sobre la ampliación de la cobertura se hace referencia a la población vulnerable. En cuanto a su universalización en el acceso se

pretende a futuro no tener solamente “CAIF de pobres” y llegar a la primera infancia en general (Infamilia en Vecinday, 2014).

Capítulo III:

El espacio ocupacional del Trabajo Social.

3.1. Rol del trabajador social en los centros CAIF.

Las instituciones sociales son organizaciones de política social que ocupan un espacio político en la relación del Estado y la sociedad civil, estas instituciones pretenden alcanzar en su supuesto el bienestar de la sociedad, manifestándose como mecanismos reguladores de las crisis del desarrollo capitalista que transversaliza a toda la sociedad (Faleiro, 1986).

El surgimiento de las políticas de “segunda generación”⁵ repercute en las funciones de las profesiones asistenciales, entendidas como aquellas profesiones que actúan en la atención de las instituciones encargadas de la cuestión social, objeto de las políticas públicas, entablando una relación directa con los usuarios,

“...se caracterizan por operar en la atención institucionalizada a las expresiones de la cuestión social que son objeto de políticas públicas, inscribiendo su espacio ocupacional dentro del sector servicios sociales.” (Sarachu en Vecinday, 2014:200).

El esquema de protección social se transforma a medida que pretende generar impacto en la reproducción social, lo cual influye en las profesiones asistenciales. En las últimas décadas a la vez que se amplía el campo ocupacional de los profesionales, se precarizan las condiciones de trabajo, en tanto los profesionales no realizan su práctica profesional únicamente en el núcleo estatal, sino que su práctica se terceriza.

Según los planteos de Weisshaupt (1988), a la práctica profesional se la debe ubicar en el marco contextual de la institución en la que se encuentra inserto el profesional. El Trabajo Social es una institución, comprendida por objetivos y agentes determinados, desarrollando su accionar en organizaciones de diversas instituciones, que comprende objetivos y agentes propios.

Por tanto, la construcción del objeto del Trabajo Social surge a partir del reconocimiento y la autonomía profesional que se logre alcanzar a partir de las relaciones generadas con los demás agentes que componen la institución.

⁵ Desde la década del noventa se comienzan a implementar un conjunto de políticas sociales de nueva generación, que tenían como principal característica su orientación a grupos de población específicos, siendo administradas por el Estado, quien descentraliza la gestión hacia actores de la sociedad civil organizada.

En este contexto la actuación profesional se encuentra orientada por aspectos propios de la profesión que han sido definidos históricamente y derivados de definiciones colectivas de la categoría profesional a nivel internacional y nacional, su código de ética, la formación profesional y sus organismos responsables. Todo ello en interrelación con el medio social e institucional en que se inscriben los profesionales constituye una actuación doblemente orientada, por los intereses de la clientela y por lo objetivos de la institución en la cual trabaja.

Plan CAIF delimita el perfil de los profesionales por las actividades y funciones que deben realizar en la institución y en conjunto con los demás técnicos, en virtud de ello, el perfil del cargo corresponde a Licenciados en Trabajo Social con título habilitante, capaces de trabajar en equipo interdisciplinario y de adaptarse a contextos específicos, interviniendo a nivel familiar y comunitario, teniendo como requisito para su incorporación al centro dos años de experiencia con título habilitante.⁶

Sobre el desempeño profesional del Trabajo Social en los centros CAIF se considera pertinente sus aportes específicos en tres grandes líneas: ante la Organización Social que gestiona el centro en la que desarrolla su práctica profesional, compartiendo e intercambiando ideas, conceptos y herramientas para la implementación de la política contribuyendo a su funcionamiento y a la evaluación; en el trabajo con las familias, entablando un primer vínculo desde las entrevistas en el centro o en el hogar en sentido de brindar información de ingreso o realizando intervenciones con los adultos responsables de los niños. Por otra parte, es encargado de realizar el diagnóstico del niño y planificar las estrategias de intervención con la familia a través del vínculo con los demás técnicos, realiza acuerdos de educación en cuanto a derechos, obligaciones y recursos con los referentes adultos. Por último, se encarga del acercamiento con la comunidad para construir vínculos con las organizaciones presentes, conocer los servicios y recursos presentes en la zona, el nivel de acceso, las prestaciones brindadas y la atención que estas les brindan a las familias participantes del Plan (Bruzzone; Hauser, 2009).

3.2. Las funciones del Trabajador Social.

⁶ Bruzzone, C; Hauser, P. (2009). *Rol del Trabajador Social en los centros CAIF.*

Dentro de las funciones establecidas y demandadas desde las autoridades del Plan CAIF a los profesionales del Trabajo Social se encuentran, la asistencia a las jornadas de capacitación dirigida a los profesionales del centro, con mayor énfasis en el abordaje comunitario, la participación comunitaria y el trabajo en equipo, la elaboración e implementación del Proyecto Institucional de cada centro en referencia al diagnóstico previamente elaborado de las familias y los niños/as, y la participación en las reuniones del equipo interdisciplinario del centro.

Para la elaboración del diagnóstico sobre las familias de aquellos niños/as que concurren al centro, el trabajador social recurre a la información que se encuentra ingresada en el SIPI (Sistema de Información para la Infancia), datos recabados y actualizados por los profesionales, administrativos y/o integrantes de la asociación civil que gestiona el centro que pueden requerir de algunas orientaciones del Trabajo Social en caso de ser pertinente, referidos a la totalidad de la población atendida, acompañado de las entrevistas personales.

En lo que respecta a la elaboración del proyecto institucional, se realiza a principio de cada año en conjunto con el equipo técnico interdisciplinario y la Organización de la Sociedad Civil (OSC) que gestiona el centro aportando reflexiones y estrategias desde su área de trabajo y capacidad reflexiva. En su formulación debe incluir una fundamentación, objetivos y metas a alcanzar para cada uno de ellos, seguido de las actividades y la descripción de los recursos humanos y materiales con los que cuentan el centro para su implementación, para culminar se realiza un cronograma tentativo de fechas que pueden variar en función de los tiempos curriculares.

El proyecto institucional tiene como funciones actualizar el estado del centro y evaluar los resultados alcanzados año tras año, crear información compartible con los diferentes centros que componen el Plan que permita evaluar y sintetizar los resultados departamentales y nacionales. Las funciones de los profesionales refieren al aporte de información sobre la evaluación del proceso de desarrollo psicomotor de los niños que concurren al centro y del contexto que incide sobre su desarrollo.

En cuanto a la importancia que se le brinda a la familia y a la comunidad por parte del Plan, se destacan entre las funciones del Trabajo Social, el conocimiento del territorio y de la comunidad, así como el acercamiento a las familias con niños de cero a tres años en

las áreas de influencia del centro, promoviendo la inscripción de los niños/os a las diferentes áreas y la intervención profesional en caso que corresponda.⁷

Deberán promover el desarrollo integral del niño a través de la reintegración de derechos y obligaciones trabajando con los padres o adultos responsables.

Los niños son sujetos de derechos, reconocidos como ciudadanos/as internacionalmente en la Convención de los Derechos del Niño de 1989 y nacionalmente en el Código de la Niñez y la Adolescencia de 2004. El Estado asume la responsabilidad de asegurar el acceso igualitario a la educación, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos. Se reconoce al niño con necesidades propias, en un contexto sociocultural evolucionado en el cual prima la superioridad del niño/a como titular de derechos ciudadanos.

Desde su inclusión al centro se fomenta el desarrollo de la autonomía, las formas de vinculación entre los niños y los adultos, y la atención de sus necesidades.

Las nuevas formas de gobierno atribuyen responsabilidades a los individuos y a las familias, transfiriéndoles herramientas para contrarrestar su situación de vulnerabilidad. Son las familias y la comunidad los agentes privilegiados de los nuevos gobiernos. Las familias deben resolver sus problemas multicausales relacionados a la pobreza y el desempleo, mientras que la comunidad debe asumir los costos de los ajustes de la protección social y la reproducción social que fundamenta el Estado (De Martino; Vecinday, 2011).

Por lo tanto el profesional debe ejecutar en el territorio la política pública, articulando los programas de primera infancia presentes en la comunidad desde un enfoque interinstitucional. Identifica dificultades en el acceso y otorga respuestas acordes a las familias.

Los trabajadores sociales se insertan en la comunidad y en la familia a través de las intervenciones familiares en el hogar, jugando un papel importante en la selección e identificación de la población en condiciones de acceder a distintas prestaciones sociales. De esta manera, la profesión continúa desarrollando una función de integrar-excluir a los individuos de ciertos contextos institucionales (Vecinday, 2014).

⁷ Ídem. Pp. 15-16

El profesional deberá promover la participación de las familias con el centro desde estrategias de apoyo pensadas acorde a las características y posibilidades de cada una en particular, incorporando la opinión de ellas en la gestión del centro.

Las funciones del trabajador social en la comunidad corresponden a informar, difundir y visibilizar sobre el funcionamiento del centro CAIF, realizar el diagnóstico sobre las zonas de influencia del centro y ubicar a mujeres embarazadas, para comenzar a trabajar con la familia en el programa Experiencias Oportunas desde la gestación.

En relación a las tareas administrativas, junto al equipo técnico se encargan de seleccionar a las familias que ingresan al Plan priorizando sobre la población más vulnerable a partir del estudio de cada situación familiar; analizan las fichas de inscripción de cada familia junto con las entrevistas en la institución y/o en el domicilio; se responsabilizan de la inscripción de los niños en el SIPI y de mantener la actualización de los datos; participan junto a las maestras y educadoras en la elaboración de los diferentes grupos: experiencias oportunas y educación inicial.⁸

Por otra parte los profesionales que trabajan en estas instituciones en determinado momento y como forma de control de los beneficiarios, corren el riesgo de imponer al “cliente” los lineamientos institucionales colocándolo como actor pasivo.

La subordinación institucional de la práctica profesional del Trabajador Social implica que no cuentan con una clientela propia, sino que los beneficiarios del Plan son clientes de la institución en la cual ejercen su ocupación (Weisshaupt, 1988).

Las instituciones según Faleiros (1986) se convierten en controladoras de la vida personal y social del “cliente” a través de las entrevistas en el domicilio o en la institución, de cuestionarios y documentos, que esconden el ejercicio de la violencia.

En este sentido, se retoma la entrevista como acto en el que se ejerce violencia simbólica. La entrevista siempre esconde violencia, entre el entrevistado condicionado a responder y el entrevistador que realiza las preguntas y guarda la respuesta, en notas o en audios, aunque se aparente una situación de igualdad y de reciprocidad. Los roles de los dos participantes del interrogatorio se encuentran claramente diferenciados y predeterminados. Los dos participantes se caracterizan por tener capitales diferentes, el capital cultural en el acceso diferenciado a la educación y el capital económico expresado

⁸ Ídem Pp.16-17

en los bienes con los que cuenta cada agente. En palabras del Bourdieu (1999) “...los agentes encargados de llevar adelante el interrogatorio se sienten con mandato y autorización del Estado, poseedor del monopolio de la violencia simbólica legítima [...] se los conoce y reconoce como tales.” (p.545).

En cuanto a las actividades de seguimiento e intervención con las familias, el profesional se encarga de la elaboración de las estrategias tanto de seguimiento como de derivación en las situaciones familiares que corresponda y de ejecutar las estrategias de seguimiento y de intervención. En la institución debe participar en las actividades de Educación Inicial y talleres del programa Experiencias Oportunas, en oportunidades que se considere necesario.

Desde su experiencia teórico-práctica, se responsabiliza por realizar aportes al equipo técnico interdisciplinario desde su vínculo con la familia y la comunidad habilitado por su especialidad, y de definir junto al equipo pedagógico del centro estrategias para la integración de los niños a la sala y de la familia para con el centro.

A través de este vínculo, es encargado de coordinar con otras instituciones barriales, en conjunto con el centro estrategias de promoción de la primera infancia; sensibilización comunitaria sobre la importancia de los controles de salud en el período de embarazo; coordinaciones interinstitucionales promoviendo la práctica de intervención en redes sociales; captación de embarazadas que no controlan su embarazo y su respectiva derivación al Centro de Salud.⁹

Debe desplegar relaciones de cooperación con actores, organizaciones e instituciones de la comunidad, evaluando y dando seguimiento a los acuerdos generados con otras organizaciones. Diseña y ejecuta actividades con las organizaciones en convenio con el Plan como lo son MSP, ASSE, MIDES, INAU, UCC, e INDA, buscando respuestas y mejoras a la calidad de vida de las familias usuarias del Plan (Billorou; Iannino, 2017).

3.3. La demanda social a los profesionales.

Para comprender las demandas que realizan las familias a los Trabajadores Sociales en los centros CAIF, es necesario definir lo que se entiende por demanda. Según los aportes de Blanc (1988), la demanda puede entenderse como un encargo, pedido o colaboración,

⁹ Ídem Pp.17-20

de un actor individual o colectivo recibido por el profesional, que buscará solucionar un problema o dar respuesta a una necesidad.

El profesional no responderá a la demanda en bruto proveniente de los actores individuales o colectivos tal como ellos la formulan, sino que la reformulará convirtiéndola en una demanda social, a partir del análisis profesional sobre el que posteriormente podrá intervenir para modificar un aspecto de la realidad social.

En este sentido, las demandas que las familias que concurren al Centro realizan al Trabajo Social refieren a, consultas sobre asesoramiento y obtención de documentación, servicios, beneficios y derechos sociales; apoyo y orientación en diferentes problemáticas con respecto a crisis familiares, violencia, maltrato, y la presencia de algún tipo de adicción, sobre salud mental y discapacidad.

Otro tipo de demandas se ubica en el asesoramiento sobre Necesidades Básicas Insatisfechas, búsqueda de trabajo e información sobre los recursos existentes en la zona. Por último se encuentran las demandas como el acceso al Centro y sus servicios e informes técnicos para presentar en otras instituciones (Bruzzone y Hauser, 2009).

3.4. El trabajo con las familias desde la comunidad.

Plan Caif enfatiza la intervención profesional en los hogares, logrando la articulación entre la vida cotidiana de las familias y el desarrollo de la práctica profesional del equipo técnico.

La implicancia del trabajo asistencial en los hogares corresponde a la intervención con familias que se encuentran ante dificultades para dar continuidad con la concurrencia al centro debido a enfermedad de los niños o de alguno de los familiares responsables de su traslado o por razones climáticas que dificultan el traslado al centro. En otras ocasiones como lo define Vecinday (2014), intervine en familias que se encuentran en “situación de desesperanza y aislamiento” para que logren integrarse y permanecer en el centro, evitando caer desde el trabajo asistencial en una postura de asistencialismo y de focalización no deseado.

El Plan CAIF a través de la intervención de los técnicos –trabajador social y psicólogo- tiene como orientación priorizar a las poblaciones vulnerables sobre las cuales se intenta

fomentar el compromiso de los padres en el cumplimiento de horarios, formalización de encuentros e impulsar la participación en los diversos talleres a los que se los convoca,

“Las familias de mayor riesgo tienen prioridad dentro de la población objetivo. Estas familias, generalmente, no están integradas a las instituciones, ni llegan a los programas. Un desafío entonces es lograr su incorporación. Durante el proceso de supervisión-seguimiento de los equipos, surge la implementación de lo que se denomina “estimulación a domicilio”, “talleres ambulantes”, “visitas domiciliarias”.” (Vecinday, 2014:221).

Como lo expresa el documento institucional de Bruzzone y Hauser (2009), en los primeros años de vida del niño/a el papel protagónico es el de la familia la cual transfiere las primeras pautas de socialización, es por ello la importancia que se le brinda desde el Plan a la intervención para fortalecer los vínculos entre la familia y el niño.

La intervención sobre la población vulnerable o en riesgo implica la articulación de los diversos profesionales de diferentes instituciones que trabajan en el territorio, promoviendo y coordinando visitas en el hogar cuando las familias no se acercan a los servicios o se alejan paulatinamente.

A partir del trabajo en el hogar se promueve el trabajo en la comunidad, explotando las redes sociales con las que cuentan las familias en el territorio procurando coordinaciones entre las instituciones barriales y/o locales,

“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 fuertes vínculos entre ellas y con el entorno. Para ello, el trabajo en red, con los diferentes servicios y organizaciones comunitarias implica un espacio privilegiado, ya que facilita los caminos para que los individuos alcancen mejores niveles de autonomía personal y social.” (Bruzzone y Hauser, 2009:50).

Frente a la diversidad de arreglos familiares que se conocen en la sociedad, las estrategias de intervención en su diseño y ejecución, son repensadas por los técnicos potenciando los roles de los referentes familiares a través del aprendizaje y sus reflexiones, que comprometa la toma de decisiones adecuadas para el desarrollo del niño/a.

La ampliación de la intervención técnica es consecuencia de las políticas sociales focalizadas que pretenden insertar al individuo a diversas instituciones, que incitan la socialización secundaria por defecto de la socialización primaria que se produce en las familias vulnerables,

“...la forma en cómo se construye esta relación determina si es desde un vínculo que fortalezca potencialidades de obtención de logros,

de desarrollo de capacidades, de puentes hacia otras oportunidades o desde un lugar que evidencia o promueve fracasos, de pérdida de funciones y de pérdida de poder.” (Bruzzone y Hauser, 2009:50).

La vida cotidiana se convierte en el espacio de intervención del Estado y de las profesiones que intervienen a través de las políticas sociales. Como analiza Vecinday (2014), se privilegian las técnicas de la intervención en el hogar, de lo cotidiano como escenario en el que se producen las relaciones sociales.

El trabajo interdisciplinario en la intervención con las familias permite comprender elementos que quebrantan la participación de las familias en el centro. A su vez, los vínculos que se logren desarrollar en los equipos interdisciplinarios dentro de la institución, permitirá el involucramiento con otros equipos de las redes comunitarias.

Desde el Plan CAIF, se considera pertinente que las intervenciones sean planificadas por el equipo técnico interdisciplinario, evitando de esta manera el desgaste profesional y promoviendo la alternancia de los recursos humanos, focalizando la atención en el desarrollo y crecimiento de los niños/as, en el apoyo a las familias para superar obstáculos que no le permiten ejercer plenamente sus roles.

3.5. Los cometidos de la clasificación y la burocratización en la intervención profesional.

En un contexto de pobreza generalizada, se va desarrollando una sociedad caracterizada por el consumo de masas pobre y desigual, que impacta sobre la familia y la crianza de los niños (Carvalho, 1997) “... o seu meio social de origem, e as suas familias como formas de viver nesses meios sociais desde a infancia, os marca profundamente...” (Bertaux, 1979:53).

Como consecuencias de la segunda transición demográfica en Uruguay, las transformaciones procesadas en las familias permiten a la mujer tener un importante papel en el mundo del trabajo. Junto al ingreso de las mujeres al mercado laboral también lo hacen los adolescentes cada vez más a temprana edad, abandonando así su formación escolar. De esta manera se establece una nueva división del trabajo, no solo entre hombres y mujeres, sino también entre jóvenes y adultos, que modifican las relaciones de poder en las estructuras familiares. La familia garantiza de esta manera la sobrevivencia de sus miembros, aunque el valor de ingresos per cápita sea reducido (Carvalho, 1997).

Por consiguiente, al momento de intervenir con las familias se deben considerar las transformaciones que esta institución ha procesado a lo largo del siglo XX, al igual que los cambios en el mundo del trabajo y en las protecciones sociales, sin descuidar el proceso de individualización social que responsabiliza a los individuos en el manejo de sus propias vidas, derivado de la percepción y el tratamiento de los problemas sociales como si fuesen problemas individuales (De Martino; Vecinday, 2011).

Es necesario tener presente que estas intervenciones se enmarcan en la vida cotidiana y su heterogeneidad, como lo expresa Heller (1972) “...são partes orgánicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação.” (p.18).

Es en la vida cotidiana que se expone la relación hombre-sociedad, que comienza con la interiorización del mundo objetivo de una sociedad a través de los procesos de socialización, la socialización primaria de la realidad se produce en la primera infancia cuando el niño se identifica y construye su identidad a través de mecanismos emocionales y de la observación de las actitudes en los otros, principalmente este proceso se desarrolla en el seno familiar como ámbito privilegiado.

Lo interiorizado en la socialización primaria de la infancia es retenido en la conciencia del niño, en tanto que en el correr de la vida ocurren nuevas interiorizaciones llamadas socialización secundaria que facilitan la adaptación de los individuos a los nuevos roles (Carvalho, 1997),

“La sociedad humana es un producto de la acción propia del hombre [...] Esa acción representa un incesante proceso de totalización [...] Esa totalización es la que da al hombre sus perfiles propios, en un triple sentido: a) como efecto de su propio pasado (vimos nuestra infancia como nuestro futuro), b) como una respuesta al presente, y c) como una captura del futuro...” (Zamora, 1963:205).

Al mismo tiempo, en nuestra sociedad se va desarrollando el proceso de individualización social que tiene como punto de origen la caída de la sociedad salarial. Retomando la definición de Vecinday la individualización de lo social refiere a la percepción y a la definición de los problemas sociales como si fuesen problemas individuales, responsabilizando al individuo y a su familia de la construcción de sus trayectorias sociales, de sus éxitos y sus fracasos (Vecinday; De Martino, 2009:179).

Proceso que se explica por las transformaciones sociales que han generado la descolectivización, a consecuencia de las transformaciones en el mundo del trabajo y

también, resultado de los procesos de transformación del Estado en sus formas de intervención sobre lo social.

La existencia de población que se encuentra en condiciones de trabajar y no logran integrarse al mundo del trabajo, pone en debate las formas de protección social que se orientan a conjuntos homogéneos según su lugar o no lugar en el mercado laboral.

La individualización de la protección social reside según Castel (2004) en “...vincular el otorgamiento de una prestación con la consideración de la situación específica y la conducta personal de los beneficiarios...” (Vecinday; De Martino, 2009:190).

El manejo de los riesgos sociales a través de la individualización de la protección social, crea prácticas y herramientas de intervención más tecnificadas promovido por el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación.

El Estado y la familia moderna se encuentran atravesando una relación conflictiva en cuanto a que las nuevas estrategias están destinadas al control sobre el comportamiento de los individuos y no se encuentran relacionadas al individuo en sí mismo (Miotto, 2001).

En este sentido, la determinación de la población objetivo beneficiaria de Plan CAIF se corresponde a la selectividad que se realiza de los individuos a partir de características y atributos individuales y/o familiares, a través de la codificación de la población a efecto de los nuevos sistemas informáticos.

Además de la clasificación se permite construir perfiles poblacionales y realizar el seguimiento de las trayectorias individuales dentro de las instituciones, como parte del proceso de individualización social que implica el monitoreo y control de los beneficiarios,

“Las ciencias que clasifican gentes no solo clasifican, sino que, además, pretenden descubrir leyes sobre las personas a fin de informar al gobierno poblacional sobre ciertas regularidades en los problemas y para mejorar ciertas condiciones difíciles de vida: ese conocimiento es fundamental para gestionar el cuerpo social y el espíritu individual...”
(Vecinday, 2014:172).

Estos mecanismos de control y monitoreo permiten al Estado actuar en la prevención ante posibles factores de riesgo social a través de la probabilidad de sucesos.

Las clasificaciones pretenden agrupar en función de elementos comunes y bajo algunos criterios de ordenación que permitan realizar correlaciones entre los datos, “...clasificar las cosas es situarlas dentro de grupos distintos entre sí, separados por líneas de

demarcación claramente determinadas...” (Beriaín en Vecinday, 2014:169), es entendida como una construcción social que permite asegurar la cohesión social. La clasificación le asigna al individuo un lugar en la estructura social, la cual puede determinar el acceso o no a determinadas prestaciones sociales.

Son los profesionales –sociólogos, psicólogos, etc.- quienes crean las categorías, estas poblaciones existen al momento que son definidas y estudiadas, individualmente y en sus comportamientos.

“...el enfoque de riesgo en la gestión de lo social habilitará el desarrollo de formas de vigilancia poblacional que construyen, agrupan y monitorean conjuntos poblacionales en función de ciertos atributos, al tiempo que son útiles para “recomendar soluciones individuales”.” (Hacking en Vecinday, 2014:173).

Estas formas de intervención basada en la segmentación de las necesidades y en las respuestas sectorizadas y específicas, son inadecuadas ante la realidad familiar actual. En el ámbito institucional el profesional trabaja con familias tendiendo a ajustarse a los objetivos institucionales, en la solución del “caso”.

Reconocer a la familia como un todo implica comprenderla en sus transformaciones continuas, por lo que esta totalización se pierde al momento de dar respuesta al “usuario-problema”. De la lectura parcial de la familia derivan intervenciones fraccionadas y no se tienen en cuenta las consecuencias de este tipo de intervenciones en las relaciones familiares, *“... a setorização das políticas sociais e a inexistência de canais de integração entre elas têm gerado uma inoperância em relação às famílias...”* (Mioto, 1997:126).

La implementación de una nueva forma de política social se observa al analizar el Plan CAIF, se la entiende como producto de los cambios institucionales y tecnológicos que se han procesado en las formas de protección social, dirigidas a impedir la reproducción social de la pobreza en Uruguay, en tanto permite visualizar el proceso de individualización social.

En la actualidad el Plan tiene como objetivos,

“...brindar atención, oportunidades de aprendizaje, promover el bienestar y desarrollo de los niños y las niñas, [...] fortalecer los vínculos entre adultos referentes y niños/as, potenciar las capacidades en los adultos para la crianza y propiciar la plena participación de los niños y las niñas, sus familias y la comunidad...” (Vecinday, 2014:20)

los cuales se proponen alcanzar desde el inicio de la vida del niño/a, es por ello que desde los centros CAIF en conjunto con el programa Uruguay Crece Contigo se intenta captar

en el territorio a las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos, para integrar a las familias en el programa “Estimulación Oportuna”.

En tanto los niños de dos y tres años integran el programa de Educación Inicial fundamentado pedagógicamente en herramientas propuestas por el Ministerio de Educación y Cultura y el Consejo de Educación Primaria.

Los centros CAIF cuentan en la actualidad con un equipo interdisciplinario integrado por Maestras coordinadoras especializadas en primera infancia, Educadoras, Trabajador Social, Psicólogo y Psicomotricista.

La cobertura del Plan es registrada en el Sistema de Información para la Infancia más comúnmente conocido como SIPI, en el cual se registra el legajo de cada niño que ingresa, cruzando datos con INAU. De esta manera se permite el monitoreo de las trayectorias individuales, movimientos poblacionales, recolección de datos al momento de la planificación y la observación de la cobertura por edad y zona geográfica.

Algunas de las dificultades al momento de recabar la información es que los datos no cuentan con actualización constante, a consecuencia de la cantidad de centros y de niños/as comprendidos.

“El problema del control por parte de un Estado que actúa con la lógica de la articulación público-privada conduce a la burocratización de ciertas prácticas [...] En la medida en que el Estado reserva para sí el establecimiento de las metas y los objetivos generales del Plan CAIF, debe instrumentar formas de control específicas.”
(Vecinday, 2014:165).

Otra de las dificultades en el control, monitoreo y evaluación de los centros CAIF se debe a la libre implementación de objetivos y metas en los proyectos institucionales de cada centro.

Desde el Plan se seguirá buscando mejorar el relevamiento de información sobre procesos y resultados, para que esos datos puedan ser sistematizados y compartidos en pro de la eficiencia de los servicios destinados al cumplimiento de los objetivos.

Las modalidades de intervención social implican la burocratización de las tareas a través de los técnicos especializados en la gestión de lo social, la burocratización en las intervenciones realizadas por los profesionales permiten observar los elementos de violencia simbólica reflejado en los diferentes capitales que poseen los beneficiarios y los profesionales al momento de la intervención y en las herramientas utilizadas, como lo son

las entrevistas, los formularios y el interrogatorio en general, que implica para los individuos beneficiarios de los servicios sociales el tratamiento de las trayectorias individuales y familiares a través de las tecnologías de la información, como respuesta institucional a la ampliación de los derechos sociales.

El registro de la vida de las poblaciones atendidas implica tomar a las poblaciones como objeto, permitiendo identificar, contar, clasificar a los beneficiarios, a modo de control institucional para el seguimiento y evaluación de sus trayectorias individuales, construir flujos de población, economizar los dispositivos de administración y gestión de la pobreza, aprovechando la utilidad de la informática y de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

Por más que el Estado ha delegado responsabilidades y funciones hacia otros organismos públicos y organizaciones sociales, economiza y optimiza su accionar a través de las innovaciones tecnológicas como herramientas de intervención sobre los problemas sociales, a medida que el Estado articula lo público-privado necesita crear herramientas de control a través de la burocratización de determinadas prácticas, manifestando la necesidad de generar conocimiento sobre la realidad social a través de la implementación y evaluación de las políticas sociales.

3.6. Autonomía profesional en la Institución.

Resulta oportuno retomar los aportes de Freidson (1978) para comprender cuál es la condición que permite diferenciar a las profesiones entre sí, para el autor esta condición es la autonomía, considerada como la posición de control legítimo sobre el trabajo y resultado de la interacción entre el poder político, económico, y la representación de la ocupación. Otorgada la autonomía, el profesional cuenta con privilegios que le conceden méritos en el contexto de su práctica, aunque depende del Estado para sustentarla.

El desarrollo de la profesionalización del Trabajo Social, entendido como reconocimiento, legitimación e institucionalización del saber profesional, se desenvuelve en el contexto de diversas organizaciones de las más variadas instituciones.

De acuerdo con los planteos de Weisshaupt (1988) la construcción del objeto del Trabajo Social se da a partir del reconocimiento y de la autonomía profesional alcanzado por las relaciones establecidas entre el profesional y los demás agentes de la institución.

Para el profesional la definición de sus objetivos, tanto como del objeto de intervención hace parte de la teoría que sustenta su accionar en los procesos de intervención. La falta de teoría puede devenir en diversos dilemas, como en la fijación de objetivos profesionales desvinculados de los objetivos de la institución; la dificultad en delimitar el área de competencia profesional y la imprecisión en la definición de las relaciones sociales que determinan la condición de cliente del Servicio Social.

El vínculo con la institución en ciertas oportunidades puede llevar al Trabajador Social a la radicalización, asumiendo los objetivos de la institución como los objetivos de la práctica profesional, no estableciendo una distancia crítica con el objeto institucional, reproduciendo el discurso autoritario de la institución, o de otro modo cuestionándolo, considerando los objetivos incompatibles con su práctica profesional, es decir, que los objetivos profesionales no logran articularse con los objetivos institucionales.

Como puede observarse en los aportes de Vecinday (2014), los Trabajadores Sociales que desempeñan su profesión en los centros CAIF reconocen la burocratización de su práctica profesional en sentido de aumento de la alienación en la cotidianeidad de sus actividades,

“Alienación que es vivida como falta de sentido de las acciones profesionales y que requiere ser combatida, con mayor o menor éxito, a través de la construcción y la apropiación de discursos legitimadores de tales prácticas. La instrumentalización y la burocratización de las prácticas profesionales refuerzan esta tendencia a la alienación que se acompaña de una reducción cada vez mayor del margen de relativa autonomía del operador clínico-asistencial.” (Vecinday, 2014:109-110).

La subordinación a las prácticas burocráticas-administrativas gana centralidad ante los nuevos dispositivos de los gobiernos poblacionales.

Ante los requerimientos burocráticos las formas de registro como el cuaderno de campo y la historia del niño son utilizadas en primer lugar por los profesionales desplazando al SIPI a una actividad meramente administrativa, encontrando en este tipo de registros el espacio de mayor autonomía profesional, “... las relaciones cara a cara estructuran un campo en el que es posible desafiar más claramente la pretensión de estandarizar las prácticas profesionales.” (Vecinday, 2014:214).

En ese mismo sentido, la autonomía se ve reflejada en la resistencia de los profesionales al trabajo en el hogar con las familias, fundamentándolo en los aspectos éticos de la profesión, entendiendo a la intervención como el ejercicio de control sobre la población pobre.

Según lo expresa Freidson (1978) las profesiones alcanzan la posición de autoridad según el valor especial y positivo que determinado sector elitista de la sociedad le otorgue, de la misma forma en que este puede retirárselo.

Recuperando las consideraciones de Weisshaupt (1988) se puede considerar que los profesionales del Trabajo Social en los centros CAIF encuentran su práctica subordinada a la institución, de esta manera no cuentan con una clientela propia sino que los usuarios son clientes de la organización.

El debate en torno a la práctica profesional de los trabajadores sociales dentro de las políticas sociales, se enmarca como profesión afianzada en lo público desde la ampliación del control del Estado a través de acciones conjuntas con la sociedad civil y desde las organizaciones privadas del ámbito empresarial a través de prestaciones de servicios sociales a la población. Por lo que el profesional es asalariado en los dos tipos de organizaciones,

“...el Trabajo Social como subordinado en el proceso de decisiones, desempeñando en su gran mayoría funciones de ejecución, y no de decisión. Sin poder de decisión a nivel global, él manipula pequeños recursos para reforzar su propio poder personal en las relaciones con los usuarios o clientes. La relación de poder legitimada por la relación personal permite destacar de manera mucho más clara el carácter ideológico de la actuación profesional.” (CELATS: 28; S/F).

El rol del profesional se torna ambiguo en determinadas políticas como en el caso de Plan CAIF, situándose entre el rechazo a la imagen de la asistencia y la tendencia al burocratismo en cuanto su intervención implica la mediación entre las clases populares y el Estado, las funciones también se vuelven confusas como consecuencia del exceso de trabajo y la escasez de recursos con los cuales cuenta el profesional al momento de intervenir con las familias.

La autonomía del Trabajador Social deriva de sus funciones, el vínculo que mantiene con la institución y el poder de decisión sobre sus actividades y sobre la intervención que desarrolla con los usuarios o familias que recurren a la organización. (Aquín; Custo; Torres, 2012)

Si se analiza los aportes de Iamamoto (2003) el Trabajador Social no cuenta con los recursos materiales, financieros y humanos necesarios para el ejercicio de su profesión, ya que depende de los recursos previstos en los programas y proyectos que se ejecutan en

las instituciones en las cuales desempeña su práctica profesional. Por lo cual siendo su condición de trabajador asalariado de la institución,

“Por más que disponga de autonomía relativa para concretizar su trabajo, el Trabajador Social para organizar sus actividades depende del Estado, empresa o entidad no gubernamental, las que posibilitan o limitan que los interesados accedan a sus servicios, provean los medios y recursos para su realización, establezcan prioridades, interfieran en la definición de papeles y funciones que componen el cotidiano del trabajo institucional. Por eso, la institución no es un condicionante más del desempeño del Trabajador Social, sino que interviene como organizador de ese espacio.” (Aquín; Custo; Torres, 2012:306).

Toda institución en la que el profesional desarrolle su práctica presenta una jerarquía en el nivel de decisiones, dejando en descubierto la autonomía relativa en donde los problemas del exterior repercuten en él y en la incapacidad de regularse por leyes propias, en la selección de agentes y de resultados,

“...la autonomía es el resultado crítico de la interacción entre el poder político y económico y la representación ocupacional, interacción facilitada a veces por instituciones educacionales y otros dispositivos que convencieron satisfactoriamente al Estado del que el trabajo de la ocupación es fiable y valioso...” (Freidson, 1978:93).

Bentura (2006) dirá que para constituirse como profesión autónoma el trabajo social se debe legitimar a través de la acumulación de los diferentes capitales, principalmente simbólico en su formación profesional, en la práctica y en la producción de conocimiento, debiendo encerrarse en su propio campo y acumular conocimiento al interior de la profesión, en tanto para construirse como campo relativamente autónomo debe ser legitimado fuera de su propio campo, buscando permanentemente ser partícipes y reconocidos en los debates de las ciencias sociales.

En este sentido, enunciará algunas orientaciones para lograr una “práctica profesional legítima” en ellas se destacan, la ampliación de la esfera de lo público, disminuir lo más posible la “intromisión moralizante” en la esfera de la vida privada de las personas y por último la denuncia a los procesos de desmaterialización de las políticas sociales.

Esta legitimidad se obtiene a través de la acumulación de capitales –cultural, social, simbólico, etc.- en el sentido de Bourdieu y de la práctica que se realiza en la división social y técnica del trabajo. Es por ello que la profesión se caracteriza por ser dependiente y heterónoma, si bien se la legitima desde los usuarios de los programas sociales y de otros actores del área social.

Por tanto Bentura (2006) retomara a Serra (2001) para decir que el trabajo social sufre una crisis de legitimidad a partir de los procesos de desmaterialización de las políticas sociales. Esto implica un proceso de deterioro en las institucionales donde ejerce su profesión el trabajo social, en el acceso y escasez de medios y recursos financieros, materiales y humanos, para dar respuesta desde los diferentes servicios y programas sociales que atienden a las expresiones de la cuestión social y que repercuten en la calidad de los servicios (Claramunt; García, 2015).

La desmaterialización en los servicios de la protección social recarga responsabilidades a los técnicos en al abordaje de las diferentes problemáticas, se pretenden estrategias de acciones educativas en la vida cotidiana de las personas en un contexto de recursos escasos. De esta manera la transferencia de ingresos o bienes pierden relevancia ante la transferencia de contenido simbólico para el desarrollo de estrategias de autocuidado. Esto impacta en la desmaterialización de la profesión ya que la asignación de recursos no es parte del alcance de su trabajo, y pierde fuerza su espacio de empleo y su quehacer profesional, siendo necesarios los recursos para dar respuestas adecuadas (Mariatti, 2015).

En el artículo “Rol del Trabajo Social en los centros CAIF” los técnicos destacan que en las actividades que refieren a la atención inmediata o urgente de las demandas que llegan al centro, se privan de realizar una reflexión crítica de su práctica para dar respuestas a las demandas lo que puede derivar en la rutinización y burocratización de su práctica profesional como lo plantea Iamamoto (1999). (Bruzzone y Hauser, 2009)

Es resultado de la burocratización en la práctica cotidiana que los profesionales aumentan la alienación, consideran su práctica con falta de sentido que necesita ser combatida a través de discursos legitimadores de su práctica profesional.

Estas prácticas reducen cada vez más la posibilidad de autonomía relativa de los técnicos en las instituciones, estandarizada y subordinada a partir de instrumentos diseñados específicamente.

CAPÍTULO IV:

Consideraciones finales.

A lo largo del presente documento se pretendió dar cuenta de las transformaciones que se han procesado en el país y han derivado en la permanencia en el tiempo de una de las políticas públicas que se adapta a los cambios sociales, expresión de política expansiva, ejemplo para la elaboración de estrategias estatales, y que logra articular en su ejecución estrategias educativas y de cuidado.

Es de destacar que el Estado y la familia se han ido transformando a lo largo del siglo XX como consecuencia de los cambios procesados en el mundo del trabajo y en la segunda transición demográfica del país. Estas transformaciones han sido acompañadas por la creación de políticas sociales de segunda generación que hacen frente a los problemas de la pobreza y la distribución de los ingresos a través de la focalización, en cuanto las políticas universales se han consolidado en las áreas de la educación y la salud.

Como expresión de política de segunda generación surge el Plan CAIF, respuesta a una prolongada crisis social y económica que se vivía en el país en la década del ochenta intensificada en el transcurso del gobierno de facto, la visibilización de la infantilización de la pobreza y el agotamiento del abordaje tradicional de las políticas sociales con respecto a la pobreza y la desigualdad.

Surge en el año 1988 con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las familias con niños en situación de pobreza mediante nuevas estrategias de intervención, teniendo como líneas de base el desarrollo psicomotor de los niños, la salud y la alimentación. Logró expandirse por todo el territorio nacional generando impacto en la promoción y protección de los derechos de los niños/as de cero a tres años priorizando en aquellas familias que se encuentran en contextos de vulnerabilidad social, fundamentando vínculos saludables desde el nacimiento a través de la relación con el entorno.

Con la incorporación del saber experto de Psicólogos, Psicomotricistas y del Trabajo Social al Plan CAIF una década más tarde a la apertura de los centros, se logran alcanzar las metas prioritarias que hasta el momento no se habían podido cumplir, se hace referencia a la focalización en la población objetivo, mejoras en los niveles de desarrollo psicomotor de los niño/as y el acercamiento de las familias y de la comunidad para con el centro.

El esquema de protección social se transforma a medida que pretende generar impacto en la reproducción social, lo cual influye en las profesiones asistenciales.

Dentro del espacio ocupacional del Trabajo Social en los centros CAIF se puede observar principalmente la función de mediación entre el Estado y las familias usuarias del Plan a través del trabajo interdisciplinario con los demás técnicos de la institución, interviniendo desde la familia y la comunidad. Esto implica el conocimiento general de las familias y del barrio o la localidad, delimitando una zona de influencia del centro que permita relevar información y generar acuerdos, coordinaciones conjuntas y complementarias con otras instituciones presentes en la comunidad como son las instituciones de salud (policlínica) y de educación (escuelas, liceos), entre otras.

El profesional ejecuta en el territorio la política pública, articulando los programas de primera infancia presentes en la comunidad desde un enfoque interinstitucional y de fortalecimientos de vínculos.

Se procura la intervención familiar en la comunidad desde la inclusión al centro, se fomenta el desarrollo de la autonomía, las formas de vinculación entre los niños y los adultos y la atención de sus necesidades, desde el seguimiento, la intervención y la derivación.

Las profesiones asistenciales se caracterizan por la institucionalización de su práctica en la atención de las expresiones de la cuestión social, si bien se amplía en las últimas décadas su campo ocupacional se precarizan las condiciones de trabajo. En los centros CAIF la práctica del Trabajo Social se ve influenciada por los objetivos de la institución y la demanda social de los “clientes”, el profesional se encuentra subordinado a la toma de decisiones de los centros, ya que no cuenta con una clientela propia si no que son beneficiarios del Plan.

En las encuestas realizadas a los profesionales en el año 2009¹⁰, destacan que la mayoría de las demandas que llegan al centro son de carácter inmediato, cuyas respuestas ya están institucionalizadas, lo cual no permite la reflexión de manera crítica sobre las posibles soluciones a brindar, lo que torna a la práctica profesional rutinaria y burocratizada.

Al momento de hablar de rutinización y burocratización, se puede observar el papel de las clasificaciones como mecanismo de control y monitoreo en la prevención de posibles

¹⁰ Bruzzone, Carmen; Hauser, Patricia. (2009). *Rol del Trabajador Social en los centros CAIF*.

factores de riesgo social, las clasificaciones permiten agrupar población en función de determinados atributos que se utilizan para recomendar soluciones individuales.

Se puede considerar que el espacio en donde el Trabajo Social encuentra mayor autonomía relativa en el desempeño de su profesión en los centros CAIF, refiere a las formas de recabar y registrar información sobre las familias y los niños que concurren al centro, así como en los procesos de intervención familiar cara a cara.

Ante los requerimientos burocráticos en las formas de registro, los profesionales toman en primer lugar el cuaderno de campo y la historia del niño encontrando en este tipo de registro su mayor espacio de autonomía, considerando al SIPI como un mero instrumento administrativo. Por otro lado, los profesionales se resisten al trabajo con las familias en el domicilio, fundamentado en aspectos éticos de la profesión entendiéndolo como un ejercicio de control sobre la población pobre, que esconde violencia simbólica.

El Trabajo Social es asalariado de la institución y por tanto su práctica se subordina a la ejecución de decisiones, participando en menor medida en los procesos de toma de decisiones. No cuenta con recursos financieros y materiales propios ya que estos recursos son suministrados por el Plan a cada centro.

Para poder considerar al Trabajo Social como profesión autónoma se debe legitimar dentro y fuera de su propio campo de actuación, por lo que es una profesión que en este espacio ocupacional aparece sobre todo como dependiente y heterónoma, legitimación que permitiría acabar con la alienación de su práctica resultado de la tecnificación y burocratización de sus tareas.

Uno de los desafíos pendientes para el país es la reducción de la brecha de bienestar intergeneracional, debido a que la pobreza se evidencia más entre los niños que entre los adultos mayores.

La elaboración de políticas públicas hacia la familia con programas destinados a la salud, la vivienda, el empleo, la educación, a través del conocimiento de la realidad cotidiana de las familias, como por ejemplo, la inserción laboral de las madres con hijos, ayudaría al ingreso económico del hogar permitiendo superar la línea de pobreza y la autonomía de la mujer. Lo cual implicaría desarrollar contextos seguros para los adultos responsables de la protección y los cuidados de los niños/as.

El planteo de estos desafíos en cuanto a nuevas políticas públicas, se enmarca en los veinticinco años del Plan CAIF, pensadas como complementación y acompañamiento al

trabajo que se realiza desde los centros con las familias y la comunidad. Mejorar la calidad de vida de los niños de nuestro país no depende solo de construir un espacio para su cuidado, sino que los primeros años de vida del niño son fundamentales para su desarrollo y convivencia social en su vida adulta, y es una responsabilidad colectiva asegurar que se desarrollen en las mejores condiciones de vida.

La intervención en los primeros años de vida del niño/a asegura beneficios en su calidad de vida futura y en el desarrollo de la sociedad. La restitución de derechos y la construcción de entornos libres de violencia en sus diferentes expresiones quedan bajo la órbita de la actuación del Estado y los diversos actores sociales. Una de las inquietudes que surge con respecto a las estrategias de construcción de entornos protectores para la primera infancia en sistemas de promoción y recuperación de derechos, refieren a la desvinculación del equipo técnico profesional en el pasaje de los niños/as de Plan CAIF a las escuelas, ya que en educación primaria no se cuenta con un equipo técnico interdisciplinario en cada centro escolar que desarrolle continuidad en la intervención con las familias.

La incorporación del Plan CAIF como componente del Plan de Equidad en el año 2007 impacta en la cobertura de atención a la primera infancia, el aumento del gasto público social en educación, el nuevo sistema de Asignaciones Familiares y la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, dan cuenta de la importancia que se está otorgando desde el Estado en los últimos años hacia el cuidado de la primera infancia, promoviendo políticas sociales focalizadas y brindando estabilidad a las políticas universales.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aquín, Nora; Custo, Esther; Torres, Exequiel.** (2012). *El problema de la autonomía en el Trabajo Social*. Revista de Trabajo Social “Plaza Pública”. Facultad de Ciencias Humanas, UNCPBA. Tandil, Año 5; N°8.
- Baraibar, Ximena.** (2009). *Tan cerca, tan lejos: acerca de la relevancia “por defecto” de la dimensión territorial*. FRONTERA N°5. DTS-FCS. Montevideo.
- Bentura, J.P.** (2006). *Trabajo Social, legitimidad y ampliación de la ciudadanía*. En Del Valle Cazzaniga, S. *Intervención Profesional Legitimidades en Debate*. Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Maestría en Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Bertaux, Daniel.** (1979). *Destinos Pessoais e Estrutura de Classe. Para urna crítica da antroponomía política*. Zahar Editores. Rio de Janeiro.
- Blanc, Maurice.** (1988). *Investigaciones sociológicas y demandas sociales*. Revista de Sociología. Bruselas.
- Bourdieu, Pierre.** (1999). *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica de Argentina. Akal. Buenos Aires.
- Brant de Carvalho, María.** (1997). *A família contemporânea em debate*. 2ª Edición. Cortez Editora. San Pablo, Brasil.
- Cabella, Wanda.** (2007). *El cambio familiar en Uruguay: una breve reseña de las tendencias recientes*. UNFPA. Montevideo.
- Castel, Robert.** (2003). *Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno*. Homo Sapiens Ediciones. Buenos Aires.
- Castel, Robert.** (2010). *El ascenso de las Incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica de Argentina. Buenos Aires.
- Castiglioni, Rossana.** (2010). *Las políticas sociales de la nueva (vieja) izquierda uruguaya*. Woodrow Wilson Center Update On The Americas. N°6.
- Claramunt, Adela; García, Adriana.** (2015). *La formación continua de los trabajadores sociales en debate: trayectoria, límites y desafíos*. Fronteras N°8, FCS. Montevideo, Uruguay.

- De Martino, Mónica.** (2009). *Infancia, Familia y Género. Múltiples problemáticas, múltiples abordajes*. Cruz del Sur. Montevideo.
- Paredes, Mariana.** (2008). *Relaciones de género, procesos de individualización y segunda transición demográfica: una articulación conceptual*. UdelaR.
- Vecinday, Laura.** (S/f). *La protección social individualizada*. UdelaR.
- De Martino, Mónica; Vecinday, Laura.** (2011). *Notas sobre nuevas formas de gestión de la pobreza: individualización, informatización y responsabilidad familiar de los problemas sociales*. Revista Tendencia & Retos. N°16. Colombia.
- Faleiros, Vicente de Paula.** (1986). *Trabajo social e instituciones*. Humanitas. Buenos Aires.
- Filgueira, Fernando; Alegre, Pablo.** (2009) *Una reforma híbrida. La política social y laboral en Uruguay de 1985 a 2008*. Revista Internacional del Trabajo. Vol.128; N°3.
- Freidson, Eliot.** (1978) *La profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Ed. Península. Barcelona.
- Garretón, Manuel Antonio.** (2012). *Neoliberalismo corregido y progresismo limitado: Los gobiernos de la Concertación en Chile, 1990-2010*. ARCIS-CLACSO-PROSPAL. Santiago de Chile.
- Grassi, Estela.** (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Heller, Agnes.** (1972). *O cotidiano e a historia*. Paz e Terra. Rio de Janeiro.
- Jelin, Elizabeth.** (2000). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Ed. Fondo de Cultura Económica. Brasil.
- Mariatti, Alejandro.** (2015). *La política activa de despolitización creciente: un estudio concreto de los programas de transferencia de renta condicionada del Ministerio de Desarrollo Social en Uruguay*. Fronteras N°8, FCS. Montevideo, Uruguay.
- Midaglia, Carmen.** (2000). *Alternativas de protección a la infancia carenciada. La peculiar convivencia de lo público y privado en el Uruguay*. CLACSO.
- Midaglia, Carmen; Antía Florencia.** (2007). *La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?.* Revista Uruguaya de Ciencia Política - 16/2007 - ICP - Montevideo

- Mioto, Regina.** (1997). *Familia e Serviço social. Contribuições para o debate. Serviço Social e Sociedade.* Año XVIII; N° 55. Cortez. San Pablo, Brasil.
- Mioto, Regina.** (2001). *Novas Propostas e velhos principios.* En: Revista Fronteras. N°4. DTS – FCS. Montevideo.
- Montagut, Teresa.** (2014). *Política Social. Una introducción.* 4ta Edición. Editorial Planeta, S.A. Barcelona, España.
- Ortega, Elizabeth; Vecinday, Laura.** (2009). *De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social.* En Revista Fronteras N°5. FCS-DTS. Montevideo.
- Parsons, Talcott.** (1970). *La estructura Social de la Familia.* En: AAVV La Familia. Ediciones Península. Barcelona.
- Repetto, Fabián.** (2010). *Protección social en América Latina: la búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos.* Revista del CLAD N°47.
- Tobón, Marta Cecilia; Rottier, Norma; Manrique, Antonieta.** (2013). *La práctica profesional del Trabajador Social.* Editorial Humanitas. Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS).
- Vecinday, Laura.** (2014). *Protección social en Uruguay. Transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay. El caso del Plan CAIF 2003-2009.* Ediciones Universitarias. Montevideo.
- Vecinday, Laura.** (2017). *Alteraciones institucionales y tecnológicas de la política de asistencia social en el Uruguay del siglo XXI ¿Hacia un nuevo modelo de gestión social de la pobreza?* Fronteras. N°10. Montevideo.
- Weisshaupt, Jean Robert.** (1988) *As funciones sócio institucionais del Serviço Social.* Parte I. Capítulo 2: El problema. Capítulo 3: La problemática. Parte II. Capítulo I: La intención de apropiación: Objetivos profesionales y objetivos institucionales. Capítulo 2: En procura de un objeto de práctica: clientela del Servicio Social y ámbito institucional. Cortez Editora. San Pablo.
- Zamora, Serafín.** (1963). *El Método Progresivo – Regresivo de Lefebvre y Sartre.* En: La palabra y el Hombre. N°21.

FUENTES DOCUMENTALES.

Alarcón, Anahí; Zaffaroni, Cecilia. (2014). *25 años del Plan Caif. Una mirada en profundidad a su recorrido programático e institucional.* Montevideo, Uruguay.

Billorou, Nina; Iannino, Ximena. (2017). *Competencias para el cuidado de la primera infancia. Perfiles profesionales en los centros CAIF.* Plan CAIF; INAU.

Bruzzone, Carmen; Hauser, Patricia. (2009). *Rol del Trabajador Social en los centros CAIF.*
Disponible en: <http://www.adasu.org/prod/1/234/Librillos.Plan.Caif.-.INAU.-.UNDP.2..pdf>

Instituto Nacional del Menor (INAME). (2002). *Convenio Marco del PLAN CAIF.*

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2012). *Vulnerabilidad y exclusión. Aportes para las políticas sociales.* Montevideo: MIDES/UDELAR.

Junta Nacional de Cuidados. (2015). *Plan Nacional de Cuidados 2016-2020.* Montevideo.

LEYES Y RESOLUCIONES.

Ley N° 19.353. *Sistema Nacional Integrado De Cuidados (SNIC).* Poder Legislativo. Montevideo, 8 de diciembre de 2015.

Ley N°17.866. *Creación del Ministerio de Desarrollo Social.* Poder Legislativo. Montevideo, 31 de marzo de 2005

PÁGINAS WEB.

Banco de Previsión Social. (BPS). *Asignaciones Familiares.* Disponible en: <http://www.bps.gub.uy/5470/asignacion-familiar.html>. Última actualización: 15 de Mayo de 2018.

Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP). (2018). *Acta 90, resolución N°21 del 24 de diciembre de 1998 del CODICEN.* Disponible en: <http://www.ceip.edu.uy/programas/tiempo-completo>.

Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP). (2018). *Circular N° 108 del 21 de octubre de 2013.* Disponible en: <http://www.ceip.edu.uy/ctx-normativa>.