

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

URUGUAY CRECE CONTIGO
desde una mirada de riesgo

Johana Fernández Balsarini
Tutora: Elizabeth Ortega

2018

“Un mundo apropiado para los niños es aquel en que todos los niños adquieren la mejor base posible para su vida futura” (ONU, 2002).

Agradecimientos:

A todos aquellos que de una forma u otra han estado presentes en este largo proceso. Mis abuelos, mi amigo y dos grandes luchadoras... que me acompañan, aunque ya no estén.

A mis compañeros de trabajo y todas aquellas personas con las que tuve el gusto de trabajar en el territorio y en el refugio, quienes me han ayudado a reafirmar mi vocación. A Juliana, por su tiempo y dedicación. A mi profesora tutora, Elizabeth Ortega, por haberme acompañado en este proceso de formación. A mis amigos que entendieron mis ausencias y aun así supieron estar presentes. Luli, Vale, Ale y Naty por su apoyo y acompañamiento, fundamental en este proceso, pero sobre todo en mi vida. A mi amigo y compañero de ruta Nacho, que supo alentarme y entender todos mis estados de ánimo. A su familia a la cual siento mía también, gracias por el apoyo, contención y cariño. A sus amigos que más que amigos son familia. A mis hermanas con las cuales tuve la dicha de compartir la vida y a mis padres a quienes admiro y han sido siempre mis referentes, mi ejemplo a seguir.

A Braian y Bianca que son el regalo más lindo.

Índice

Siglas.....	4
Resumen.....	6
Introducción	6
Perspectiva teórico-metodológica.....	9
CAPÍTULO I – APROXIMACIONES TEORICAS	11
1.1 Aspectos sociohistóricos.....	11
1.2 La Salud desde la aplicación de políticas sociales.....	14
1.3 Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia.....	17
1.4 Uruguay Crece Contigo, sus antecedentes.....	19
1.5 Uruguay Crece Contigo	20
1.6 La primera infancia.....	25
1.7 El riesgo como categoría.....	29
1.8 Riesgo biológico y el Riesgo social	35
CAPÍTULO II – REFLEXIONES FINALES	37
2.1 Discusión.....	37
2.2 Desde los antecedentes socio históricos	37
2.3 Desde la primera infancia	38
2.4 Desde el concepto de riesgo.....	40
2.5 Conclusiones.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
FUENTES DOCUMENTALES	51
ANEXOS	53

Siglas

ANEP - Administración Nacional de Educación Pública.

ASSE - Administración de Servicios de Salud del Estado.

BPS - Banco de Previsión Social.

CAIF - Centros de Atención a la Infancia y la Familia.

CEIP - Consejo de Educación Nacional y Primaria.

CES - Consejo de Educación Secundaria.

CETP - Consejo de Educación Técnico Profesional.

CEV - Certificado Esquema de vacunación.

CFE - Consejo de Formación en Educación.

CHCC - Chile Crece Contigo.

CNA - Código de la Niñez y Adolescencia.

CNPS - Consejo Nacional de Políticas Sociales.

DINEM - Dirección Nacional de Análisis y Monitoreo.

ENIA - Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia.

ICC - Índice de Carencias Críticas.

INAU - Instituto de la Niñez y la Adolescencia.

INDA - Instituto Nacional de Alimentación

INISA - Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente.

INJU - Instituto Nacional de la Juventud.

INMUJERES - Instituto Nacional de la Mujer.

MEC - Ministerio de Educación y Cultura.

MIDES - Ministerio de Desarrollo Social.

MSP- Ministerio de Salud Pública.

MTSS - Ministerio de Trabajo Seguridad Social.

MVOTMA - Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.

OMS - Organización Mundial de la Salud.

OPP - Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

OPS - Organización Panamericana de la Salud.

PRONADIS - Programa Nacional de Discapacidad.

SINAE - Sistema Nacional de Emergencia

SNC - Secretaría Nacional de Cuidados.

SND - Secretaría Nacional de Deporte.

UCC- Uruguay Crece Contigo.

UdelaR - Universidad de la República.

UNICEF - Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

Resumen

El presente estudio refiere a la Política Uruguay Crece Contigo, la cual describe como población objetivo a mujeres embarazadas y niños/as menores de 4 años. La finalidad es realizar un acercamiento al concepto de riesgo social y biológico desde la perspectiva de dicha política. A través de la mirada de diversos autores se pretende comprender como esta política social, que se encuentra dirigida a la primera infancia, define a la población objetivo e interviene sobre ella desde lo que es reconocido como riesgo. Se comprende que este tema adquiere relevancia partiendo del lugar preponderante que ocupa dicha población en la agenda pública actualmente y como desde aquí se interviene desde nuevos y viejos paradigmas.

Palabras Claves: riesgo, riesgo biológico, riesgo social, primera infancia.

Introducción

El presente trabajo constituye la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, del plan 1992, de la Facultad de Ciencias Sociales de la UdelaR. Se propone analizar algunos de los componentes de la política UCC, así como un acercamiento a sus antecedentes, destacando su alcance nacional y la población a la cual se encuentra dirigida (niños/as menores de cuatro años y mujeres embarazadas). Para poder trabajar con dicha población UCC pretende complementar acciones focalizadas, así como universales. En el presente estudio se hará especial énfasis en las acciones de carácter focalizado y la significación que se le atribuye al enfoque de riesgo social y biológico.

Con el fin de poder abordar esta temática se considera fundamental caracterizar el momento histórico en el que nace y se desarrolla esta política, a través de los aspectos socio históricos que la anteceden. En este sentido se tomará el año 2005, con el ingreso al gobierno de un partido de izquierda (Frente Amplio) y la creación de una nueva cartera ministerial, el

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), hasta la actualidad. Autores tales como De Armas (2006), Antía (2003), Castillo (2003), Fuentes (2003), Midaglia (2003), permitirán interrogarse sobre hasta qué punto se produjeron transformaciones en el abordaje de las diferentes problemáticas sociales, principalmente de la primera infancia.

El MIDES comienza a desplegar estrategias que, según el discurso institucional, tienen el fin de abordar las diferentes problemáticas que se presentaron en el terreno de lo social, en especial un abordaje hacia los diferentes grupos sociales que se visualizan más vulnerados a partir de la crisis del 2002, centrando la mirada en la población infantil y adolescente. Se destaca en este sentido el hecho de que Uruguay ha tenido que enfrentar la situación de pobreza que atraviesa principalmente la Primera Infancia, transformándose en uno de los grandes desafíos a los cuales debe responder la Matriz de Protección Social. En Uruguay ya desde fines de la década de los 90, varias investigaciones (J, Terra, 1986, UNICEF, CLAEH, entre otros) se han centrado, como sostienen Casa y Villegas (2015), en el estudio de la *“consolidación de un grave problema de infantilización de la pobreza e inequidad intergeneracional”* (p.30). Dichos autores plantean la presencia de una sobrerrepresentación en la pobreza y la indigencia, en comparación con otros grupos etarios, convirtiéndose de esta forma en una problemática relevante para la agenda pública y para la construcción de políticas públicas.

Por lo tanto, se considera fundamental para el presente trabajo realizar un acercamiento al concepto de infancia. En este sentido y de acuerdo con lo establecido por Vecinday y Ortega (2011) se reconoce a la primera infancia como una construcción reciente, que abarca el periodo de la vida comprendido desde los 0 a los 5 años. El reconocimiento de dicha etapa se encuentra asociada fuertemente con el control de la mortalidad infantil. A partir de aquí y en acuerdo a lo planteado por dichas autoras se habilitan nuevas prácticas de cuidado familiar junto a la

promoción de prácticas consideradas “adecuadas socialmente”. Por otra parte, Leopold (2013) hace referencia al concepto de la infancia como una construcción histórica, plantea que *“los propios conceptos que la definen son, en consecuencia, condicionados por los contextos en los cuales ellos surgen y puestos constantemente en tensión por las épocas venideras y las nuevas exigencias que ellas desencadenan”* (p.15). Partiendo de estas nociones, se entiende fundamental resaltar el papel que juega la primera infancia en la agenda pública, y el rol que ha tomado en estas últimas dos décadas, otorgado en gran medida por la aprobación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Esto ha traído grandes repercusiones a nivel jurídico, político y cultural, siendo un factor clave en el ámbito social y académico (Leopold, 2013, p.15). Se vuelve fundamental pensar en la primera infancia como una etapa en el ciclo vital, con sus particularidades, desde una mirada que aporte al Trabajo Social.

En el año 2008 y desde el MIDES se formula una Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (ENIA), que plantea un abordaje integral, que no solo centra sus bases en la emergencia, sino también en estrategias de mediano y largo plazo (2010 – 2030). En este marco es que se desarrolla como estrategia de intervención a nivel nacional y dirigido a la primera infancia, el programa y actual política social UCC.

Se considera pertinente centrar el presente estudio en el análisis del papel que desempeña el enfoque de riesgo en la política social UCC, a partir de una mirada de riesgo social y riesgo biológico, específicamente en las condiciones que deben cumplir las familias para ser beneficiarias. En este sentido la salud, desde la aplicación de la política social en cuestión juega un rol preponderante, considerando fundamental realizar un acercamiento de dicho concepto.

Cabe destacar que, por razones de extensión, la monografía se centra en los mecanismos de ingreso para ser beneficiarios de las prestaciones que ofrece la política. Esto implica no

profundizar sobre las características del proceso de intervención, dejando por fuera al egreso. Se buscará identificar los aspectos que determinan el ingreso como beneficiarios de la Política UCC, en lo que respecta a las intervenciones de carácter focalizado en los hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica, desde un enfoque de riesgo. La categoría de riesgo guiará el presente estudio, por lo que se vuelve fundamental recurrir a la mirada que diversos autores exponen sobre ella, teniendo en cuenta la existencia de un uso polisémico del concepto de riesgo, las distintas concepciones que puede transportar, así como las diferentes políticas a las que puede orientar y dar argumento (Mitjavila, 2002). Los diferentes programas sociales y discursos políticos se encuentran transversalizados por el enfoque de riesgo. Estudiar los componentes de la perspectiva del riesgo se considera relevante para el Trabajo Social, ya que permite realizar el ejercicio de problematizar y analizar conceptos establecidos, con el fin de explicar las bases teóricas, así como las ético-políticas desde las cuales parte el profesional. En este sentido De Martino (2008) sostiene que el *“Trabajo Social colectivamente, ha incluido este concepto en sus arsenal teórico-metodológico y técnico- operativo de manera a -crítica”* (p.130).

Perspectiva teórico-metodológica

El presente estudio se desarrolló en base a una estrategia metodológica de abordaje cualitativo, exploratorio, mediante revisión documental, profundizando desde una óptica del Trabajo Social.

Se realizó un relevamiento documental, estudiando la Política Uruguay Crece Contigo, haciendo especial énfasis en la categoría de riesgo, utilizando como método de análisis el Análisis Documental. Dicha metodología, en acuerdo a lo expuesto por López (1981), se entiende como:

el conjunto de operaciones que permiten desentrañar del documento la información en el contenido. El resultado de esta metamorfosis que este documento sufre en manos del documentalista culmina cuando la información liberada se difunde y se convierte en fuente selectiva de información. Entonces el mensaje del documento se hace mensaje documental, información actualizada (...) Los dos pasos que concretan su campo de análisis formal y el análisis de contenido” (López, Y en Clauso, A, 1993, p. 13).

En este sentido el presente documento se posiciona desde una perspectiva que reconoce los aspectos formales de los documentos analizados, así como los contenidos de los mismo (Clauso, A, 1993).

El estudio se centra en el papel que desempeña el enfoque de riesgo en la política social UCC, específicamente en las condiciones que deben cumplir las familias para ser beneficiarias, presentando como objeto de estudio:

- Las condiciones de ingreso al programa UCC en base a las nociones de riesgo biológico y riesgo social, desde su reestructuración en el año 2015.

En este sentido se planteó, como objetivo del estudio:

- Estudiar los componentes Riesgo Social y Riesgo Biológico presentes en la Política UCC, a partir del año 2015, asignados a las situaciones de vulnerabilidad de las familias beneficiarias.

Como objetivos específicos se plantearon:

- Reconocer los riesgos sociales y biológicos que son determinantes para ser beneficiarios de UCC.

- Estudiar las diferencias existentes entre el alcance del riesgo social y el riesgo biológico para ser beneficiarios.

CAPÍTULO I

Aproximaciones teóricas

1.1 Aspectos sociohistóricos

Se considera fundamental comenzar el presente trabajo explicando aquellos aspectos históricos-políticos que contextualizan y anteceden a la Política UCC, con el fin de comprender el marco en el cual se desarrolla.

Se parte del supuesto de que el capitalismo ha sufrido diversas transformaciones a lo largo de la historia, que han tenido como resultado modificaciones en la vida cotidiana de los sujetos. En este sentido, el modelo socioeconómico, a través del Estado ha intervenido directamente en los comportamientos de los individuos y los diferentes grupos sociales: “(...) *las familias fueron delineadas y troqueladas desde su intimidad, a los efectos de generar individuos consonantes con el nuevo régimen*” (Beltrán y Espeldoype, 2017, p. 243). En estos nuevos lineamientos las diferentes profesiones, desempeñaron un rol de suma importancia en la construcción de las diferentes subjetividades.

En esta modalidad de reajuste del capitalismo, la mirada se centra en el individuo y la familia como responsables de su futuro. Así los sujetos se van amoldando y adquiriendo un rol activo en lo que respecta a su vida y las adversidades que en ésta se presentan. El Estado busca como mecanismo de prevención del riesgo la transferencia de herramientas y conocimientos.

Esta nueva mirada sobre el sujeto y la familia es resultado, entre otros aspectos, del pasaje del modelo higienista¹ al preventivista a mediados del siglo XX. Este último trae consigo un aumento en la responsabilidad sobre las conductas individuales. *“La noción de prevención se transforma en el eje central de las intervenciones sanitarias, otorgándole un gran valor etiológico al individuo y al ambiente familiar, entendidos entonces como responsables de generar ambientes más saludables”* (Beltrán y Espeldoye, 2017, p. 431).

En lo que respecta a Uruguay, ha atravesado a lo largo del siglo XX la creación de regímenes de protección social, con el objetivo de prevenir de los diversos riesgos a los ciudadanos. Lo que se ha pretendido es buscar asegurar los niveles básicos de bienestar a través de la seguridad social y laboral (De Armas, 2006).

En este sentido el Uruguay del 900, se gestó, conformó y perfeccionó un Estado de Bienestar proteccionista, de carácter universal, donde se articularon prestaciones fuertemente asociadas al estatuto del trabajador formal (seguridad social) y surgieron prestaciones de acceso universal y casi universal (como educación y salud); con un acceso fuertemente estratificado (Beltrán y Espeldoye, 2017, p. 430).

Midaglia (2009) refiere a distintas etapas en cuanto a la planificación, gestión y ejecución de las políticas sociales, observándose, desde la década de los ochenta hasta la primera etapa de los noventa, intervenciones compensatorias y transitorias, focalizando la atención en la extrema pobreza. A medida que avanza la década de los noventa se vivencia una segunda etapa pretendiendo establecer estrategias que abordan los diversos factores existentes en las situaciones de pobreza. Y una tercera etapa a inicios del nuevo siglo tomando los programas aplicados en la etapa anterior, dando lugar a una importante intervención a nivel nacional con las Transferencias

¹ Indicando el medio ambiente y social como factor etiológico de la enfermedad (Ortega & Vecinday, 2009 en Beltrán y Espeldoye, 2017, p. 431).

Condicionadas de Renta a los hogares pobres. Los diversos programas que se fortalecen y reestructuran inciden en el aspecto monetario de las familias y en la inversión del capital humano, entre otros.

Los fundamentos económicos y políticos que respaldan estas alternativas de protección se centran en su adecuación para cubrir los nuevos riesgos sociales, dado que sus moderados costos financieros contemplan los actuales parámetros de crecimiento, y a la vez fomenta un cierto aumento de la responsabilidad estatal en relación a las insuficientes condiciones de vida de amplios segmentos de la población (Midaglia, 2008, p. 228).

Recientemente dicho sistema de protección ha presentado diversas transformaciones en cuanto a las políticas e instituciones, lo cual afectó directamente a la matriz de bienestar tradicional, trayendo consigo nuevos escenarios. Se toma como punto de inflexión el año 2005, el cual implicó un cambio histórico en el sistema político uruguayo, siendo la primera vez que un partido de izquierda llega al gobierno. El Frente Amplio asume dentro de un contexto sociocultural particular, delineando las formas en las que se desempeñaría y ejercería su mandato (Antía, Castillo, Fuentes y Midaglia, 2003).

Desde la óptica de Midaglia (2009), la asunción del Frente Amplio se da en un contexto de crisis económica y social, caracterizado por el aumento de la vulnerabilidad social, como consecuencia de la crisis del 2002. Éste asume luego de dos décadas de transformaciones institucionales y políticas de gran importancia como fue la reestructuración del sistema democrático, así como el impulso desde inicios de los años noventa de apertura y liberalización económica y desarrollo en la segunda mitad de dicha década de reformas sociales enfocadas a la seguridad social y educativa.

En acuerdo con Beltrán y Espeldoye (2017) se entiende que Uruguay en las últimas

décadas ha sido protagonista de importantes transformaciones en lo que respecta a su esquema de bienestar social, principalmente en materia laboral, salud, seguridad social, y asistencia a la pobreza. Se observa en este sentido un rol regulador, por parte del Estado, opuesto a la orientación de corte liberal que venía experimentando (Beltrán, Espeldoye, 2017, p. 434). En este sentido *“el Frente Amplio marcó un cambio de rumbo en materia de bienestar, recuperando también de manera moderna, la intervención del Estado en este campo”* (Antía et al., 2013, p,176).

1.2 La Salud desde la aplicación de políticas sociales

Como se mencionó en el apartado anterior, los cambios ocurridos en las últimas décadas respecto al esquema de bienestar social influyeron en varios aspectos. En este sentido la salud ha jugado un rol preponderante, siendo clave en la aplicación de diferentes políticas sociales, entre ellas UCC. Por tal motivo se entiende fundamental realizar un acercamiento al concepto de salud, con el fin de comprender como sus transformaciones a lo largo de la historia han incidido en la aplicación de políticas sociales.

Es a partir de la segunda mitad del siglo XIX que la concepción de salud desde un enfoque “biologista” adquiere un mayor auge, basándose en un modelo unicausal de la enfermedad. Desde aquí el objetivo de los investigadores es encontrar el producto de la enfermedad, estableciendo una unidad entre la “causa” y la enfermedad (Moreno, 2007).

La aplicación de dicho modelo muestra insuficiencias, no logrando explicar los problemas de salud presentes en su totalidad. Se reconoce la necesidad de comenzar a visualizar la enfermedad de forma más amplia, abarcando otros aspectos (Moreno, 2007).

En este sentido y de acuerdo con lo expuesto por Laurell (1981), el surgimiento de una nueva corriente de pensamiento médico pone en cuestión el dominante, a fines de los años sesenta. A partir de allí la salud y la enfermedad comienzan a ser visualizada como un hecho social y no solo puramente biológico. La limitación de la metodología “biologista”, la cual se centró en las ciencias naturales, perdía de vista al individuo como ser social. El cambio de enfoque no solo amplía la mirada, abarcando otros aspectos de la vida del individuo, sino que a su vez permite reconocer e identificar los factores de riesgo.

Continuando en estas líneas, autores tales como Granda (2001), Good (1980), Llovet (1999) y Laurell (1982) en Moreno (2007) entienden *“que la enfermedad no puede ser considerada simplemente como un estado biológico ni como la consecuencia mecánica de la pobreza o de otras condiciones sociales, sino como parte de un proceso entre la salud y la enfermedad”* (p. 67). Mientras que algunas posturas sostienen que gozar de salud es la ausencia de enfermedades, la cual ha sido adoptada popularmente, al momento de conceptualizar la enfermedad se torna tan complejo como conceptualizar la salud.

La OMS (2006) define a la salud como *“el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. (p.1) En este sentido López (1990) en Moreno (2007) señala que:

la definición traslada el término de salud al de bienestar, conceptos que en la actualidad se consideran inseparables para la comprensión de la salud; sin embargo, dice, el bienestar es un concepto relativo, que depende no sólo del lugar y la época histórica en la cual se exprese, sino fundamentalmente de la concepción que de él tenga cada sociedad (p. 68).

Comprender de qué se habla cuando se refiere a la salud, es útil para entender desde donde parten alguna de las políticas sociales. En este sentido, de acuerdo a lo expuesto por, Menéndez (1984) los procesos de medicalización suponen la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud y enfermedad. Esto trae consigo una división entre el conocimiento médico y el saber popular, que se manifiesta al momento de intervenir en el territorio. Los profesionales llegan a los hogares con conocimientos que imponen a las familias, generando un conflicto de saberes entre ambas partes.

Los enfoques respecto a la salud se van transformando con el devenir de la historia, ya sea desde los postulados de la medicina tradicional como de la popular. En acuerdo con Menéndez (1984) el enfoque biólogo sigue siendo el predominante, estando estrechamente asociado con la noción de control. En este sentido, esta perspectiva legitimada habilita *“no solo prevenir y curar, sino que se puede controlar, normalizar y legitimar a través de categorías científicas. Es en función de esta potencialidad que el control de la salud deviene tan necesario como el control de la enfermedad”* (p,165)

Aunque nuevas cuestiones han surgido y el enfoque multicausal ha ganado terreno, el biólogo sigue siendo hegemónico. En base a esto se comprende que dichos enfoques deben ser observados como procesos que se modifican y relacionan, estando presentes ambos en la aplicación de diferentes políticas sociales.

Lo anteriormente desarrollado permite realizar un acercamiento al concepto de salud y su aplicación en las diferentes políticas sociales. En una búsqueda por mejorar las condiciones de vida de la primera infancia y sobre todo apostando a mejorar la salud de dicha población, es que las autoridades uruguayas han entendido imprescindible realizar una estrategia de intervención enfocada en la primera infancia, infancia y adolescencia.

1.3 Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia

Pensar en la primera infancia y en las problemáticas que se presentan en esta etapa como producto de las necesidades aún no resueltas, es parte de la agenda pública actual de Uruguay, como se ha mencionado anteriormente y se hará hincapié a lo largo del presente apartado.

Con el fin de hacer más eficiente la aplicación de estrategias, las políticas sociales dirigidas a la primera infancia, como todas las políticas sociales, deben ser programadas en conjunto como un sistema. Solo estudiadas en conjunto pueden fijarse objetivos globales, definir estrategias, proporcionar los medios a los fines y distribuir adecuadamente las competencias (Terra, 1990).

La falta de equidad intergeneracional en el acceso al bienestar y en particular la concentración de la pobreza en los hogares con más niños, niñas y adolescentes evidencia que la sociedad uruguaya no ha logrado proteger de la misma manera a todos los grupos de edad. Han mejorado relativamente menos su situación en etapas de bonanza y han sido los más afectados en momentos de crisis. El desbalance en el acceso al bienestar entre las generaciones pone en juego la posibilidad de expandir las capacidades y oportunidades de las personas en nuestra sociedad, condición necesaria para lograr su desarrollo humano sostenible. Por tanto, modificar esta situación constituye no sólo un imperativo ético, sino una condición para la sustentabilidad social e intergeneracional del país. (ENIA, 2008, p.11)

En este sentido, en el año 2008 y desde el MIDES, se formula la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia, con la participación de diferentes instituciones², que plantean un abordaje integral, que no solo centre sus bases en la emergencia, sino también en estrategias de

² CNPS, INAU, ASSE, MEC, MSP, ANEP, CEIP, CETP, CES, CFE, MTSS, INJU, INMUJERES, PRONADIS, INISA, SND, SNC, OPP y MIDES. (MIDES, 2016)

mediano y largo plazo (2010 – 2030).

De acuerdo con lo establecido por el Programa Nacional de Políticas Sociales (2016) la ENIA es el resultado de acciones planificadas, entendiendo que esto es fundamental si lo que se pretende es garantizar los derechos humanos, sobre todos aquellos que corresponden a los niños, niñas y adolescentes.

Cabe destacar que, en Uruguay, *“el instrumento normativo central en materia de primera infancia, infancia y adolescencia es el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA, Ley 17823) del año 2004.”* Es responsabilidad del Estado la gestión y ejecución de políticas sociales dirigidas a la infancia. El CNA es el marco orientador que permite identificar qué infancia y adolescencia se debe construir (UNICEF, 2016, p. 25). Es de esta normativa de la que parte y se sustenta la ENIA.

En este marco es que se desarrolla como estrategia de intervención a nivel nacional y dirigido a la primera infancia, el programa y actual política social UCC, con una orientación que plantea complementar las acciones universales y focalizadas.

Desde su componente universal UCC interviene, con la entrega del “Set de bienvenida” a todos aquellos niños/as nacidos en el sector público como privado, con diferentes campañas que sensibilicen a la población sobre la importancia de la primera infancia, así como la promoción de buenas prácticas de crianza (MIDES, 2015).

En lo que respecta a las estrategias de carácter focalizado, UCC presenta acciones específicas, dirigidas a la población objetivo (niños/as menores de cuatro años y mujeres embarazadas) que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social y biológica (MIDES, 2015). Dicha estrategia, según las fuentes consultadas para la elaboración de este trabajo, se basa en un enfoque de riesgo.

1.4 Uruguay Crece Contigo, sus antecedentes

UCC tiene sus orígenes como programa de carácter nacional en el año 2012. Se coloca como sus antecedentes el programa Chile Crece Contigo (ChCC), pionero en Latinoamérica y Canelones Crece Contigo como primera experiencia en el territorio nacional. (MIDES, 2015).

ChCC es una política de carácter nacional, que surge en el año 2007 y se ubica dentro del subsistema de protección integral a la infancia. Está coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social en articulación con el Ministerio de Salud y Educación. Se encuentra dirigido a las mujeres embarazadas y a niños/as hasta los 8 o 9 años. (ChCC, 2017)

Dicha política pública presenta como misión *“acompañar”, “proteger” y “apoyar integralmente”*, a niños/as y sus familias, a través de acciones de carácter universal y focalizado, desde una mirada que contemple aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad; *“a cada cual sus necesidades”*. (ChCC, 2017)

ChCC se posiciona desde una perspectiva de derechos, cumpliendo con los compromisos del Estado de Chile respecto a la Convención sobre los Derechos del Niño. En este sentido la política entiende que el desarrollo infantil es multidimensional y por tanto influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de los niños/as. (ChCC, 2017)

En cuanto a Canelones Crece Contigo es llevada adelante por la Dirección General de Desarrollo y Cohesión Social, de dicho departamento, desde el año 2007, siendo aplicada en el territorio desde el año 2008, teniendo como antecedente ChCC. La población objetivo eran embarazadas y niños/as hasta los primeros dos años de vida. Su primer paso fue realizar un diagnóstico de la situación que vivían las familias y los niños/as en cuanto a las prácticas alimenticias y a todo lo relativo a los cuidados, en determinadas zonas de Canelones (Las Piedras y Barros Blancos) (Nuñez, 2014).

La metodología utilizada por dicho programa fue y sigue siendo la de cercanía, a través de una relación directa con la familia, realizando visitas a domicilio. Para dicha intervención el programa resalta la importancia de la participación e interacción de diferentes instituciones (Intendencia, Salud Pública y CAIF) (Nuñez, 2014).

Cabe destacar que Canelones es el único departamento donde se mantiene una cogestión entre la Política UCC y el Gobierno Departamental.

1.5 Uruguay Crece Contigo

UCC se lanza oficialmente a nivel nacional el 30 de mayo de 2012, bajo la órbita de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), como un programa dirigido a *“hogares con embarazadas y/o niños/as menores de 4 años que reúnan la doble condición de riesgo biológico y social”*. Tenía como objetivo *“consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia a través de una política que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo integral de niños y niñas menores de 4 años desde una perspectiva de derechos”* (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2012).

Dicho programa establecía como sus componentes el *“acompañamiento familiar y trabajo de cercanía”*, *“acciones sociales y educación sanitaria”* y un *“fortalecimiento de capacidades institucionales”*. Cabe destacar que la gestión se encontraba integrada por Presidencia de la República, el MSP y el MIDES, en coordinación con el Consejo Nacional de Políticas Social (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2012).

A partir del año 2015, en función de un cambio de gobierno se inserta a UCC institucionalmente bajo la órbita del MIDES (Dirección Uruguay Crece Contigo) como política integral de protección de la primera infancia, abordando a la población con las características

anteriormente mencionadas, con la particularidad de contemplar también aquellos casos que presenten extremo riesgo social, sin la presencia de riesgo biológico y se elabora un nuevo protocolo de intervención.

El objetivo general de la política es *“contribuir a un sistema de protección integral a la primera infancia que logre garantizar derechos y brindar oportunidades, articulando respuestas integrales -donde cada sector se ubique desde sus competencias- a las vulnerabilidades que se presentan en esta etapa”*. Se encuentra organizada en tres componentes, *“protección integral”*, *“territorios para crecer”* y *“gestión del conocimiento e innovación en primera infancia”* (MIDES, 2015). Cabe destacar que la gestión se encuentra en esta etapa en articulación con diversas instituciones.³

Hasta la reformulación del programa en el año 2015, se reconocía el riesgo biológico como un elemento central, respondiendo a una preocupación de la situación nutricional y de desarrollo de los niños y niñas menores de 4 años, pretendiendo incidir en las cifras de mortalidad infantil. El riesgo social se reconoció como presente en los hogares, de acuerdo a lo establecido en el índice de carencias críticas⁴. A partir del año 2015, desde las revisiones realizadas durante los primeros años de su implementación (2013-2014) y de su nueva inserción institucional en el MIDES, se les otorga una mayor integralidad a las intervenciones y se amplía la mirada a las problemáticas familiares (Beltrán y Espeldoype, 2017).

En este sentido UCC define, de acuerdo a lo que se establece en su programa, a los hogares con riesgo biológico y social a través de una serie de características, que le son

³ MIDES, INAU, MSP, ASSE, MEC, BPS, MVOTMA, ANEP, INDA, CAIF, las Intendencias Departamentales, el Ministerio del Interior, SINAIE.

⁴ El ICC, fue elaborado en 2008 en el marco de un convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Universidad de la República, con el propósito de seleccionar a los hogares en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica (MIDES-DINEM, 2013, p.5).

atribuidas tanto a las mujeres embarazadas, como a los/as y niños/as menores de cuatro años. Para poder ser beneficiarios de la política deben cumplir con al menos dos de las características establecidas y una serie de criterios de ingreso.

Para la selección de los riesgos biológicos/sanitarios UCC tomó las pautas nacionales del MSP y en los indicadores propuestos por la OPS/OMS. Reconociendo como hogares con riesgos biológicos a todos aquellos que cumplan con al menos una de las siguientes características.

Riesgo Sanitario		
	Mujer embarazada	Menores de 4 años
Daño	<ul style="list-style-type: none"> Anemia (Hb < 11g/dL). Infecciones de transmisión sexual en el embarazo actual. 	a) Bajo peso (P/E < P3 ó < -2DE) (en < 2 años). b) Retraso de talla (T/E < P3 ó < -2DE). c) Emaciación (P/T < P3 ó < -2DE) (en >= 2 años). d) Anemia (Hb < 11g/dL). e) Alteración en el desarrollo de acuerdo a pautas nacionales. f) Infecciones congénitas: sífilis, VIH.
Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo sin control. Altura uterina por debajo del P10. Bajo peso materno. (IMC según semana de gestación, referencia Atalah). Incremento de peso por debajo del P10. Edad menor a 20 años. Depresión. Violencia doméstica. Mujeres embarazadas que presentan extremo riesgo social en ausencia de riesgo biológico. 4.1 Consumo problemático.	g) Bajo peso al nacer PN < 2500g (en < 2 años). h) Recién nacido prematuro EG < 37 sem (en < 1 año). i) Sin controles de salud o por debajo de la pauta nacional. j) Dos o más faltas consecutivas a citas programadas en el primer año de vida. k) Riesgo de Bajo peso (P/E > P3 y < P15 ó > -2DE y < -1DE) (en < 2 años). l) Riesgo de Retraso de talla (T/E > P3 y < P15 ó > -2DE y < -1DE). m) Riesgo de Emaciación (P/T > P3 y < P15 ó > -2DE y < -1DE) (en >= 2 años). n) Descenso de canal percentilar en dos controles consecutivos (cuando ocurre por debajo del P50). <ul style="list-style-type: none"> Violencia doméstica. Recién nacido (hasta el primer mes de vida) hijo de mujer con bajo peso. Recién nacido (hasta el primer mes de vida) hijo de mujer con anemia. Recién nacido (hasta el primer mes de vida) hijo de mujer con depresión durante el embarazo. Hijo de mujer que tiene como antecedente la muerte de

Riesgo Sanitario		
	Mujer embarazada	Menores de 4 años
		<p>otro u otros niños/as por causas desconocidas o accidentes domésticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido (hasta primer mes de vida) de mujer que no controló su embarazo. • Hijo de mujer menor de 20 años. • Consumo problemático de los referentes del niño. • Depresión materna. • Niños/as menores de 1 año en extremo riesgo social sin riesgo biológico (2 o más condiciones de riesgo social)

Protocolo de trabajo de los equipos técnicos de UCC. MIDES, 2016.

En lo que respecta a los riesgos sociales UCC los reconoce y define de la siguiente manera:

RIESGO SOCIAL
- Beneficiario/a de asignaciones familiares no contributivas o beneficiarios de las asignaciones familiares contributivas por un monto salarial del hogar menor a 5 BPC.
- Niño/a que no esté inscripto en el Registro Civil.
- Referentes adultos sin identificación civil.
- Nivel educativo alcanzado por la mujer madre del niño o niña al momento de nacer, primaria completa o menos.
- Vivienda localizada en asentamiento irregular, viviendas precarias o situación de calle.
- Mujer privada de libertad, embarazada o con hijos menores de 4 años.
- Mujer en situación de trata o tráfico, embarazada o con hijos menores de 4 años.
- Niños/as menores de un año o mujer embarazada en extremo riesgo social sin riesgo biológico. En estos casos excepcionalmente se incluirán en el programa previendo la aparición de situaciones de riesgo o daño biológico.

Los datos utilizados fueron tomados del Protocolo de trabajo de los equipos técnicos de UCC (MIDES, 2016).

Cabe destacar que para ser beneficiario de las prestaciones que la política ofrece las familias deben cumplir con al menos dos de los riesgos sociales descritos anteriormente. Se incorpora como consecuencia de riesgo o daño biológico, situaciones de hambre, en los cuales la familia exprese no haber contado con los recursos suficientes para poder alimentarse, en los últimos tres meses. (MIDES, 2015)

Frente a una lista de espera de situaciones a ser intervenidas, UCC prioriza a las mujeres embarazadas, niños/as menores de edad, sumándose las siguientes condiciones, ante similar situación social y biológica:

I) Referente adulto con enfermedad psiquiátrica, consumo problemático o discapacidad que pone en riesgo el cuidado del niño /a.

II) Embarazo de riesgo definido por el sector salud.

III) Mujeres embarazadas o niños/as menores de 4 años que no están asistiendo a controles de salud ni tienen contacto con la red de servicios locales.

IV) Niño con enfermedades congénitas o adquiridas.

La captación de los beneficiarios se realiza por medio de la base de datos del sistema del MIDES y MSP, por derivación desde el territorio o por medio de orden judicial. (MIDES 2016)

En cuanto al seguimiento y acompañamiento familiar en el territorio, los equipos de campo utilizan diversas herramientas metodológicas, tales como: “*entrevistas domiciliarias, actividades grupales, apoyo en la gestión para el acceso a prestaciones, trabajo en redes y articulación interinstitucional.*” (Beltrán, Espeldoype, 2017, p.427)

UCC es una política que opera de forma focalizada con la “pobreza”, la define para luego seleccionar la población objetivo. Utiliza como mecanismo de intervención una ficha que debe ser completada con una serie de características, con el fin de determinar el nivel de riesgo social

y biológico.

Así UCC suma a la cartera de “Prestaciones sociales”; programas prioritarios, que intervienen en aspectos conductuales de los individuos, interviniendo en el “núcleo duro” de la extrema pobreza.

Un aspecto clave a tomar en cuenta, y que marcaría una inflexión, es la inclusión de cuestiones que hasta ese momento eran propias del abordaje médico sanitario a través del sistema de salud, a ámbitos institucionales ajenos a ese campo (en este caso UCC-MIDES) más allá de las coordinaciones que se espera que se realicen.

1.6 La primera infancia

Se considera fundamental realizar un acercamiento al concepto de primera infancia y niñez. En este sentido, se parte de la premisa, en acuerdo con Aries (1987), que la primera infancia es una categoría en continua construcción social. Dicho autor señala que la construcción de la niñez como etapa de la vida tuvo lugar en las sociedades europeas del siglo XVII. En este periodo histórico comienzan a surgir percepciones propias hacia la niñez. Esta nueva realidad trajo consigo transformaciones respecto a la delimitación de esta etapa y su percepción. Reconocer la niñez como tal, permite que adquiriera un lugar como persona “indispensable”, dando surgimiento a una nueva mirada de preocupación por su porvenir.

La primera infancia es una construcción sociohistórica, ésta se encuentra relacionada estrechamente con las transformaciones demográficas, económicas y culturales. *“Al ser la infancia una construcción social que en cada tiempo histórico adoptó características específicas, los niños fueron concebidos y tratados de modo distinto según las épocas. Hubo así muchas infancias a lo largo del tiempo.”* (Terra, 1990, p.8)

En lo que respecta a la realidad que atravesó Uruguay con relación a la niñez, Barrán (1992) hace referencia al proceso de modernización capitalista, el cual tuvo lugar en las últimas décadas del siglo XIX. A partir de aquí la sociedad uruguaya comienza a abandonar la denominada “barbarie”, donde el castigo y abandono a la primera infancia eran hábitos aceptados, dando paso a una nueva sensibilidad.

Actualmente en Uruguay la niñez posee un lugar preponderante, siendo un hecho relevante en la historia uruguaya el año 2004, momento en el cual es aprobado el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 17.823/2004). Esto implicó un cambio de paradigma, donde los niños/as y adolescentes comienzan a ser concebidos por el Estado como sujetos de derechos “universales”, “irrenunciables”, “inalienables”, “indivisibles”, “interdependientes” y “exigibles”. Estableciendo que *“Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana”*. En este sentido, el Estado, así como los adultos referentes son responsables de garantizar, promover y respetar los derechos establecidos en el CNA (UNICEF, 2016, p.26).

Toda política pública en primera infancia, infancia y adolescencia que pretenda incorporar la perspectiva de derechos debe concebir a los sujetos con derechos exigibles y, por ende, al Estado, la comunidad y las familias con obligaciones para su cumplimiento. Esto implica poner a los sujetos en el centro, con voz y voto en los procesos de elaboración de las políticas públicas (UNICEF, 2016, p.26).

De esta forma el rol del Estado es fundamental, siendo responsable al momento de elaborar estrategias que promuevan el desarrollo y reduzcan los niveles de desigualdad existentes. Para ello debe centrar su atención en los grupos más vulnerables (UNICEF, 2016).

Si bien la primera infancia es el período de la vida comprendido entre la concepción y los ocho años, los primeros tres años son esenciales porque es entonces cuando se sientan las

bases de todo el desarrollo posterior del individuo (Evans, Myers y Ilfeld, 2000, en UNICEF, 2012, p. 43).

De acuerdo con lo establecido por Acosta (2009), dicha etapa como ciclo inicial de la vida, es el momento en que se construyen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. En esta edad los niños y niñas son y deben ser considerados como sujetos de derechos.

Para este trabajo la primera infancia en acuerdo con Palacios y Castañeda (2009) “*es la etapa evolutiva más importante de los seres humanos, pues las experiencias que los niños viven en estos años son fundamentales para su desarrollo posterior*” (p. 7). En acuerdo con UNICEF (2012) todo aquello que involucre a los niños y niñas en los primeros años de sus vidas es fundamental en lo que respecta a su bienestar presente y futuro.

En lo que respecta a Uruguay, la matriz de protección dirigida a la primera infancia comienza a ganar terreno a partir de la década de los 70.

Se extienden los centros de salud, con sus programas materno infantil, a la periferia de Montevideo; se incrementan los programas de salud asociados a la distribución de alimentos, especialmente leche en polvo; se establece un programa muy simple de seguimiento de los niños nacidos en el Pereira Rossell, llamado Plan Aduana; se encuadran familias pobres, antes desprovistas de cobertura, en los sistemas de Sanidad Policial y Militar, los únicos expansivos en la época; se incorporan nuevas técnicas de tratamiento; se mejora la vacunación contra enfermedades de poca significación numérica

en la mortalidad – meningitis, rubeola -; y, tardíamente para explicar la baja, se amplían vacunaciones masivas con el certificado esquema⁵ (Terra, 1990, p.83).

En acuerdo a lo planteado por dicho autor, se comprende que, al momento de pensar en la implementación y ejecución de las políticas sociales, dirigidas a una población en particular, se debe partir de la premisa de que el objetivo de éstas sea la búsqueda de satisfacción de necesidades, con el fin de mejorar el desarrollo de los sujetos, buscando así la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

Cuando el ingreso que poseen las familias no es suficiente para abastecer al menos las necesidades básicas, las políticas sociales deben de alguna manera dar una respuesta. En este sentido cuanto mayores son las necesidades insatisfechas, que el ingreso familiar no puede cubrir, mayor debe ser la responsabilidad del Estado por dar respuestas a través de políticas públicas (Terra, 1990).

La responsabilidad que tiene el Estado en pensar en la satisfacción de necesidades para grupos poblacionales en condición de desventaja se traduce en las políticas sociales implementadas. Aquellos grupos de personas que se encuentran en condiciones de pobreza, muchas veces como resultado del lugar *“que ocupan los miembros activos de la familia en el sistema productivo (...) en el mercado del empleo”* (Terra, 1990, p.107) se encuentran en mayor desventaja y con menores posibilidades de poder dar respuesta a sus necesidades.

Frente a estas necesidades se puede visualizar que *“los hijos de hogares pobres corren un alto riesgo de un futuro de pobreza, riesgo que se agrava en las ciudades por su progresivo aislamiento vis à vis el resto de la sociedad”* (Kaztman y Filgueira, 2001, p. 15).

Continuando en esta línea y en acuerdo con lo que plantean Casa y Villegas (2015), en la

⁵ CEV.

actualidad es notoria la presencia de una *“consolidación de un grave problema de infantilización de la pobreza e inequidad intergeneracional”* (p.30). Dichos autores plantean la presencia de una sobrerrepresentación en la pobreza y la indigencia, en comparación con otros grupos etarios, convirtiéndose de esta forma en una problemática relevante para la agenda pública y para la construcción de políticas públicas.

El riesgo como categoría

Se parte de la premisa que dicha categoría juega un papel fundamental en la aplicación de políticas sociales, especialmente en la selección de la población que será beneficiaria de la Política UCC, siendo, por tanto, también de relevancia para el Trabajo Social. Por tal motivo se entiende fundamental un acercamiento al concepto de riesgo a través de la mirada de diversos autores.

En acuerdo a lo planteado por Luhmann (1992), se vuelve imprescindible comprender que el concepto de riesgo posee varios significados, por lo que el contexto en el cual sea utilizado, así como el propósito que se le dé varía en gran medida.

De acuerdo con lo establecido por Beck (1986), la sociedad de riesgo surge con la modernidad, siendo éste el marco sociohistórico en el cual se inscribe la categoría de riesgo. Así también lo establece Giddens (1997), quien sostiene que dicho concepto es fundamental si lo que se pretende es dejar el pasado atrás y pensar en un futuro reflexivo, problemático y abierto a las transformaciones.

Es a partir de la década de los noventa, donde se da la más amplia adopción del enfoque de riesgo, el cual se presenta, como *“una forma de concebir y de explicar lo social, siendo a su*

vez, parte de un proceso más profundo de transformaciones en el esquema de protección social.” (Gutiérrez, 2014: p.106).

Diversos cambios que ocurrieron en las últimas décadas del siglo XX han suscitado grandes influencias en el desarrollo teórico, así como en la utilización de la categoría de riesgo.

De acuerdo a lo expuesto por Beck (2000) se entiende al riesgo como un factor de activación, pero también significa lo opuesto “*el desbocado galopar hacia el peligro que acecha a la civilización y la civilidad humana; es decir, la catastrófica posibilidad de que el progreso se torne barbarie*” (p. 80).

Dicho autor realiza una distinción entre peligro y riesgo y comprende que mientras el riesgo representa una inseguridad cuantificable y calculable, el peligro significa lo opuesto. El concepto de riesgo se encuentra ligado a aquellos hechos que no han acontecido aún y que se pueden evitar. El hecho de no percibirlos no implica que no afecten de alguna forma la vida de los individuos.

La visualización de un riesgo por otro se encuentra mediado por valoraciones de carácter cultural y político. Por lo tanto, al momento de definir un riesgo las ciencias se encuentran impregnadas de conocimientos valorativos. En este sentido Beck señala que:

La racionalidad científica no es la única base sobre la que descansan las definiciones de riesgo, pues es necesario tomar una posición axiológica sobre lo que se considera una vida digna para poder determinar cuándo existe un riesgo que amenace esta posibilidad (Beck, 1989 en Amarillo, 2010, p.18).

Giddens (1997) también realiza una diferenciación entre el concepto de riesgo y el de peligro. Éste comprende que el riesgo presupone peligro, pero no necesariamente implica el conocimiento de este. Es posible que un sujeto se encuentre en una situación arriesgada sin

percibir qué tan peligroso puede llegar a ser. En este sentido la preocupación por el riesgo no supone una relación directa con la dimensión del peligro real que amenaza la vida, pudiendo reconocerse de esta forma riesgos que suponen peligros reales, así como riesgos que no implican necesariamente un grave peligro.

Por otra parte, Luhmann (1992), sostiene que la existencia de un riesgo implica la posibilidad de que al momento de tomar una decisión se produzca un daño, ya sea por realizar una acción determinada o por la falta de acción frente a una situación.

Es decir que, en el caso de los riesgos los daños que puedan suceder en el futuro son atribuidos a la decisión, como consecuencia de ésta. Son consecuencias que no pueden ser justificadas como costos en relación con las ventajas obtenidas de la decisión. El concepto de riesgo se distingue del concepto de peligro, porque en este último caso los daños futuros no se ven como consecuencia de una decisión sino como una atribución externa (Luhmann, 1992: 147-148).

Continuando en esta línea, Beck presenta al riesgo como una responsabilidad del individuo, siendo éste el responsable de aprender a lidiar con los diferentes riesgos que se presenten. La consideración de clase queda aquí desplazada por la idea de que el individuo y su trayectoria biológica es la centralidad. De esta forma tanto sus fracasos como sus logros pasan a ser consecuencia de las decisiones que haya tomado. Se está frente a una individualización del riesgo.

Por otra parte, y desde otra mirada, Castel (2004), comprende que el riesgo surge asociado con la modernidad y con la incertidumbre que se despierta respecto al porvenir. Define al mismo como *“un acontecimiento que compromete la capacidad de los individuos para asegurar por sí mismo su independencia social. Si no se está protegido contra estas*

contingencias, se vive en la inseguridad” (p.35). Esta realidad ocasiona que el Estado deba asumir un papel preponderante en los dispositivos reductores del riesgo.

De acuerdo a lo planteado por dicho autor el riesgo se presenta como parte de la vida en sociedad, representando la dualidad de amenazas y oportunidades para los individuos. El estar protegido forma parte de una construcción propia de la vida en sociedad, no de un estado natural.

(...) la insistencia puesta en la proliferación de los riesgos corre pareja con una celebración del individuo aislado de sus inserciones colectivas, “desarraigado”. En consecuencia, este individuo es como un portador de riesgos que navega sin instrumentos en medio de los obstáculos y los peligros y debe administrar él mismo su relación con el riesgo. (...) El manejo del riesgo no es ya, consecuentemente, una empresa colectiva, sino una estrategia individual. (Castel, 2004, p. 82-83)

Los riesgos son acontecimientos que pueden ser previstos, puede estimarse la probabilidad de que se produzca, así como puede estimarse los daños y costos que podría generar (Castel, 2004).

Sin embargo, los peligros no pueden ser erradicados en su totalidad por ninguna sociedad. Cuando los riesgos logran ser neutralizados, el foco de sensibilización se desplaza hacia nuevos riesgos, dando como resultado nuevos peligros. Actualmente ese foco está ubicado de tal forma que genera una demanda irreal de seguridad. *“Así, la cultura del riesgo fábrica peligro.”* (Castel, 2004, p. 79)

Por otra parte, Douglas (1996), entiende que el riesgo se encuentra vinculado con la idea de justicia. Es utilizado como un mecanismo que determina quiénes tienen acceso a recibir determinadas prestaciones sociales, señalando así modalidades de percepción, categorización y atribución social del riesgo, que de forma hegemónica definen qué situaciones merecen ser

incluidas en la agenda de las políticas públicas. Se entiende que las intervenciones se centran en las transferencias de herramientas hacia las familias, con el objetivo de modificar aquellos comportamientos que son considerados de “riesgo”. Se busca desarrollar procesos que habiliten un aprendizaje para las familias que son consideradas de mayor riesgo. Se entiende al riesgo como algo que se puede evitar, permitiendo desarrollar intervenciones de carácter institucional en el contexto cotidiano.

De acuerdo con lo planteado por dicha autora, aquellos factores que se presentan asociados con la pobreza y logran ser visualizados como un factor de riesgo, suelen ser reconocidos de forma aislada sin contemplar los procesos que son la causa de esa realidad. Este tipo de intervenciones que trabajan sobre la pobreza como riesgo y no sobre los procesos que la hacen emerger, no genera una intervención en pos de erradicar o disminuir la desigualdad que existe en la sociedad. Como lo señala Douglas (1996), cuando de la distribución de los riesgos se trata, se está frente a una elección que responde a distribuciones de poder y estatus social. En este punto es posible visualizar las dificultades que se presentan al momento de individualizar los riesgos en poblaciones que se encuentran en contexto crítico, ya que no se puede garantizar que todos los individuos tengan la posibilidad de hacerse cargo de aquellas decisiones que sean tomadas libremente.

En este sentido el enfoque de riesgo es utilizado para gestionar lo social, como un dispositivo que trata a los sujetos de forma individual para la aplicación de las protecciones sociales, entendiendo que “(...) *Focalizar con base al riesgo significa establecer a partir de la determinación de ciertas características y comportamientos individuales, predefinidas técnicamente, un recorte dentro de la población (...)*” (Mitjavila y Vecinday; 2011, p. 83).

Otra forma de entender dicha categoría es la utilizada por Kaztman y Filgueira, (2001), quienes plantean que:

el nivel de vulnerabilidad de personas y hogares a la pobreza y exclusión social es función del grado de ajuste entre sus portafolios de activos (capital físico, humano y social) y los requerimientos de la estructura de oportunidades que tienen su fuente en tres órdenes institucionales básicos de la sociedad: el Estado, el mercado y la comunidad (p. 25).

De esta forma dichos autores visualizan los diferentes riesgos que se presentan en las diferentes etapas del ciclo vital. La salud en la primera infancia se presenta como central, donde juegan un papel preponderante los indicadores de mortalidad infantil, psicomotricidad, nutrición y asistencia a educación inicial.

Kaztman y Filgueira elaboran un Índice de Vulnerabilidad de la Infancia donde pretenden *“captar (...) la exposición al riesgo de los niños teniendo en cuenta las características de sus configuraciones familiares y (...) los resultados de dicha exposición al riesgo en términos de niveles de vulnerabilidad”* (2001, p, 50).

Para dichos autores los contextos de pobreza generan consecuencias negativas en cuanto al desarrollo de la infancia. La mortalidad infantil, embarazo adolescente (menores de 20 años), bajo nivel educativo, se presentan como indicadores en dicho contexto.

Las familias son visualizadas por los autores como actores fundamentales, desarrollan un Índice de Contexto Familiar de Riesgo, en donde se pueden visualizar indicadores tales como: embarazo adolescente, bajo nivel educativo, bajos ingresos.

Estas perspectivas del riesgo permiten visualizar cómo se presenta el riesgo en la aplicación de políticas sociales y la selección de los sujetos beneficiarios.

Riesgo biológico y el Riesgo social

Comprender el concepto de riesgo a partir de distintas miradas habilita una aproximación a la idea de riesgo social y riesgo biológico y cómo ambos interactúan en la aplicación de políticas sociales según la interpretación que hacen las instituciones.

Realizar un análisis de las diversas problemáticas de salud, a partir de la incidencia de factores sociales y económicos se ha vuelto central en la agenda de la OMS, así como de diversos ministerios de salud de diferentes países (Álvarez y Stella; 2009).

Comprender la influencia de los riesgos socioeconómicos sobre los riesgos en la salud, es un campo de estudio que se encuentra en continua construcción, sin la suficiente delimitación.

La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas (Álvarez y Stella, 2009, p.71).

El presente abordaje permite visualizar cómo a lo largo de la historia la preocupación respecto a la influencia de los riesgos socioeconómicos ha afectado la salud de diferentes comunidades. La existencia de una notoria relación entre la calidad de vida y las enfermedades, a lo largo del siglo XIX, tuvo como resultado el llamado modelo higienista, el cual promovió una visión con especial énfasis en los aspectos biológicos, en lo que implica a las enfermedades, así como de las estrategias de sanación. Dicho modelo, influyó de manera considerable en la formación recibida por los profesionales de la salud, así como en las políticas sanitarias de Latinoamérica durante el primer tramo del siglo XX (Álvarez, Stella, 2009, p. 71).

A mediados del siglo XX se comienza a trabajar desde una perspectiva que visualiza aquellas determinantes sociales y económicos de la salud⁶. El modelo preventivista trae consigo un aumento en la responsabilidad sobre las conductas individuales. Esta nueva mirada es resultado de la incapacidad del sistema neoliberal para resolver los problemas de salud que surgen en la actualidad. *“Se busca establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud”* (Solar & Irwin, en Álvarez y Stella, 2009, p. 72).

De acuerdo a lo planteado por dichos autores la desigualdad en el acceso a diferentes bienes sociales (empleo estable, alimentación saludable, servicios de salud, educación, entre otros) incide negativamente en la salud de los sujetos. Evidenciándose de esta forma el alcance que tiene la falta de recursos socioeconómicos en la salud.

Contar con bajos ingresos y escasos recursos materiales dificultan la posibilidad de acceder a una vida más digna y saludable. En palabras Álvarez y Stella (2009) *“los estilos de vida no son decisiones individuales, sino conductas influenciadas por las oportunidades definidas por el medio social en que las personas viven.* (p, 72)

Una mirada sobre el alcance de los riesgos sociales y biológicos se considera clave para dar respuesta a los objetivos planteados en el presente estudio.

⁶ OMS en su Asamblea del año 2004, se lanzan directrices de trabajo respecto a los determinantes sociales y económicos de la salud. (Álvarez y Stella; 2009)

CAPÍTULO II

Reflexiones finales

Discusión

Se considera pertinente comenzar el presente ítem centrándose en el papel que desempeña el enfoque de riesgo en la Política Social UCC, específicamente en las condiciones que deben cumplir las familias para ser beneficiarias.

Con el fin de cumplir con dicho objetivo, se ha buscado un acercamiento desde el marco teórico, de la dinámica social, histórica y política que ha sido la antesala de UCC, al concepto de salud, el rol que juega la primera infancia en la vida social y el lugar que la misma ocupa en la agenda pública, así como la mirada de diversos autores sobre la categoría riesgo con el fin alumbrar el estudio.

Desde los antecedentes socio históricos

El abordaje realizado permite comprender cómo la reconfiguración del Estado trae consigo nuevas modalidades de gobernar, donde la población se presenta en términos de “pobres”, surgiendo de esta manera, nuevas formas para gestionar la exclusión y la marginalidad.

Se le ofrece a la familia un arsenal de equipos técnicos-profesionales que intervienen en lo más íntimo del hogar, buscando depositar sus conocimientos, respecto a las mejores formas de evitar los riesgos que se presentan en la vida cotidiana. La transferencia de conocimientos, herramientas y un mínimo de rentas es utilizada como garante.

En este sentido los beneficiarios de los servicios asistenciales adquieren la responsabilidad de desarrollar técnicas que le permitan cuidarse y mantener determinado control de sí mismos. En estas condiciones las responsabilidades frente a los diferentes riesgos que son

identificados por las políticas sociales terminan depositando la responsabilidad en el individuo y no en las dinámicas sociales que generan desigualdad. Beltrán y Espeldoye (2017), sostienen que la falta de previsibilidad respecto al futuro genera que la aplicación de diferentes políticas sociales en la actualidad, se desarrollen como amortiguadoras del riesgo, educando a la población a vivir en un contexto cada vez más peligroso. UCC visualiza a los individuos con la capacidad de superar los riesgos a través de determinados movimientos, indicados por un protocolo de intervención que elabora la política en cuestión.

Por otra parte, al momento de observar los diferentes riesgos, la pobreza se presenta no solo como una carencia económica, sino también social, cultural y biológica. Desatender dichas carencias implica perder de vista los niveles de desnutrición, la ausencia de recursos e información que afectan la crianza, la precarización habitacional, los escasos estímulos psicomotrices, así como los bajos niveles educativos de los referentes, entre otros, siendo reconocidos por UCC como factores que pueden generar daños.

Teniendo presente la definición de salud desarrollada en el presente trabajo, los riesgos no involucran sólo factores biológicos. Por el contrario, pensar en el bienestar de los sujetos implica estar atentos a una serie de factores económicos, sociales, culturales y biológicos, conectados entre sí.

Desde la primera infancia

Por otra parte, teniendo presente que UCC es una política dirigida a la primera infancia, se considera importante tener presente el rol que desempeña y su incidencia en las políticas sociales. Se comprende que los riesgos definidos por dicha política parten de cómo es construida histórica y socialmente la primera infancia. Dicha concepción juega un rol importante en la

aplicación de estrategias y políticas sociales. Es de destacar la mirada que realiza el país sobre la infancia, precisamente desde el año 2004, con la vigencia del CNA, siendo un orientador de las distintas políticas sociales.

En este contexto surge UCC, como resultado de la necesidad establecida por las autoridades de contar con políticas dirigidas específicamente a la primera infancia, entre las cuales se pueden observar los programas materno-infantiles, de alimentación y salud.

La aplicación de este tipo de políticas que intervienen sobre la primera infancia resulta el camino más redituable en lo que respecta a los costos-beneficios, siendo políticas paliativas y de emergencia. A partir de estas se incorporan estrategias que intervienen con dicha población con el objetivo de evitar daños futuros. UCC comprende que invertir en primera infancia es prevenir y reducir inversiones en la futura población adulta.

Particularmente las políticas dirigidas a la primera infancia apuntan a la reducción de la mortalidad infantil, así como la mejora en salud y supervivencia de los niños y niñas; se constituye no sólo como parte integral de la contabilidad del desarrollo; sino, además, en la forma de garantizar el derecho más básico y la libertad más elemental de cualquier ser humano: la vida (Beltrán y Espeldoye, 2017, p. 432).

Continuando con lo planteado por Beltrán y Espeldoye (2017), en lo que respecta a las nuevas modalidades de las políticas sociales dirigidas a la primera infancia, se presenta como objetivo brindar herramientas propiciando la importancia de hábitos saludables. Los diferentes operadores en territorio, las familias y los referentes de los centros educativos y de salud, son utilizados por la política como agentes socializadores de dicha etapa.

Desde el concepto de riesgo

De acuerdo con lo desarrollado en el marco teórico, se considera oportuno comenzar resaltando la perspectiva de riesgo planteada por Castel y Douglas, quienes visualizan al riesgo como una construcción, científica, política y cultural. En este sentido lo que es percibido como un riesgo varía de acuerdo con los diferentes momentos socio históricos.

En el presente estudio el riesgo juega un rol fundamental en lo que implica el reconocimiento de la población con la cual es pertinente intervenir. Desde su intervención focalizada UCC detecta las áreas donde la intervención es considerada más eficiente, interviniendo con los individuos que cumplan con las características exigidas por la política. Se trabaja de esta forma desde la individualización, poniendo el plano colectivo en un segundo lugar.

El riesgo funciona como una categoría de selección de la población que va a ser beneficiaria, de las políticas sociales. Este tipo de criterios son aplicados en las modalidades de políticas focalizadas. Las familias beneficiarias suelen ser aquellas que se encuentran en situación de extrema pobreza, asociando dicha situación a un aumento en la probabilidad de sufrir daños biológicos. Desde esta perspectiva Alvaréz y Stella (2009) sostienen que: *“en la mayor parte de las sociedades occidentales las personas más pobres asumen conductas de riesgo para la salud en mayor proporción que los estratos superiores.”* (p.22)

Se puede visualizar como las políticas sociales dirigidas a la primera infancia en Uruguay, ya desde los años 70 poseen un fuerte enfoque de riesgo biológico. Actualmente y desde las estrategias de intervención sobre la primera infancia y con la aplicación de la Política UCC, se intenta dar otro lugar a lo social como factor de riesgo. A pesar ello el riesgo biológico sigue siendo preponderante en la aplicación de dicha política social.

El cambio institucional permitió ampliar los criterios de riesgo, donde el rol que juega los factores sociales en los primeros años de vida adquiere una nueva dimensión. Lo que se pretende es evitar mayores daños. Reconocer determinadas situaciones de riesgo social, permite prevenir la presencia de nuevos riesgos biológicos. Se visualiza cambios en la selección de la población beneficiaria, donde antes se seleccionaba a los beneficiarios que cumplieran la doble condición de riesgo biológico y social, ahora se contempla la posibilidad de intervenir con las familias con la presencia de extremo riesgo social en ausencia de riesgo biológico. Aunque los riesgos sociales adquieren una nueva dimensión, el riesgo biológico continúa teniendo preponderancia.

Una mirada desde el riesgo social permite visualizar con mayor claridad las diferentes situaciones de vulnerabilidad presentes en las familias. Sin embargo, dicho reconocimiento no es utilizado por la política para transformar la realidad que vive la primera infancia, sino que funciona monitoreando y mitigando el riesgo. Los riesgos sociales son visualizados como posibles generadores de daños biológicos y no como un daño en sí mismo.

Dicho aspecto llama poderosamente la atención. Mientras lo biológico es reconocido como daño - riesgo, los factores sociales son presentados como riesgos que pueden generar daños a futuro. Lo social es reconocido a efectos de evitar que futuros daños biológicos afecten al individuo.

Dentro de esta dinámica, la política UCC interviene en el territorio, a través de las duplas técnico-profesionales, impartiendo saberes acerca de las buenas prácticas de crianza de los niños. Desde la concepción de los conocimientos que imparten se puede observar la influencia de la medicalización, imponiendo a las familias nuevas formas de crianza.

Desde el acompañamiento en el territorio, con un arsenal de herramientas teórico-metodológicas, UCC apunta a educar a las familias para que actúen en base a reducir los factores

de riesgo y reduzcan los daños que se encuentren presentes. Para ello:

se acompañará a la familia en la toma de “buenas” decisiones que ayuden a detener la reproducción de la pobreza. Se despolitiza el concepto de pobreza y se lo separa de las estructuras que la producen. Se opera sobre la reproducción de esta, se individualizan los problemas sociales y se toma la decisión técnica de operacionalizarlos en: bajo peso, retraso en la talla, anemia, descenso en el desarrollo psicomotriz, entre otros (Beltrán y Espeldoye, 2017, p. 434).

Conclusiones

El presente estudio ha permitido reflexionar acerca de los nuevos formatos de las políticas sociales en Uruguay, en particular las que tienen como objeto el abordaje de la primera infancia.

Se pudo profundizar también acerca de que la fuerte institucionalidad y existencia de políticas sociales dirigidas a la infancia ha sido una línea de larga duración que se instala desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Esa institucionalidad radicó históricamente en el sector salud. Se podría afirmar que el enfoque multicausal, que comprende que la salud es más que la ausencia de enfermedad, incorporando una mirada social, ganó terreno en la aplicación de la Política UCC a partir de 2015. Sin embargo, la fuerte influencia de la medicalización técnica, inclusive del saber popular, se encuentra muy arraigada, influyendo en las formas en las cuales las políticas sociales se gestionan. En el caso de UCC, basta con ver aquellos riesgos que son considerados sociales y biológicos por parte de la política para ser beneficiarios. Se visualizan más riesgos biológicos que sociales y aunque se incorpora la presencia de riesgo social con la ausencia de riesgo biológico para ser beneficiarios, aún siguen teniendo prioridad el riesgo biológico al momento de

conformar la lista de espera.

Continuando en estas líneas y desde lo planteado por Menéndez (1984), el “control de los cuerpos” juega un rol importante en la aplicación de la política UCC, haciéndose visible en las características que debe cumplir la población “beneficiaria”. El cuerpo es visto como algo que se puede controlar y por ende modificar. En este sentido, los individuos reciben las prestaciones que ofrece la política, desde su intervención focalizada, siempre y cuando no cumpla con determinados criterios de “salud”. Lo que se espera por parte de la política es transformar comportamientos y hábitos, que son entendidos por la misma como perjudiciales para la salud. Queda cuestionarse ¿cómo ejerce ese control la política luego de su implementación?

El reconocimiento de determinados riesgos frente a otros, la construcción del riesgo con el fin de prevenir el peligro permite reflexionar sobre el papel de las profesiones en este campo, en particular del Trabajo Social, que a pesar de no ser un objetivo del presente estudio merece una atención especial.

Parecería ser que la inversión en políticas sociales, que intervienen sobre los riesgos biológicos identificados por las diferentes organizaciones mundiales, genera resultados más concretos y más fáciles de reconocer. Sin embargo, las transformaciones respecto a las problemáticas sociales suelen dilatarse más. Los resultados son vistos a través de un tiempo prolongado, lo que termina generando un mayor gasto para el Estado e incertidumbre en la población.

Los cambios respecto a la identificación de nuevos riesgos fueron vertiginosos, la Política modificó sus criterios respecto a su intervención y formas de ver el riesgo en tan solo tres años, ¿qué nuevos riesgos surgirán en próximas evaluaciones? y sobre todo ¿qué nuevo umbral de la población se verá “desprotegido” por no cumplir con los nuevos requisitos?

Al momento de pensar en las reflexiones finales del presente estudio, surgen varias interrogantes respecto a las prácticas de intervención de la política en cuestión. ¿Se está frente a prácticas asistenciales de intervención a las familias? de ser así ¿cómo se sostiene los beneficiarios luego del egreso del programa?, ¿es posible para las familias sostener los logros alcanzados sin el apoyo de las duplas? y aunque estas preguntas no son parte del objeto del presente estudio, es a partir de éste, que dichos cuestionamientos surgieron. Quizás permitan pensar en futuras investigaciones.

Por otra parte, al momento de reconocer a la población beneficiaria, visualizando los riesgos sociales y biológicos que hicieron posible su ingreso al programa, cabe preguntarse ¿con qué recursos cuenta la política para poder trabajar con dichas familias? y ¿qué tan preparados están los técnicos para trabajar con esas problemáticas?

Pensar también en el reconocimiento de los actuales riesgos, los cuales se centran en el individuo, el niño, la niña menor de cuatro años, la madre embarazada, quedando por fuera el rol que cumple la comunidad, la familia e inclusive el propio padre, el cual queda desdibujado. La responsabilidad de la crianza se asocia fuertemente a la madre, recayendo nuevamente en el rol que se espera deba cumplir como mujer. Aquí se presenta una perspectiva diferente, que considero puede servir de insumo para futuros estudios.

Comprender las transformaciones en cuanto a las formas de intervenir en lo social, de ver la niñez, de comprender la salud e inclusive de definir al riesgo, nos para desde una perspectiva que permite no solo reconocer las transformaciones que se han dado, sino que nos lleva a pensar hasta qué punto naturalizamos lo actualmente establecido. Es imprescindible hacer el ejercicio de cuestionarnos de qué forma pueden ser modificadas para mejorar realmente la “calidad de vida” de los sujetos, de las familias y de las comunidades.

Referencias Bibliográficas

Álvarez, C y Stella, L. (2009). *Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo*. Revista Gerencia y Políticas de Salud Vol. 8, núm. 17, pp 69 – 79. Colombia, Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana.

Amarillo, N. (2010). *Aproximaciones a la perspectiva de riesgo social. Síntesis de los principales aportes teóricos y análisis de la bibliografía de Rubén Kaztman y Fernando Filgueira*. Montevideo, Uruguay, Tesis de grado, facultad de Ciencias Sociales, T.S

Antía, F. Castillo, M. Fuentes, M., y Midaglia, C. (2003). *La renovación del sistema de protección uruguayo: el desafío de superar la dualización*. Revista Uruguay de Ciencias Políticas (22). Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-499X2013000200008&script=sci_arttext.

Aries, P. (1987). *“El niño y la vida familiar en el antiguo Régimen”*. Madrid. Turus.

Barrán, J.P. (1992) *Historia de la sensibilidad en Uruguay*. Tomo 1: La cultura “bárbara”. Montevideo. Uruguay. EBO.

Beck. U. (1986). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona, España. Paidós.

Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz. La perspectiva del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona, España. Paidós. Serie Estado y Sociedad. (Primera edición 1999).

Beltrán, M., Espeldoype, C. (2017). *Un análisis de los criterios de selección de beneficiarios en el programa de acompañamiento familiar de Uruguay Crece Contigo*. XII Congreso Nacional de Trabajo Social. Transformaciones sociales, protección social y Trabajo Social.

Banco de Previsión Social. (2018) Base de prestaciones y contribuciones. Recuperado de: <http://www.bps.gub.uy/bps/valores.jsp?contentid=5478>

Casa, M., Villegas, B. (2015). *De la ENIA a la acción del Estado. El proceso de construcción de la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (ENIA): ideas, filtros institucionales y capacidades estatales en juego*. Cuadernos de Ciencias Sociales y Políticas Sociales (1) pp. 29-63.

Castel, R. (2004). *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aire, Argentina. Manantial.

Chile Crece Contigo. (2018). <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>

Clauso, A. (1993). *Análisis documental: el análisis formal*. Revista General de Información y Documentación. Vol. 3 (1) 11 – 19. Madrid, España. Complutense.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (2006) Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. 1-18. pp. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

De Armas, G. (2006). *Sociedad y políticas sociales en Uruguay desde la transición democrática al gobierno del Frente Amplio*. Salamanca, España. Universidad de Salamanca.

De Martino (2008) *Políticas sociales y ejercicio profesional en los noventa*". En: VV. AA. *La Fragmentación de lo social: Construcción Profesional y Campo Socio Jurídico en la Región*. Ediciones del CIEJ. Facultad de Ciencias Sociales - Departamento de trabajo Social. Montevideo, Uruguay.

Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.

Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia (2008) *Bases para su implementación*. Recuperado de: <http://www.anong.org.uy/docs/noticias/Documento%20ENIA%2020nov08.pdf>

Giddens, A. (1997) "*Vivir en una sociedad postradicional*". En: Beck, U.; Giddens.; Lash, S. *Modernización Reflexiva. Política, tradición y estadística en el orden social moderno*. Madrid, España. Alianza.

Gutiérrez, M. F. (2014). *El Papel del riesgo en las políticas sociales de la última década en Uruguay*. Fronteras. (8) pp.105-117.

Kaztman, R; Filgueira, F (2001) *Panorama de la infancia y la familia. Programa de Investigación, Pobreza y Exclusión Social (IPES)* Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación. Universidad Católica del Uruguay. Montevideo Uruguay.

Laurell, Asa Cristina, (1981). *La salud enfermedad como proceso social*. Revista Latinoamericana de la salud. p. 7 - 25.

Leopold, S, (2013). *“Los laberintos de la infancia”*. Discursos, representaciones y crítica. Universidad de la Republica (2014), Montevideo, Uruguay. Bibliotecaplural.

Luhmann, N. (1992) *Sociología del riesgo*. Universidad Iberoamericana Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México.

Méndez, M. (2014) *Avances y objetivos del programa “Canelones Crece Contigo”, a dos años de su implementación*. Hoy Canelones. Recuperado de: <http://hoycanelones.com.uy/web/2014/03/11/avances-y-objetivos-del-programa-canelones-crece-contigo-a-dos-anos-de-su-implementation>

Menéndez, E. (1984) *Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico*. En revista paraguaya de Sociología. N.º 61. pp. 153-170.

Midaglia, C., Antía, F., Castillo, M., Cristar, C. (2008) *Repertorio de Políticas Sociales Informe de la 1º etapa*. Montevideo. ICP-EBO.

Midaglia, C. (2009) *Las políticas Sociales del gobierno de izquierda en Uruguay. Una aproximación a sus características y resultados*. En: Consenso Progresista. Las políticas sociales de los gobiernos progresistas del cono sur. Montevideo, Uruguay. CEPES.

Midaglia, C y Castillo, M. (2010): *La oferta pública social en Uruguay 2005- 2009. Informe final del convenio con el Instituto de Ciencias Políticas FCS/UdelaR*. Montevideo: MIDES.

MIDES (2015). *Uruguay Crece Contigo*. Recuperado de: <http://www.mides.gub.uy/41937/uruguay-crece-contigo-ucc>.

MIDES - DINEM (2013) ¿Qué es el índice de carencias mínimas? Serie de documentos “Aportes a la conceptualización de la pobreza y la focalización de las políticas sociales en Uruguay”. <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/61719/1/que-es-el-indice-de-carencias-criticas.-2014.pdf>

Mitjavila, M. (1999) *El riesgo y la dimensión institucional de la modernidad*. Revista de Ciencias Sociales N.º 15, mayo 1999. p 27-35.

Mitjavila, M., y Vecinday, L. (2011). *El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social*. En: Lorente, B., Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social Iberoamericana. (pp.79-104). Buenos Aires, Argentina. Miño y Dávila.

Moreno, L. (2007) *Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica*. Salud pública de México / vol. 49. N° 1. Facultad de Medicina UNAM. México.

Normas APA. (2018) Sexta Edición. Recuperado de: <http://normasapa.net/referencias/>

Palacios, J; Castañeda, E (2009) *La primera infancia (0-6 años) y su futuro*. Montevideo, Uruguay. Santillana.

Plan Nacional de la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia. Uruguay Social Consejo Nacional de Políticas Sociales. (2016) Recuperado de: <http://www.claves.org.uy/web/wp-content/uploads/2014/08/Plan-Nacional-de-Primera-Infancia-Infancia-y-Adolescencia-2016-2010.pdf>

Presidencias, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (s/f). *Uruguay Crece Contigo*. Recuperado de: <http://crececontigo.opp.gub.uy>.

Protocolo de los equipos técnicos de UCC MIDES (2016)

Terra, J (1990) *Infancia y políticas públicas – Pobreza, desnutrición y retraso psicomotor*. Montevideo, Uruguay. Manosanta Desarrollo.

UNICEF (2012) Crecer juntos para la primera infancia. Encuentro regional de la política integral. https://www.unicef.org/ecuador/educacion_Libro_primera_infancia.pdf

UNICEF (2012) Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay. Recuperado de: http://www2.compromisoeducativo.edu.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/05/Observatorio_infancia_2012.pdf

Vecinday, L., y Ortega, E. (2011) “*Viejas y nuevas formas de gestión social en el campo de la primera infancia*”. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo.

Fuentes Documentales

CLAEH (1990) Población en riesgo social. Infancia y políticas públicas en el Uruguay. Montevideo, Uruguay. Instituto Nacional del Libro.

Ortega, E., y Vecinday, L. (2009) De las estrategias prevencionistas a la cuestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. *Fronteras*. (5) pp. 11-20.

Romero, T. (2012) *“Primera infancia en Iberoamérica: avances y desafíos en el siglo XXI”* En *“La primera infancia (0-6 años) y su futuro”*, coordinadores Jesús Palacios y Elsa Castañeda. Serie Infancia. Colección. Metas Educativas 2021. Madrid, España. Santillana.

Terra, P. (Hopenhaym, M). (1989). *La infancia en el Uruguay (1973-1984) Efectos sociales de la recesión y de las políticas de ajuste*. Montevideo, Uruguay. CLAEH-UNICEF-EBO.

Terra, J. P (1989) *Los niños pobres en el Uruguay actual: condiciones de vida, desnutrición y retraso sicomotor*. Serie investigaciones N° 59-60-61, Montevideo, Uruguay. CLAEH,

ANEXOS

PROGRAMA “URUGUAY CRECE CONTIGO”

Componente: “Acompañamiento familiar y trabajo de Cercanía”

El componente “Acompañamiento familiar y trabajo de Cercanía” está focalizado en los hogares con mujeres embarazadas y/o niños/as y niñas menores de 4 años que reúnan la doble condición de riesgo social y riesgo biológico o sanitario. Excepcionalmente se considerarán casos que presenten extremo riesgo social en ausencia de riesgo biológico.

La definición del riesgo biológico o sanitario determina el cumplimiento de las condiciones para ser población beneficiaria del componente de acompañamiento familiar y trabajo de cercanía del programa. Los criterios de ingreso son una selección de las situaciones de riesgo que el programa por sus características aborda en el componente y se propone revertir con la intervención. Aquellas situaciones que en la metodología de intervención del componente no son abordadas directamente y por lo tanto su superación o mejora no depende exclusivamente del acompañamiento, han sido excluidas como criterio de ingreso. En el caso de las situaciones de riesgo social, el acompañamiento apoyará a la familia en la tramitación de prestaciones, pero en ninguno de los casos podrá garantizar la superación definitiva de esa situación de riesgo.

Nombre/s de quien deriva:

Institución/red:

Teléfono de contacto:

Fecha:

Datos de la persona derivada
Nombre del niño/a:
CI del niño/a:
Fecha de nacimiento del niño/a:
Nombre de la madre del niño/a:
CI de la madre del niño/ a:

Nombre de la mujer embarazada:

CI de la mujer embarazada:

Edad gestacional de la mujer embarazada:

Datos para el contacto con la familia

Dirección:

Teléfono de contacto:

Barrio/localidad:

Cobertura de salud actual	Pública (especificar cuál)	Privada (especificar cuál)

(Marcar con una X, en el/los casos que correspondan)

Determinación de riesgo sanitario					
Mujer Embarazada	SI	NO	Menores de 4 años	SI	NO
Embarazo sin control			Dos o más faltas consecutivas a las citas en el primer año de vida		
Infecciones de transmisión sexual en el embarazo actual			Bajo peso (Peso para la Edad menor al Percentil 15 o menor de 1DE) (en < 2 años)		
Anemia (Hemoglobina menor a 11g/dL)			Retraso de la talla (Talla para la edad menor a Percentil 15 o < 1DE)		
Bajo peso materno			Emaciación (Peso para la talla menor a Percentil 15 o < 1DE) (en <= 2 años)		
Incremento de peso por debajo del P10			Descenso de canal percentilar en 2 controles consecutivos (por debajo de P50)		

Edad menor a 20 años		Anemia (Hemoglobina menor a 11g/dl)		
Depresión		Desarrollo infantil alterado		
Bajo peso al nacer, peso al nacer menor de 2500g (en <2 años)		Hijo de mujer que tiene como antecedente la muerte de otro u otros niños/as por causas desconocidas o accidentes domésticos		
Recién nacido prematuro Edad Gestacional menor a 37 semanas (en <1 año)		Niños/as menores de 1 año en extremo riesgo social sin riesgo biológico		
Sin controles de salud o por debajo de la pauta nacional		Infecciones congénitas: sífilis, HIV		
Recién nacido (hasta el 1er mes de vida) hijo de mujer con bajo peso		Recién nacido (hasta el 1er mes de vida) hijo de mujer con depresión durante el embarazo		
Recién nacido (hasta el 1er mes de vida) hijo de mujer con anemia		Depresión materna		
		Recién nacido (hasta el 1er mes de vida) hijo de mujer que no controló su embarazo		

Determinación de Riesgo Social (también deberá observarse el riesgo social como condición de ingreso)		
Beneficiaria/o de asignaciones familiares no contributivas o beneficiarios de las asignaciones familiares contributivas por un monto salarial menor a 5 BPC.		

Niño/a que no esté inscripto en el Registro Civil.		
Referentes adultos sin identificación civil.		
Nivel educativo alcanzado por la mujer madre del niño o niña al momento de nacer, 6 años o menor.		
Vivienda localizada en asentamiento irregular, viviendas precarias o situación de calle.		
Extremo riesgo social en ausencia de riesgo biológico		
Situación de hambre/ En los últimos 3 meses la familia relata no haber contado con los recursos suficientes para alimentarse.		

Breve descripción de la situación actual: Niña controlado de forma muy irregular, CEV incompleto. Se realizaron múltiples visitas domiciliarias con Plan Aduana dando distintas excusas por las cuales no controló. Padres poco adherentes a los tratamientos y controles

Observaciones respecto a otras condiciones de riesgo familiar (violencia, consumo de drogas, etc.):