

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

**Uruguay Crece Contigo: análisis teórico de las
prácticas de crianza**

María Victoria Ferreira De León
Tutora: Elizabeth Ortega

2018

Índice

Índice

Introducción.....	3
Breve reseña de las políticas sociales implementadas a inicios del siglo XXI en Uruguay: aspectos teórico metodológicos.....	4
Estrategia teórico- metodológica.....	11
Objetivo general y objetivos específicos.....	12
Capítulo I: Aspectos socio históricos del lugar de las prácticas de crianza.....	14
Difusión de la puericultura.....	16
Alianza entre el médico y la madre.....	18
Rol de la educación como forma legítima de saber.....	20
Lactancia, alimentación y prácticas de crianza.....	21
Capítulo II: Descripción y análisis de las prácticas de crianza a partir de los formularios aplicados en Uruguay Crece Contigo.....	26
Descripción de los formularios planteados en UCC.....	26
Operadores/as sociales en Uruguay Crece Contigo: rol atribuido por la institución.....	36
Propuesta de las prácticas de crianza: análisis desde el saber médico y desde la perspectiva de género.....	40
Reflexiones finales.....	45
Bibliografía.....	47
Lista de anexos.....	52

Introducción

Este es el documento de Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales (FCS), Universidad de la República (UdelAR).

Se enmarca en el área de estudios relacionados con el sistema de protección social y específicamente el estudio refiere a la política social dirigida a la infancia Uruguay Crece Contigo (UCC), que se implementa a partir del año 2012.

De acuerdo a Casa y Villegas (2015), la política Uruguay Crece Contigo tiene origen en la reorientación de las políticas sociales implementadas a comienzos de siglo. Se comienza a generar a partir de allí una preocupación central por las políticas sociales dirigidas a la infancia y a la adolescencia a nivel regional y principalmente a nivel nacional.

Fuentes estudiadas plantean que el siglo XXI comienza con una profunda crisis, que influye en una reorientación de las políticas públicas y principalmente de las políticas sociales, que habían sido instauradas por los gobiernos de América Latina con orientación neoliberal en la década de los 90' (Antía, Castillo, Fuentes y Midaglia, 2013).

A partir del año 2005, con el advenimiento de la izquierda en Latinoamérica y del Frente Amplio a nivel nacional, las políticas se orientaron principalmente hacia las situaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica (Casa y Villegas, 2015).

Se debate en este contexto una preocupación central con respecto a las políticas sociales dirigidas a la infancia y adolescencia en la región Latinoamericana, en donde la infantilización de la pobreza y la inequidad intergeneracional comienzan a ocupar un lugar central en toda la región y particularmente en la agenda nacional uruguaya, al reconocerse altos índices de pobreza e indigencia con respecto al resto de los países Latinoamericanos (PNUD, 1999; CEPAL, 2000; Kaztman y Filgueira en Casa y Villegas, 2015).

Casa y Villegas (2015) refieren que en el año 2008 se crea la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) en respuesta a la crisis generada a nivel nacional por

los gobiernos de orientación neoliberal y por la implementación de políticas sociales focalizadas de la década de los 90'. Dicha estrategia se construye con el objetivo de garantizar un abordaje integral sobre esta población.

En el marco de la instauración de la ENIA, a través del programa Uruguay Crece Contigo, se orientaron las acciones hacia la primera infancia como estrategia política de gobierno. Comenzó siendo gestionado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y a partir del año 2015 depende del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Con el objetivo de generar un Sistema de Protección integral dirigido a la Primera Infancia se comienza a implementar el programa UCC, que tiene como cometido la reducción de la vulnerabilidad social desde un abordaje de cercanía, mediante estrategias universales y focalizadas dirigidas hacia las mujeres embarazadas y niños y niñas de 0 a 4 años de edad. El trabajo se realiza mediante cuatro componentes: el acompañamiento familiar y el trabajo de cercanías; acciones socioeducativas, sanitarias y universales; la generación de conocimiento, y el fortalecimiento de las capacidades institucionales (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales, 2012).

En el presente estudio se pretende conocer en qué consisten las prácticas de crianza¹ que Uruguay Crece Contigo propone, mediante el análisis socio histórico del lugar que han ocupado las mismas, con respecto al rol de la mujer y la posible relación con los procesos de medicalización de la vida social.

Breve reseña de las políticas sociales implementadas a inicios del siglo XXI en Uruguay: aspectos teórico metodológicos

En Uruguay en la década de 1990, al igual que en el resto de la región, las reformas tanto sociales como económicas se orientan al mercado, implementándose políticas focalizadas dirigidas hacia los sujetos de mayor vulnerabilidad (Antía, Castillo, Fuentes y Midaglia, 2013). Sin embargo, con la primera administración del Frente Amplio en el

¹ “Las prácticas de crianza refieren a la forma en que los padres se relacionan con sus hijos y a los comportamientos específicos que adoptan para lograr determinados objetivos en su socialización; por ejemplo, ayudar a los niños a hacer los deberes, controlar las horas que miran televisión, pegarles o gritarles” (Cabella y Nathan en Cabella et al., S/I: 55).

año 2005 se produce una reorientación de las políticas públicas y sociales, comienzan a dirigirse principalmente hacia la población de mayor vulnerabilidad mediante programas de intervención social (Casa y Villegas, 2015). A pesar de esto Alegre y Filgueira (2009) plantean que las políticas se orientaron a través de un híbrido entre las políticas neoliberales y las proteccionistas (Alegre y Filgueira, 2008). En esta línea, las políticas y programas que se establecen a comienzos de siglo tendrían origen en los procesos sociales, económicos y políticos desarrollados a fines del siglo XX.

Al iniciarse el presente siglo, se produjo “(...) un empeoramiento en las condiciones de vida de niños, niñas y jóvenes” (De Armas en Casa y Villegas, 2015: 38), sumado a la pobreza infantil que ha caracterizado el contexto uruguayo. En consecuencia, aumenta el Gasto Público Social con énfasis en la infancia y adolescencia a través de nuevos dispositivos y prestaciones sociales. Diferentes investigaciones demuestran que tanto la diferencia en el gasto social entre las distintas generaciones (que se destinaba principalmente a las jubilaciones y pensiones) y por otro lado, la transmisión intergeneracional de la pobreza que se relaciona a su vez con la creciente fecundidad en los sectores más desfavorecidos, con los bajos niveles educativos y laborales, y la multiplicación de los hogares monoparentales, son los factores fundamentales que determinan el escenario uruguayo (PNUD y Rossel en Casa y Villegas, 2015).

Se plantea que varias reformas apuntaron a una nueva matriz de protección a nivel social, en este sentido se desplegaron reformas en la salud, tributarias y sociales. En la misma línea, en el año 2008 se desarrolla la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) 2010-2030, a través del Programa de Infancia, Adolescencia y Familia (Infamilia) que forma parte actualmente del Ministerio de Desarrollo Social, con motivo de generar una estrategia de abordaje que garantice la protección integral de niños/as y adolescentes. A su vez, a través de la ENIA se asumen los compromisos de Uruguay con la normativa internacional en esta área desde una perspectiva de derechos y al ser una estrategia considerada a largo plazo, rompe con la estructura tradicional de protección social de Uruguay.

El Comité de Coordinación Estratégica (CCE) conformado en el marco del Programa Integral, Adolescencia y Familia en Riesgo tuvo la iniciativa de constituir la ENIA, asumiendo que es esencial el desarrollo socioeconómico y la reducción de la pobreza,

interviniendo en la formación de la ciudadanía, principalmente a nivel educativo y en el desarrollo de niños/as de forma temprana (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Área de Políticas Territoriales, 2012). Mediante su implementación, se producen por primera vez mecanismos de evaluación de la situación de la infancia. En la creación de dicha estrategia hubo intervención de: “(...) agentes políticos de todos los partidos con representación parlamentaria, de la sociedad civil organizada, y de representantes del ámbito académico y de organizaciones internacionales” (Casa y Villegas, 2015: 39).

La construcción de la ENIA tuvo lugar mediante tres componentes: los diagnósticos técnicos, la autoridad del MIDES y el liderazgo de Infamilia y del CCE que ofició como espacio interinstitucional (Casa y Villegas, 2015).

Al desarrollarse la ENIA como estrategia implicó que se generaran diálogos entre diversas instituciones convocadas: Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituto del Niño y Adolescente en Uruguay (INAU) -oficiando como organismo superior en materia de infancia y adolescencia-, Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Dirección de Infancia, Adolescencia y Familia (Infamilia- MIDES). Se destaca la estrategia “(...) como un subproducto de alta importancia para Infamilia, en tanto plasmó de manera cabal su vocación coordinadora en una planificación de largo plazo, y siendo una construcción totalmente dirigida tanto política como técnicamente desde el equipo de Infamilia” (Casa y Villegas, 2015: 44).

La estrategia se forma:

“(...) con un criterio de focalización como ‘subsidiario al de universalidad’ [...] Se intenta asumir desde el Estado el papel de Garante de los derechos, a través de un conjunto de políticas y programas que involucran la matriz de protección social, salud, educación, vivienda y Redes de asistencia e integración social” (Cerruti, Canetti, Duarte y Parafita en Pinato y Robaina, 2015: 116).

El seguimiento y evaluación de la ENIA a partir del año 2013 se realizó mediante la Dirección Nacional de Políticas Sociales- MIDES, generando un vínculo a su vez con el Sistema Nacional de Cuidados. A partir de este momento se conformaron nuevamente

reuniones del CCE y de la Presidencia de la República. La ENIA además conformó un lugar importante en las bases del período de gobierno Frenteamplista 2015-2020.

Desde el Estado se tienden acciones dirigidas al cuidado de mujeres embarazadas y de niños y niñas desde su nacimiento así como también hacia el núcleo familiar, mediante el “(...) apoyo a las familias, de cuidados tempranos, de protección social, de salud, de educación inicial” (Cerruti, Canetti, Duarte y Parafita en Pinato y Robaina, 2015: 116). Se reconoce en este sentido, por parte de Pinato y Robaina (2015) el rol del gobierno como sostén integral de la infancia.

De este modo, la ENIA se elabora como estrategia de abordaje, pretendiendo responder de manera integral a las problemáticas en relación a la infancia y adolescencia mediante una intervención específica. En el marco de la instauración de la ENIA, a través del programa Uruguay Crece Contigo, se reorientaron las acciones hacia la primera infancia como estrategia política de gobierno.

De acuerdo a los documentos estudiados, el programa Uruguay Crece Contigo tiene sus bases en el posterior desarrollo de Chile Crece Contigo, primera experiencia en la región Latinoamericana del programa que se lleva adelante en Chile desde el año 2007, modelo que se replicó por primera vez en Uruguay en el departamento de Canelones en el mismo año. Según los documentos institucionales el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo es gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social. Tiene como cometido optimizar el desarrollo integral de niños y niñas desde su gestación hasta el ingreso en el sistema educativo (¿Qué es Chile Crece Contigo?, 2015).

En Canelones el programa fue implementado y gestionado por la intendencia del departamento. Se propuso cooperar en la evolución del crecimiento de niños y niñas y sus familias. Específicamente mujeres embarazadas y niños/as menores de 4 años de edad considerados en situación de mayor vulnerabilidad. Por otro lado, los equipos de trabajo se conformaron por profesionales del área de la salud y del área social (Hoy Canelones, 2014).

En los documentos estudiados se plantea que Uruguay Crece Contigo se transformó en una política a nivel nacional con acciones tanto universales como focalizadas. Comienza

a funcionar dependiendo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y de Rentas Generales a partir del 30 de mayo del año 2012. Según las autoridades, el programa Uruguay Crece Contigo busca generar impactos positivos en las familias de mayor vulnerabilidad, para esto se pretenden fortalecer las prácticas de crianza, apuntando a mejorar las condiciones tanto de salud como de nutrición, a través del control de las madres embarazadas, con el objetivo de reducir la sífilis, la anemia, el bajo peso al nacer, el retraso de la talla de niños y niñas y la mejoría de su desarrollo. Se promueven en este sentido: el cuidado y hábitos saludables de la mujer embarazada, al igual que competencias parentales y prácticas de crianza (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Área de Políticas Territoriales, 2012).

El diseño y la ejecución del programa son interinstitucionales y de carácter intersectorial, asegurando la articulación gubernamental y el sustento de las acciones a implementar. Así mismo se destaca, que tanto la perspectiva de género como la de generaciones y la étnico- racial se contemplarán en el accionar de la política.

Las familias que conforman el programa son seleccionadas mediante distintas vías: la base de datos del Ministerio de Desarrollo Social y del Certificado de Nacido Vivo, así como también derivados de instituciones que operan en el territorio (ASSE e instituciones públicas y/o sociedad civil) (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales, 2012).

Hay dos puertas de entrada a UCC, por un lado, el índice de carencias críticas (menor a 0,75), bajo peso al nacer y prematurez, y por otro, el riesgo sanitario y el screening² social (Taller internacional de Encuestas y Evaluación de Impacto de Políticas Públicas, 2013).

Uruguay Crece Contigo consta de cuatro componentes: el acompañamiento familiar y el trabajo de cercanías; acciones socioeducativas, sanitarias y universales; la generación de conocimiento, y el fortalecimiento de las capacidades institucionales (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales, 2012).

² “Designa la forma abreviada en que pueden tomarse algunos tests” (Cazau en Glosario Psicología/ Término, 2018).

Mediante el primer componente, se trabaja en el fortalecimiento de las capacidades de las familias más vulnerables con respecto a las “buenas” prácticas de crianza, en relación a la salud, nutrición y desarrollo infantil.

De acuerdo al protocolo de riesgo social y biológico, se seleccionan las familias y se asignan Operadores de Cercanías mediante duplas compuestas por el área de la salud y el área social (Presidencia, 2013). Las intervenciones de cercanía pueden variar entre 4 y 6 meses y aquellas más “intensivas” se proponen por un mínimo de 9 meses (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales, 2013).

En el año 2013 se implementó un “Set de bienvenida” con el objetivo de transmitir información sobre las prácticas de crianza (mediante materiales didácticos) a todo niño o niña recién nacido/a que deben de tener sus padres o cuidadores. A su vez se define la calidad en la atención tanto en el embarazo como en los primeros años de vida del niño o la niña.

Haciendo alusión al segundo componente, se dispone la realización de campañas de sensibilización masivas acerca de los cuidados a la primera infancia y de las mujeres embarazadas sobre hábitos saludables, al igual que correctas competencias parentales y de buenas prácticas de crianza. En este sentido, se le otorga un set con el objetivo de brindar apoyo a la crianza de niños y niñas.

A través de la generación de conocimiento se plantea que se realicen evaluaciones a nivel nacional para dar cuenta del estado nutricional, desarrollo motriz y la crianza; así como también crear un sistema de información sobre la primera infancia. Durante el año 2013 se realiza una encuesta a nivel nacional sobre salud, nutrición y desarrollo infantil, la evaluación del programa de forma externa, la publicidad de alimentos destinada a niños y niñas, y el estudio de intervenciones en el área de trabajo del programa a nivel internacional.

Por último, mediante el fortalecimiento de las capacidades institucionales, se pretende el desarrollo del equipamiento para una mejor atención y además generar apoyo en el funcionamiento del Sistema Nacional de Cuidados respecto a la atención de la primera infancia.

En el año 2015, UCC pasa a depender del Ministerio de Desarrollo Social. El objetivo general del programa es la consolidación de un sistema de protección integral a la primera infancia (menores de 4 años de edad), mediante una política pública que logre garantizar los cuidados de las mujeres embarazadas y a su vez el desarrollo integral de niños/as desde un enfoque de derechos, de género y generaciones (MIDES, 2015). Para comenzar a realizar un proceso de acompañamiento en la política, las familias deben de tener tanto riesgo social como riesgo biológico o sanitario. A su vez, se considerarán de forma excepcional aquellas situaciones con riesgo social extremo (PROGRAMA “URUGUAY CRECE CONTIGO” Componente: “Acompañamiento familiar y trabajo de Cercanía” -Anexo 8-).

Los objetivos específicos establecidos son la reducción de aquellos factores considerados de riesgo socio-sanitario a través de la promoción de prácticas de crianza, tales como: lactancia materna, alimentación, prevención de enfermedades, entre otras. Por otro lado, la mejoría en el desarrollo infantil mediante acciones educativas (mejor calidad de vida de las familias y mayor acercamiento y calidad de los recursos). Así como también, el fortalecimiento de instituciones y redes a nivel territorial, y el desarrollo de conocimientos que contribuyan con las políticas sociales dirigidas a la primera infancia (MIDES, 2015).

Es posible observar en todos los documentos estudiados que se coloca un especial énfasis en las prácticas de crianza. Por lo tanto, se plantea como objeto de estudio: las nuevas prácticas de crianza propuestas por Uruguay Crece Contigo como un componente presente en los nuevos formatos de abordaje de la pobreza en Uruguay, que podrían estar relacionadas con el proceso de medicalización de la vida social.

Estrategia teórico- metodológica:

El enfoque que se utilizará para llevar a cabo este estudio será de índole cualitativo y exploratorio. Se realizará análisis de discurso.

El enfoque exploratorio hace referencia al estudio de:

“(…) campos poco conocidos donde el problema, que sólo se vislumbra, necesita ser aclarado y delimitado. Esto último constituye precisamente el objetivo de una investigación de tipo exploratorio. Las investigaciones exploratorias suelen incluir amplias revisiones de literatura y consultas con especialistas” (Jiménez, 1998: 12).

En este caso se pretenden analizar las prácticas de crianza planteadas por Uruguay Crece Contigo a partir del estudio de los formularios que se emplean, de los documentos referidos a la política y de la revisión bibliográfica.

El análisis de discurso por su parte, es definido como “(…) integrador de las pluralidad de desarrollos teóricos y metodológicos, existentes dentro y fuera de las ciencias sociales, aprovechables en la investigación social” (Valles, 2007: 370). Mediante este análisis, se considera la interpretación del dato como fundamental (Haidar en Urrea, Muñoz y Peña, 2013).

Las fuentes de datos son los documentos de UCC durante la gestión de OPP y de MIDES, en este sentido, se enfatizó en la revisión documental de las prácticas de crianza, así como también en los protocolos, decretos, ficha de derivación, los documentos institucionales de las propuestas, evaluaciones realizadas, resoluciones institucionales, documentos de prensa y en presentaciones realizadas sobre la política. A partir de estos documentos se recabaron aspectos tales como: la población de trabajo, objetivos y componentes de la política, la forma de selección de las familias, al igual que los antecedentes de UCC. Es importante destacar que la mayoría del material encontrado refiere a la política bajo la gestión de OPP.

La ficha de derivación de UCC (PROGRAMA “URUGUAY CRECE CONTIGO” Componente: “Acompañamiento familiar y trabajo de Cercanía”³-Anexo 8-), también será utilizada como fuente de análisis considerando los criterios de ingreso a la política.

³ Se obtuvo de una de las fuentes consultadas.

A su vez, se considerará la entrevista realizada a Medeiros, obtenida de un documento de prensa en el diario Hoy Canelones del año 2014, desde donde se tendrá en cuenta el rol de los/as técnicos/as de UCC a partir de su relato.

Como fuente fundamental se utilizarán los formularios⁴ que se emplean en las intervenciones por los equipos de trabajo de UCC. Estos formularios se adjuntan como anexo 1 al 7. Mediante los mismos se pretende profundizar en el análisis de las prácticas de crianza planteadas por la política.

Los formularios que se implementan son: el módulo de mujer embarazada de línea de base (al comienzo de la intervención) y el de cierre de acompañamiento a la mujer embarazada e ingreso del recién nacido. A su vez se aplica el formulario de ingreso del recién nacido, así como también el módulo niño/a y el formulario de línea final de niños y niñas. Además se utiliza el formulario sobre módulo hogar- referente y el de línea final de hogar.

El objetivo general del presente estudio es:

Analizar las nuevas prácticas de crianza planteadas por el programa Uruguay Crece Contigo a partir de la posible relación con el proceso de medicalización de la vida social.

Objetivos específicos:

- Describir las prácticas de crianza tal cual son planteadas por el programa Uruguay Crece Contigo.
- Revisar las prácticas socio históricas como antecedentes de las prácticas de crianza de UCC.
- Analizar las prácticas atribuidas a los/as operadores/as sociales desde la política mediante fuentes secundarias.
- Analizar los formularios que se aplican en la política considerando la perspectiva de género.

⁴ No son documentos accesibles públicamente. Se obtuvieron por una de las fuentes consultadas.

El estudio se estructurará de la siguiente forma, en el primer capítulo se planteará un breve recorrido histórico del lugar que han ocupado las prácticas de crianza en la infancia, considerando los aspectos conceptuales planteados por Vigarello, Donzelot y Boltanski, visualizando como se fue forjando el saber médico, la difusión de las prácticas de crianza y haciendo referencia a los distintos actores que cumplieron un rol fundamental en la aplicación de las mismas, para luego poder analizarlas con respecto a la implementación de las prácticas de crianza de UCC.

En el segundo capítulo se pretende abordar a través de la descripción de los formularios utilizados en UCC, el rol que se les asigna a los equipos de técnicos/as desde la política, al igual que el desarrollo de las prácticas de crianza en relación al saber médico y el rol que la mujer ocupa de acuerdo al planteamiento de dichos documentos.

Capítulo I

Aspectos socio históricos del lugar de las prácticas de crianza

Se realizará un breve recorrido histórico del lugar que han ocupado las prácticas de crianza en la infancia, considerando los aspectos conceptuales desarrollados fundamentalmente por Vigarello, Donzelot y Boltanski, de las profesiones que fueron convocadas a participar en el proceso y las prácticas recomendadas propiamente dichas, visualizando en este sentido cómo se han caracterizado, para luego analizar las mismas de acuerdo a la implementación de las prácticas de crianza propuestas en Uruguay Crece Contigo.

Se describe a grandes rasgos de qué forma el poder médico se afianza hacia el siglo XIX a partir del énfasis en los cuidados de niños y niñas y de la mujer como madre, principalmente de los sectores de mayor vulnerabilidad, asumiendo la visitadora social un rol fundamental en esta función. En este contexto surge la difusión de la puericultura con motivo de regular la vida de los sujetos pertenecientes a las clases más bajas a nivel societal, con respecto a la alimentación, a controles de salud, a la educación y en los cuidados, forjándose una estrecha relación de alianza entre la madre y el médico.

A modo introductorio, es relevante mencionar lo expuesto por Donzelot (1998):

“Desde el último tercio del siglo XVIII y finales del XIX, los médicos han confeccionado, para uso de las familias burguesas, una serie de obras sobre la crianza, la educación y la medicación de los niños. Tras los clásicos del S. XVIII, [...] aparecen toda una serie de publicaciones sobre el arte de criar los niños de primera edad, así como guías y diccionarios de higiene para uso de las familias. Los tratados médicos del siglo XVIII exponían simultáneamente una doctrina médica y consejos educativos. En el siglo XIX, los textos médicos dirigidos a las familias cambian de tono y se limitan a consejos imperativos” (Donzelot, 1998: 20).

De forma de comenzar con el breve recorrido histórico del lugar que han ocupado las prácticas de crianza, Vigarello (1995) refiere que en el siglo XVIII se había dado un notable aumento del prestigio del médico, saber que cada vez se conocía más, sobre el cual se reclamaba una mayor presencia de su figura. Se produce en esta circunstancia un control de los comportamientos que realiza el individuo, de esta manera, prolifera la prevención de enfermedades que probablemente pueden contraer en determinados

contextos, así como también un cuidado más minucioso de la higiene personal mediante el saber médico (Vigarello, 1995).

Continuando con lo anterior, la figura del médico fue adquiriendo cada vez más poder a nivel social, al igual que la prevención en salud fue tomando un papel fundamental durante el siglo XIX.

En su estudio, Vigarello (1995) alude que el Estado es concebido como autoridad de los comportamientos de los sujetos, se construye una moral del deber ser individual a través de leyes que van en contra de los comportamientos concebidos como degenerativos. En esta línea “(...) surgen esas innumerables empresas pedagógicas, características del siglo XIX, esa voluntad de transformar los comportamientos a través de las Luces, esa insistencia en la moralización y en el saber (...)” (Vigarello, 1995: 183). En este sentido, se llevan adelante cada vez más enseñanzas y advertencias acerca de la higiene.

El nombre que asumió la medicina preventiva en el siglo XIX y parte del 900 fue la “higiene” que pretendía la medicalización de la sociedad. Tanto “(...) el embarazo, el parto y la menopausia de la mujer, se volvieron objetos de cuidados (...)” (Barrán, 1995: 227). Con el objetivo de la prevención de enfermedades se controla a los sujetos a través del saber médico, las personas “sanas” quedan sujetas a este poder.

De acuerdo a Acosta (1998), desde el higienismo se define que el “(...) pensamiento científico- natural se corporativiza en la institución médica [...] desde donde será difundido como una forma “infra-estructural” de poder estatal (...)” (Acosta, 1998: 11); el autor en su estudio plantea que se interviene sobre la “cuestión social” mediante la “racionalidad técnica” que define al higienismo. Acosta (1998) considerando los aportes de Barrán, sostiene que el médico comienza a ocupar el lugar que antes tenía el sacerdote al posicionarse desde un rol de poder con respecto a los individuos.

En este contexto surgen otras profesiones que se ocupan de la llegada de las indicaciones médicas a la familia. Una de esas profesiones es la del Servicio Social que surge a mediados de la década del 30`. La Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social comienza a funcionar en el año 1936 encargándose de la formación de las visitadoras de higiene, de este modo, “(...) la visitadora social emerge en las organizaciones institucionales de la Asistencia Pública como agente subordinado al médico (...)”

(Acosta, 1998: 21) con el rol de la vigilancia de las pautas higiénicas prescriptas por dicha autoridad. El hospital por lo tanto, amplía sus funciones al ser un lugar de enseñanza educativa. Las materias que se dictaban eran: “(...) anatomía, fisiología, patología general, higiene general, enfermedades transmisibles, higiene social, higiene escolar, maternología, puericultura, tuberculosis y práctica médica” (Acosta, 1998: 21). En esta línea, se percibe que el rol de la visitadora social en sus orígenes estaba permeado por el saber médico.

Difusión de la puericultura

Boltanski (1974) plantea que:

“El cuidado de los pequeños ha requerido siempre que las madres pusieran en práctica un cierto número de habilidades específicas. Pero no es hasta alrededor de 1890 cuando la “puericultura”, al mismo tiempo que encuentra un nombre, se constituye como un saber autónomo y se organiza en torno a algunos principios fundamentales para formar un cuerpo coherente de conocimientos teóricos y de reglas prácticas” (Boltanski, 1974: 7).

La puericultura pretendió controlar la vida de los individuos de las clases populares de forma minuciosa en el ámbito doméstico. Mediante su difusión se prescribían determinadas normas y concepciones dirigidas a las familias partiendo de que el cuidado se traduce en habilidades concretas, “(...) existe una, y nada más que una, manera legítima, conforme a la ley dictada por el cuerpo médico, de cumplir con los cuidados que exige la educación de un bebé” (Boltanski, 1974: 14). De este modo, se impone el saber sanitario sobre el accionar de la familia.

El rol de la Visitadora Social en este contexto asume una función fundamental, principalmente en relación al niño/a y a las madres. Entre sus funciones se destacan: la elaboración de fichas de forma organizada, el control de la higiene e indicaciones médicas, las prescripciones sobre higiene, puericultura y alimentación (Acosta, 1998).

De acuerdo a Boltanski (1974) los individuos pertenecientes a las clases de mayor vulnerabilidad son los que reciben principalmente la difusión de la puericultura, menciona en este aspecto, que las visitas domiciliarias por parte de asistentes sociales se dirigen mayormente hacia estas familias.

“Las reglas de la puericultura son impuestas a los miembros de las clases populares desde el exterior por los especialistas de los organismos sanitarios, médicos, puericultores, asistentes sociales, que son las instancias legítimas de difusión y entran en competencia con las normas más antiguas que preserva y propaga esa instancia ilegítima que constituye el medio familiar y social que a su vez tiene sus especialistas y sus sabios” (Boltanski, 1974: 72).

Boltanski (1974) en su estudio plantea que tanto los médicos como las personas de clases altas tienen el mismo estatus social, condición que avala que el “buen entendimiento” y comunicación con el paciente, que se dificulta con los miembros de las clases inferiores. La prevención en salud tuvo un lugar primordial en la vida de las personas, quienes asiduamente recibían visitas médicas, su extensión dependía de la clase social a la cual pertenecía el paciente (Boltanski, 1974). Sumado a esto, se prescribía que las mujeres que conformaban las clases populares tenían que ser tanto educadas como civilizadas.

El autor concibe que todas las reglas e indicaciones son creadas por miembros de las clases altas, de este modo refiere que son “(...) únicas creadoras de categorías de pensamiento y de reglas de acción, a las clases populares” (Boltanski, 1974: 84). Además, Boltanski (1974) sostiene que el poder médico es tal que no solo acapara la intervención sobre la enfermedad, sino que también lo hace en el ámbito de la salud y en el cotidiano de la vida de los sujetos.

En relación a la infancia el autor concibe que su vida es “(...) regulada cuidadosamente según las circunstancias y las opciones de los padres” (Boltanski, 1974: 120). Mediante las prescripciones médicas afirma el autor que se genera un estereotipo del niño/a:

“Diciendo lo que hay que hacer del niño, o cómo hay que actuar sobre el niño, dando <<el modo de empleo del niño>>, las normas de puericultura dicen también que cosa es el niño y proporcionan por lo tanto las categorías a través de las cuales el niño será comprendido y constituido como niño de un tipo determinado perteneciente a un grupo de edad dotado de caracteres genéricos claramente definidos” (Boltanski, 1974: 131).

En el caso uruguayo se plantea que el Código del Niño reguló el tratamiento de la infancia durante todo el S.XX, en donde se le dio especial relevancia a las prácticas de puericultura. En la “Nota y exposición de motivos del proyecto de noviembre de 1933” se expone que el Consejo del Niño se encarga de las problemáticas de la infancia antes de su gestación y en su desarrollo, así como también en su bienestar en relación a la

higiene, educación, servicio social, entre otros. Desde el consejo la preocupación por el bienestar del niño/a se origina a partir de su gestación mediante la puericultura, con el objetivo de que el embarazo sea “normal”. A través de la puericultura prenatal se atienden todos los problemas que surjan durante el embarazo mediante el médico.

Se expone en el Proyecto de 1933 que el niño o niña debe de ser protegido/a de 0 a 3 años de edad, los problemas relacionados con la higiene en la infancia tendrán una preocupación central para el Consejo a través del control y la vigilancia; a través de la Sección Higiene se difundirán las prescripciones médicas. Se destaca en el documento la importancia del cuidado médico del niño/a y de la madre, así como también la difusión de la puericultura durante el embarazo; con el objetivo de hacer un “correcto” seguimiento del niño o niña se creó desde el Consejo un archivo- fichero, que se conformará por una ficha- guía y la ficha médico- social, donde estarán contenidos los aspectos de la vida de los mismos.

Barrán (1993) refiere que a través de las distintas prescripciones (lactancia materna, crecimiento de forma “normal” de niños y niñas, entre otras) que se difunden desde el saber médico se genera un “(...) adoctrinamiento de las madres ignorantes de la “puericultura popular” (Barrán, 1993: 177). En este sentido, en el Proyecto de 1933 se plantea que se concibe a la mujer como sujeto de cuidado, por el rol que la misma cumple con respecto al hombre, por su sensibilidad y capacidad de comprensión.

Alianza entre el médico y la madre

Donzelot (1998) sostiene que se produce una alianza imprescindible entre la madre y el médico con motivo de implementar las prácticas de crianza. Identifica dos alianzas que se diferencian entre las familias burguesas y las familias obreras, mientras que en las primeras se vigila a los domésticos, fortaleciéndose el rol de la mujer por la relación establecida con el médico, en las segundas se distingue la vigilancia mutua entre los integrantes de la familia como forma de evitar los “malos hábitos”. En este caso el rol protector del hogar es asumido por la mujer.

De acuerdo con lo anterior, el médico de familia crea una alianza junto a la madre, se genera por esta razón un rol complementario entre el saber médico y la encargada de implementar las prescripciones médicas. Fonssagrives (en Donzelot 1998) sostiene que se le debe de enseñar a la mujer las indicaciones de enfermería para que pueda incorporar en su hogar. Sumado a lo anterior, afirma que esta alianza que se crea entre el médico y la madre dispone que se controle mediante de la vigilancia y que ya no sea como forma de protección.

En lo que respecta a la nueva figura de la madre perteneciente a las clases altas, Donzelot (1998) expresa que adquiere poder dentro del ámbito doméstico mediante la alianza conformada con el médico. Su rol se encuentra determinado por la vigilancia hacia los domésticos, al igual que el control de la higiene, de la prevención y del tratamiento de enfermedades de niños y niñas. El nuevo rol de la madre dirige a:

“(…) liberar al niño de las tensiones, de todo lo que impide la libertad de sus movimientos, ejercicio de su cuerpo y facilitar el desarrollo de sus fuerzas, protegerle de los contactos que podrían herirle (peligro físico) o depravarle (peligros morales, historias de aparecidos con implicaciones sexuales) (...)” (Donzelot, 1998: 22)

En lo que refiere a las clases populares, se menciona en el estudio una clara diferencia entre los sexos, mientras que las mujeres tienen que adquirir habilidades para desarrollar dentro del hogar, el hombre debe de proveer económicamente y a su vez éste es vigilado por la mujer. De este modo, se alude que en la segunda mitad del siglo XIX las estrategias dirigidas hacia la familia recaían sobre la mujer. Se generaron además espacios de guardias para los niños y niñas de los obreros. Se los apoyó principalmente mediante el acceso a una vivienda social, en donde la mujer debía de encargarse que tanto su marido como sus hijos/as permanezcan allí.

Considerando lo anteriormente referido, se concibe que los niños/as de las familias burguesas son controlados de forma sutil, mediante la medicina se determina el desarrollo de la infancia, permeado a su vez por aportes psicopedagógicos. En cambio, los niños y niñas pertenecientes a familias populares tendrán una “libertad” controlada, generando que habiten lugares de vigilancia: el hogar y la escuela (Donzelot, 1998).

De forma comparativa, se distinguen los roles que cumplen las mujeres al pertenecer a distintas clases sociales, mientras que las mujeres de clases altas tienen la posibilidad de

tener domésticos, las mujeres de las clases populares no, por esto Donzelot (1998) sostiene que se crean distintas alianzas entre las familias ricas y pobres. Al ejercerse mayor control médico sobre la crianza de los niños/as, nacen sociedades protectoras dirigidas a la infancia con motivo de “(...) inspección médica de los niños entregados por sus padres a una nodriza, pero también perfeccionar los sistemas de educación, los métodos de higiene y de vigilancia de los niños de las clases pobres” (Donzelot, 1998: 32).

En este sentido, los hijos/as de las madres que crían solas a sus hijos, fueron apoyados y vigilados a la misma vez, respondiendo a las sugerencias de un inspector de prefectura.

En los últimos años del siglo XVIII surgen:

“(...) una multitud de asociaciones filantrópicas y religiosas se propusieron como objetivo ayudar a las clases pobres, moralizar sus comportamientos, facilitar la educación, haciendo converger sus esfuerzos hacia una restauración de la vida familiar, principal fórmula y la más económica de asistencia mutua” (Donzelot, 1998: 34).

El autor sostiene entonces, que la nueva figura de la madre dentro del hogar corresponde a un rol protector y de educadora, rol que no puede prescribir el hombre. Se produce entonces una educación compartida entre la familia y la escuela, en donde “(...) los padres preparan al niño a aceptar la disciplina escolar y velan por las buenas condiciones de la educación pública (...)” a través de mayor vigilancia, supresión de los castigos físicos y prevención de daños (“liberación física” y “protección moral”) (Donzelot, 1998: 24).

Rol de la educación como forma legítima de saber

La educación tuvo un papel fundamental en la difusión de la puericultura, hacia fines del siglo XIX medió a través de la enseñanza de un saber racionalizado en tareas domésticas, en costura, en la cocina, así como también en la higiene, medicación, entre otras, conformaban parte de la curricula escolar dirigidas a las niñas. Se profundiza dicha enseñanza al educarse espíritu y corazón de acuerdo a lo expresado por Boltanski (1974).

En la línea de lo anteriormente referido, la higiene y puericultura se presentan como saberes que debe de incorporar la mujer. La escuela en este aspecto representó la disciplina, moralización y difusión sanitaria. Predominaba la lógica de facilitar el acceso de mujeres al espacio educativo en carreras dirigidas al ámbito doméstico. Solamente a las jóvenes, viudas y en pocos casos a las mujeres casadas se les promoverá el acceso al mercado laboral (Boltanski, 1974).

Es así que el conocimiento de la familia se suplanta por dos saberes que se encuentran legitimados socialmente: el saber educativo y el saber médico. De este modo, el autor alude que se reemplazan “(...) <<maneras de actuar habituales>> por <<maneras de actuar obligatorias>> (...)” dichos saberes “(...) poseen una <<supremacía moral y material>>” (Boltanski, 1974: 15). La continuidad educativa genera que las prácticas de puericultura se adquieran como saber legitimado, estableciéndose la medicina como saber primordial. Tanto la escuela como la medicina tienen un objetivo civilizador (Boltanski, 1974).

La enseñanza de la escuela se encuentra dirigida principalmente hacia a los sectores populares, hacia campesinos y obreros. De esta manera, según Boltanski (1974) se coloniza a los individuos mediante la culturalización. “Se trata de encerrar la vida de las clases populares en torno al hogar y la célula familiar” (Boltanski, 1974: 23), el autor sostiene que los individuos pertenecientes a dichas clases “(...) son menos estrictos que los de las clases medias en la educación de sus hijos, en todo lo que respecta al régimen alimenticio y al aprendizaje de la limpieza” (Boltanski, 1974: 134 y 135).

Lactancia, alimentación y prácticas de crianza

La alimentación se orientó al igual que otras prácticas de crianza mediante la difusión de la puericultura. De esta forma, en las indicaciones con respecto a la alimentación prevalece la importancia del consumo de aquellos alimentos naturales, por lo que se aconseja la “lactancia materna”, siendo la leche en polvo categorizada como “menos natural” (Boltanski, 1974). Además, plantea las diferencias que se producen en las conductas de niños/as al consumir distintos tipos de leche, de igual modo refiere a las indicaciones realizadas acerca de la forma “correcta” de higienizar el biberón.

“Las reglas de higiene pasteuriana y la que exige la reglamentación de las horas de amamantamiento no han salido del mismo conjunto teórico y no han hecho su aparición exactamente en la misma fecha [...] fueron difundidas conjuntamente por los reformadores de la generación de 1900 con las demás reglas -las que exigen que el niño sea pesado a intervalos regulares y su peso anotado en una <<curva de pesos>> [...] que tienen en común el exigir de las madres una actitud de previsión, una actitud racional ante el tiempo, y, en cierta forma, la adopción de una actitud ascética. (...) una moral austera y técnicas científicamente justificadas propias para acoger esa moral” (Boltanski, 1974: 118).

En su estudio, el autor sostiene que el carácter moralista se hace mucho más visible al ser las prácticas difundidas “(...) por no médicos, institutrices o mujeres filántropos, en las que la valoración ascética de la reglamentación de las horas de las comidas llega casi a sumergir por completo su función propiamente médica” (Boltanski, 1974: 120).

Las orientaciones muchas veces se prescribían de forma contradictoria, porque se establecía que debían de amamantar al niño o niña cada vez que lo necesitara y a su vez, regular dicha práctica.

“A falta de una teoría capaz de unificar las normas, a la frecuente falta de principios bien definidos en los que basar las reglas prácticas, la autoridad de las reglas de puericultura, que nunca es <<racional>>, solo puede ser <<tradicional>> o <<carismática>>” (Boltanski 1974: 35).

De esta forma, en su estudio Boltanski (1974) manifiesta que se desarrollan pautas que no están fundamentadas en un saber médico precisamente sino que las reconoce como “sobrevaloradas y cargadas de intensiones morales”, tales como “(...) <<que no se acunen a los niños>> o que <<se les deje espabilarse>> sin cogerlos en brazos (...)” (Boltanski, 1974: 119), sumado a esto, a fines de 1800 y principios de 1900 sin argumentación validada por el saber médico, se ordena con respecto a una “correcta” forma de establecer horarios con respecto a la ingesta de las comidas.

De acuerdo a lo anterior, se instruyen a las familias obreras en determinadas prácticas de higiene dirigidas a la infancia con respecto a formas de alimentación y en la mayoría de sus comportamientos (Donzelot, 1998). Plantea Boltanski (1974) en este sentido, que al darle alimentos “(...) a los bebés, las mujeres de las clases populares se acercan a las reglas impuestas y difundidas por los médicos de 1900” (Boltanski, 1974: 67).

Por otra parte, desde el saber médico se concibe que los miembros de las clases populares poseen menor nivel educativo, que genera dificultad en la comunicación acerca de la prescripción médica, por lo que se determina que estas indicaciones se transmiten muchas veces en forma de orden sin fundamentos (Boltanski, 1974).

De este modo, el autor refiere que:

“(…) el médico actúa como si la madre estuviera iniciada en la lógica de la higiene pausteriana, por ejemplo cuando le pide que haga hervir el biberón antes de cada comida. Cuando, por casualidad, el médico encuentra y percibe resistencia por parte de la madre, nunca intenta convencerla explicitando el principio de eficacia del remedio prescrito o la regla dictada, sino anunciando sanciones que se desprenderán automáticamente de la desobediencia (…)”

(Boltanski, 1974: 75)

Al indicarse órdenes sin argumentación, se produce la “adhesión ciega a reglas” por parte de los individuos pertenecientes a las clases más bajas. Sin embargo las indicaciones médicas a los miembros de las clases altas cambian, recibiendo otro tipo de explicación, que dejan de ser órdenes y se prescriben con una argumentación “válida” (Boltanski, 1974).

Es relevante destacar lo referido por Boltanski (1974) considerando a Durkheim, quien concibe que las conductas de los individuos se encuentran permeadas por las “reglas de higiene”, reglas de carácter moralista que tienen lugar como “sistema de reglas de conductas”. De acuerdo con esto, las reglas de higiene según el autor definen la conducta del individuo.

A modo de cierre, los autores destacan aspectos tales como: la importancia de los cuidados en la infancia mediante una correcta implementación de las prácticas de crianza, las características de las mismas, el rol del médico y de la visitadora social, así como también el rol de la mujer y su relación estrecha con el médico, los aspectos médicos en general, al igual que los aspectos morales. Se enfatiza además en el rol de la educación y en el sesgo de género con respecto a los cuidados e implementación de las prácticas de crianza. A su vez se hace referencia que la mayoría de estas prácticas se dirigen hacia aquellos sectores de mayor vulnerabilidad.

A modo de análisis, volviendo a la política Uruguay Crece Contigo, se podría afirmar que las prácticas de crianza conforman un aspecto fundamental en la intervención. Específicamente dentro de los objetivos establecidos para la política se destacan la reducción de aquellos factores considerados de riesgo socio-sanitario a través de la promoción de prácticas de crianza tales como: lactancia materna, alimentación, prevención de enfermedades, entre otras. Por otro lado, la mejoría en el desarrollo infantil mediante acciones educativas, con respecto a una mejor calidad de vida de las familias y a un mayor acercamiento y calidad de los recursos (MIDES, 2015).

A su vez, es importante aludir a uno de los componentes de la política: el acompañamiento familiar y el trabajo de cercanías, en donde se aborda el fortalecimiento de las capacidades de las familias más vulnerables con respecto a las “buenas” prácticas de crianza, en relación a la salud, a la nutrición y al desarrollo infantil (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales, 2012).

Sumado a lo anterior, desde UCC se destacan como resultados esperados para la política: la disminución de la mortalidad infantil e inseguridad alimentaria, mejorar la accesibilidad al Sistema de Protección Social, mejorar los controles de embarazo (principalmente en el primer trimestre), asimismo la reducción de la prematurez, del bajo peso al nacer, de la anemia y de la sífilis, y mejora en el desarrollo infantil (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales, 2012).

De este modo, se podría decir que preferentemente el eje general de las intervenciones desempeñadas por los equipos de técnicos/as de UCC se mantiene a lo largo del tiempo de acuerdo al análisis socio histórico realizado. Las prácticas de crianza han sido históricamente un elemento muy importante, se podría referir que han generado que se reproduzcan ciertos estereotipos de sociedad.

Teniendo en cuenta el rol que cumplía la visitadora social, entre sus funciones se destacaban: la elaboración de fichas de forma organizada, el control de la higiene e indicaciones médicas, de puericultura y de alimentación. Muchas de estas prácticas son llevadas a cabo mediante las duplas de operadores/as en el funcionamiento de Uruguay Crece Contigo, que se analizarán con posterioridad a la descripción de los formularios.

A modo de cierre, se podría observar un posible control de la maternidad y de la infancia en contextos de pobreza, mediante saberes del campo de lo social y de la salud. La relación tan estrecha entre estos ámbitos se genera a partir de las prescripciones del saber médico acerca de la higiene preventiva, que se difunden por el área social, mediante prácticas destinadas a la familia y principalmente a las mujeres como madres. En este sentido, los saberes del campo de lo social y de la medicina se siguen implementando en la actualidad, en este caso a través de la política Uruguay Crece Contigo (Vecinday y Ortega, 2011).

Capítulo II

Descripción y análisis de las prácticas de crianza a partir de los formularios aplicados en Uruguay Crece Contigo

En este capítulo se pretende describir los formularios aplicados en las intervenciones en UCC, para luego poder analizar el rol atribuido a los/as operadores/as desde la política. A su vez se pretende estudiar las prácticas de crianza y su posible relación con los procesos de medicalización de la vida social; así como también la aplicación de estas prácticas con respecto a la perspectiva de género.

Descripción de los formularios planteados en UCC

Actualmente, en Uruguay Crece Contigo se utilizan distintos formularios dirigidos a la intervención de las familias, éstos son: el módulo de mujer embarazada de línea de base y el de cierre de acompañamiento a la mujer embarazada e ingreso del recién nacido. A su vez se aplica el formulario de ingreso del recién nacido, al igual que el módulo niño/a y el de línea final de niños y niñas. Además se utiliza el formulario sobre módulo hogar-referente y el de línea final de hogar.

En el formulario de módulo de mujer embarazada, la información recabada sobre la familia refiere a datos de educación y entorno, específicamente a las horas trabajadas fuera de su hogar, si se encuentra conviviendo con el padre del niño o de la niña, si tiene apoyo de su pareja, familia y amigos durante el embarazo. Asimismo se indaga sobre: datos del carné obstétrico, con respecto al servicio de salud en donde se atiende, si tiene carné (al no tenerlo tiene que explicar por qué razón), de igual modo, se interroga acerca de la fecha de la última menstruación, fecha probable de parto, peso previo al embarazo, número de embarazos previos, número de hijos/as nacidos/as vivos/as, cantidad de controles realizados a la fecha en que se aplica el formulario, la fecha del primer control, semanas de gestación en este primer control y fecha del último realizado. También se pregunta sobre la edad en años al inicio del embarazo, la talla, el número de hijos/as nacidos/as muertos/as y el de hijos/as fallecidos/as. Sumado a esto, se indaga sobre las semanas de gestación en el último control y el peso en el mismo.

Se pregunta además, si tiene la vacuna antitetánica, su vencimiento y sobre el análisis de Hb⁵ antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, de VDRL⁶ (prueba treponémica o no treponémica⁷) y sobre VIH⁸.

Se presenta una sección dirigida a la medición que tiene que realizar el equipo de técnicos/as con respecto a la talla, semanas de gestación y Hb (medido al no tener diagnóstico de HIV), pudiendo tomar el dato del carné si tiene menos de 1 mes, así como también del peso al no estar controlado, al no haber dato en el carné o si el control tiene más de 2 meses. A su vez se pregunta por el resultado de la valoración nutricional y de la medición de Hb.

En la sección 6, se le pregunta a la mujer entrevistada sobre ella y su pareja, acerca de tratamientos realizados e indicaciones de suplementos con respecto a la sífilis, tratamiento antirretroviral, al suplemento de hierro medicamentoso, desde que semana se lo indicaron y hasta qué semana está prescripto, cómo se lo indicaron tomar, si lo consume de acuerdo a la prescripción médica y al no hacerlo se consulta en forma detallada por qué no realiza el tratamiento.

Se pregunta además, acerca del consumo de sustancia psicoactivas, indagando si hubo consumo de alguna de éstas durante el embarazo.

Con respecto a la anticoncepción se pregunta de forma detallada, qué método utilizaba antes del embarazo y sobre el uso del anticonceptivo durante el embarazo.

Por último, se interroga a la mujer para conocer cómo se ha sentido emocionalmente a través de la escala de Edimburgo.

⁵ Refiere a la Hemoglobina, “(...) una proteína que se encuentra en el interior del los glóbulos rojos, tiene como función transportar el oxígeno del cerebro desde los pulmones a los tejidos así como al dióxido de carbono (CO₂) desde los tejidos hacia los pulmones” (Definición ABC, S/I).

⁶ “Es un examen para detectar la sífilis” (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2018).

⁷ Las pruebas treponémica (FTAABS- Fluorescent treponemal antibody absorption (absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes)- o MHA- TP (Microhemaglutinación para T. pallidum) y no treponémica (VDRL y RPR –Rapid plasma reagin (examen de reagina plasmática rápida)-) son parte del estudio de serología, una de las formas de evaluar la existencia o no de sífilis (Sanguineti, 2000).

⁸ “(...) virus de la inmunodeficiencia humana” (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, 2018).

Por otra parte, en el formulario de cierre de acompañamiento a la mujer embarazada e ingreso del o de la recién nacido/a se pretende evaluar la intervención en el embarazo. Si al llegar al hogar el niño o la niña ya nació se especifica que se aplique el formulario de niño/a. Si existiesen partos múltiples se completa uno por cada recién nacido. El formulario se completa al mes de vida del niño/a. Si hay óbito o muerte no se completa dicho formulario y se finaliza el seguimiento de la mujer embarazada.

Se pregunta en un principio si la intervención con la mujer embarazada se realizó en su hogar, de no ser así, se indaga de forma detallada el por qué.

Al pedirse los datos de identificación de la mujer, se pregunta acerca del documento de identificación del jefe de hogar, así como también datos personales, como nombre y edad de la mujer.

Se solicita información acerca del carné perinatal y de vacunación, se consulta sobre si tiene o no carné perinatal, fecha del primer control de embarazo y del último, la edad gestacional al último control del embarazo, vacuna antitetánica vigente al momento del parto, peso en el último control de embarazo, la edad gestacional, la talla de la mujer embarazada y prueba de sífilis durante el embarazo -treponémica o no-. Si tiene VDRL+ se pregunta acerca del tratamiento de la sífilis después de las 20 semanas. De igual forma se indaga en la pareja por el tratamiento de sífilis si el resultado es VDRL+, el total de consultas prenatales y cómo fue la terminación del parto mediante opciones (espontánea, fórceps, cesárea, vacuum, otras). Se le pregunta si tuvo ligadura de cordón precoz, la edad gestacional del recién nacido, la alimentación cuando obtuvo el alta, específicamente si fue únicamente lactancia y si ésta fue de forma parcial o artificial. Por último, en esta sección se cuestiona sobre el resultado de Hb con más de 20 semanas.

En un tercer apartado dentro del formulario se indaga acerca del consumo de tabaco durante el embarazo, asimismo, si ha realizado consultas odontológicas y al suceder lo contrario, se pregunta por qué no hizo las consultas (se averigua de forma detallada). Sumado a esto se pregunta sobre la participación en instancias de educación para el parto y la lactancia, y al no hacerlo se indaga de forma detallada por qué no participó.

En cuarto lugar, las preguntas se encuentran dirigidas hacia la alimentación y el suplemento de hierro. En este aspecto, se consulta si le indicaron suplemento durante el embarazo, si lo consumió de forma indicada y de no haberlo hecho, se pregunta por qué no lo consumió de esa manera. Se averigua además, si hubieron cambios en el consumo de alimentos y bebidas desde el comienzo de las visitas, si los hubieron, se registran considerando el desayuno, los lácteos, carnes, pescado, frutas y verduras, el pan, bizcochos, galletas rellenas y galletitas, fiambres, chorizos, panchos y otros embutidos, papitas, chichitos y otros alimentos salados en bolsitas, refrescos o jugos en polvo, por último acerca del consumo de mate, café o té. Con respecto al desayuno, los/as técnicos/as deben de seleccionar entre las opciones: comencé a desayunar, mejoré la calidad del desayuno o no cambié nada y con respecto al resto de los alimentos y bebidas tiene que anotar: si aumentó, disminuyó o no cambió nada sobre el consumo.

Se indaga acerca de las vivencias que tuvo la mujer durante el embarazo, en el parto y en el control post- parto. En esta línea se pregunta si la pareja o alguien importante para la mujer le ha generado daño emocional o psicológico de forma repetida, se exponen ejemplos al respecto y se consulta sobre quién lo ejerció y si esto se dio durante el embarazo o si sucede en la actualidad. De igual forma se pregunta con respecto al daño físico grave, si sucedió una vez o de forma reiterada. Además, si estuvo acompañada en el transcurso del parto, quién la acompañó y si no lo estuvo, por qué razón.

Por otra parte, se interroga sobre si pudo solicitar al equipo de salud el corte del cordón umbilical tardío, sino fue así, se consulta por qué razón y si hizo controles después del parto, indaga a su vez cuántos días después del parto controló su primera vez, si utiliza algún método anticonceptivo o piensa en utilizarlo y cuál sería. Se pregunta acerca de la indicación de suplemento de hierro medicamentoso luego del parto, si realiza tratamiento y al no llevarlo a cabo, se pregunta acerca del motivo y se pide que el/la técnico/a mida el perímetro el brazo de la mujer.

Por último, se averigua de forma detallada sobre el acceso a prestaciones sociales.

El formulario de ingreso del o de la recién nacido/a pide los datos de cédula de identidad del niño o niña, al no tenerla se le pregunta si tiene número de reserva de cédula y si tampoco tiene esta última, se pregunta si tiene CNV (Certificado de Nacido Vivo), al igual que se indaga sobre: el sexo, la fecha de nacimiento, si el embarazo fue

múltiple, si nació en un establecimiento de salud, qué tipo de prestador tiene mediante opciones y cuál es el servicio de salud por el que recibe asistencia. Pregunta además sobre el peso al momento de nacer el niño/a, el perímetro cefálico, la longitud al nacer y si tuvo algún defecto congénito, de la misma manera interroga sobre el código 076 en RN⁹ y el VDRL al nacer.

En el apartado de alimentación y nutrición del o de la recién nacido/a se realizan preguntas tales como: si alguna vez le dio pecho al niño o niña y qué alimentos recibió considerando las últimas 12 horas. Se averigua al respecto de los alimentos sobre: la leche materna, de vaca-en polvo o fluida- sin hierro, fórmula para lactantes -lata-, leche de vaca -en polvo o fluida- con hierro, agua, jugos, tés, infusiones, otros líquidos, carne de vaca, pollo, pescado y por otros alimentos sólidos o semisólidos.

Se cuestiona acerca de si el niño/a recibe solamente leche materna y cada cuánto la recibe. En caso de no recibirla, se averigua sobre cuál sería la principal causa. Se detallan 16 opciones al respecto. Se continúa indagando sobre la lactancia, preguntando si es por prescripción médica o por decisión de la madre que recibe fórmula o leche de vaca. Sumado a esto, se le pregunta en forma detallada si conoce lugares para pedir ayuda frente a las dificultades que se le pueden presentar con la lactancia y que ella no pueda resolver. Por último, se indaga sobre el conocimiento de la línea gratuita MIMAMÁ, se informa que se puede comunicar frente a las dificultades que se le presenten.

En el formulario, se presenta otro apartado donde se pregunta sobre las pautas de crianza y el vínculo establecido entre la madre y el hijo/a. En esta línea, se cuestiona acerca de si él o la bebé duerme en cama o cuna sólo o sola, además se cuestiona dónde duerme, se dan opciones tales como: casi siempre solo/a en su cama o cuna, en su colchón, en su cochecito, o si comparte cama o colchón con otros/as niños/as o con adultos. Otra de las preguntas es en qué posición lo/a acuestan a dormir -boca arriba, boca abajo o de costado-.

Los otros interrogantes que se establecen son: si le habla o le cuenta lo que hace en el día, si le canta, si comparte algún juego con él o ella. Si el niño o la niña recibe cuidados

⁹“(…) registro de VIH en el Recién Nacido (Ministerio de Salud Pública, 2013: 56).

por parte de otras personas fuera del hogar y si permanece algunas veces a cargo de otros/as niños/as.

Una de las secciones está dirigida al padre o referente masculino, en lo que concierne a si lo/a hace dormir, si lo/a baña o si juega con la niña o niño.

El último apartado de este formulario es de observación acerca del vínculo de la madre con el/la niño/a cuando esté despierto/a (sin indagar). Las observaciones que se disponen son: si lo/a sostiene adecuadamente (posición de los brazos), el contacto visual que se establece con los/as niños/as (si la madre lo/la mira mientras lo/a alimenta, si le sonríe cuando hace algún gesto especial), a su vez, sobre las actitudes de afecto (la madre toca al niño o a la niña, lo/a acaricia mientras lo alimenta). Además se determina que se realicen observaciones de acuerdo a si hay actitudes violentas o de negligencia con el/la niño/a. En este sentido, si lo/a toma por las extremidades (al agarrarlo/a por las piernas o brazos), si lo/a zarandean o sacuden, si lo/a deja en lugares inseguros como el piso o el borde de una mesa, si le grita cuando llora, si está con vestimenta que no es adecuada al clima (muy abrigado/a o desabrigado/a) y también si evita darle de mamar o le hace disgusto.

Por otra parte, en el formulario de módulo niño/a se piden datos tales como: el carné de salud, el servicio de salud al cual asiste, peso, talla, edad gestacional, HIV+ y VDRL (todo esto al nacer). Así como también se piden los números de controles prenatales, controles después del nacimiento, la fecha, el peso, la talla, el valor nutricional y el perímetro cefálico (todos estos datos del último control), además el CEV¹⁰ del día y se pregunta si tiene anomalía o malformación. De no estar presentes estos datos, se debe de medir el peso y la talla si los datos no se encuentran en el carné o si fueron tomados hace más de dos meses, sumado a esto se mide Hb si el niño o la niña tiene más de 4 meses y no tiene diagnóstico sobre HIV y también se mide perímetro cefálico. Por último, en esta sección se pone el resultado de la valoración nutricional y de la medición de Hb.

¹⁰ “Abreviatura del nombre de una quimioterapia combinada que se usa para tratar el retinoblastoma en niños” (Instituto Nacional del Cáncer, S/I).

Hay un apartado que exclusivamente pregunta sobre el hierro, acerca de si le indicaron suplemento de hierro medicamentoso, mes en que se lo prescribieron, hasta cuándo y cómo se le indicó que se lo dieran, si realmente se le da de la forma indicada y si esto no es así, se le pregunta por qué mediante opciones. Después de estas interrogantes, aparece una indicación: “De acuerdo a la pauta de MSP deben de recibir hierro los niños a partir de los 4 meses y hasta los 24 meses”.

Con respecto a la alimentación, se indaga que alimentos recibió desde el día anterior hasta el momento de realizar la entrevista a la misma hora, del niño o la niña menor a 1 año de edad, al respecto se pregunta mediante opciones: leche materna, fórmula para lactantes (lata), de vaca si es en polvo o fluida o si la misma contiene hierro, agua, jugos, té, infusiones, otros líquidos, de igual forma por carne de vaca, pollo o pescado y por otros alimentos sólidos o semisólidos. Las preguntas sobre alimentación dirigidas para niños/as mayores de 6 meses son: qué números de comidas y entrecomidas recibió el día de ayer. A su vez, se le nombran distintos alimentos para que seleccione entre aquellos que el/la niño/a consumió en el día anterior, las opciones son: arroz, fideos, polenta, cereales, papa, boniatos, lentejas, porotos, leche, yogur, postres de leche, queso, leche fortificada con hierro- en polvo o fluida-, carnes- vacuna, pollo, pescado, hígado, menudos, cerdo, cordero- (especifica que las carnes no para chupar), pescado -fresco o en lata-, huevos, zapallo, calabaza, zanahoria, espinaca, acelgas -aclara que son ricas en vitamina A-, frutas y otras verduras, aceite, manteca y grasa. Además se consulta para todas las edades si momentáneamente se le está dando pecho.

En la siguiente sección se abordan las preguntas acerca de las pautas de crianza. En este aspecto se indaga en qué posición se lo/a acuesta a dormir (niños o niñas menores de 1 año). El resto de las interrogantes se dirigen a los/as niños/as de todas las edades, si tiene cama o cuna para él/ella sólo/a, si se le habla o le cuenta lo que ella hace en el día, si le cuenta cuentos o los inventa, si le canta canciones, si le lee o le muestra libros o revistas, si comparte algún juego con el niño o la niña en el día y si le festejaron el último cumpleaños.

Se hace una pregunta con respecto al padre o referente masculino: si le da de comer, si lo/la lleva al jardín, si juega y pasea con el niño o niña, si lo/la baña, hace dormir y si lo/la reprende.

En cuanto a la educación y los cuidados, se pregunta si asiste a guardería o Caif, sino lo hace, por qué mediante opciones y si el niño o niña es cuidado/a fuera del hogar por otras personas.

En la sección nueve, mediante la aplicación de la “Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña Menores de 5 años”, se seleccionan aquellos ítems que no cumplen a través de diferentes áreas: motora, coordinación, lenguaje y social. Así como también se marca a qué edad se le aplicó. Se identifica además por parte del técnico o técnica sin realizar la pregunta, si el niño/a tiene alguna discapacidad o dificultad de comprensión.

En el formulario de línea final de niños y niñas se pide nuevamente cédula de identidad, datos del carné de salud y de vacunación con respecto al último control del niño/a. Al igual que el peso y talla, perímetro cefálico y CEV del día. A su vez, se pregunta por la cantidad total de controles realizados desde el comienzo de la intervención de UCC y si esta frecuencia concuerda con las indicaciones del MSP, con respecto a esto último se debe de seleccionar en el formulario durante cuánto tiempo se correspondieron los controles con las indicaciones y se especifica cómo sería de forma correcta, “(...) un control por mes hasta los 6 meses: cada dos meses entre los 7 y los 12 meses; cada tres meses de 1 a 2 años; cada cuatro meses de 2 a 3 años”. Si esta respuesta es negativa, se tiene que argumentar sobre el principal motivo de por qué no realizaron controles mediante opciones.

Se mide peso y talla del niño/a si estos datos no se encuentran controlados o si no hay datos en el carné o si dicho control tiene más de 2 meses. La medición se lleva a cabo por el equipo de técnicos/as, así como también de Hb (si tiene más de 4 meses y no tiene diagnóstico de HIV).

En el apartado de alimentación y nutrición del niño o la niña de menos de 6 meses se pregunta acerca de qué alimentos consumió a partir del día anterior a la misma hora en que se realiza la entrevista, se le presentan a la mujer las mismas opciones de alimentos que en el formulario de línea de base de niño/a. Se pregunta además como en el anterior formulario, si el/la niño/a recibe lactancia materna exclusiva y cada cuánto se le da pecho, las opciones son: cada vez que lo pide o con horario fijo o no corresponde, sino amamanta por qué no lo hace y qué tipo de leche consume y si es fórmula o leche de

vaca. Nuevamente se presenta como una opción la línea gratuita MIMAMA para consultar dudas sobre problemas en la lactancia.

Para niños/as mayores a 6 meses se indaga acerca de las comidas y entrecomidas consumidas desde el día anterior (se consulta de forma detallada con las mismas opciones que en la sección del formulario previo).

Si el niño/a tiene hasta 23 meses al momento de la línea final, se pregunta sobre el consumo de hierro, acerca de si lo recibió, si se le da en la actualidad y de no ser así, se cuestiona el motivo.

Se implementa el mismo cuestionario de las pautas de crianza del formulario de línea de base anterior dirigido hacia niños y niñas menores de 1 año. Así como también se realizan las mismas preguntas con respecto a la educación y a los cuidados. Se agrega el interrogante acerca de si el/la niño/a queda a cargo de otros niños o niñas.

Sobre el desarrollo infantil se consulta lo mismo. Además de esto se pregunta por visitas de otros equipos de UCC y por coordinaciones realizadas por los equipos de cercanías (esto último lo deben de llenar los y las técnicos y técnicas).

En lo que concierne a los formularios restantes, sobre el módulo Hogar- Referente se consulta acerca de datos de identificación. Se aclara que los datos de domicilio y de los/as integrantes que aparecen en el sistema se extraen del formulario AFAM. Se determina la modalidad de intervención, que puede ser: puente, acompañamiento, cercanía o buen comienzo (si hay una mujer embarazada en el hogar).

Por otra parte, se indaga sobre el origen del agua para beber y cocinar, si tiene hornallas de cocción o si cuenta con horno convencional.

A su vez, se interroga sobre el acceso a prestaciones sociales de forma detallada, sumado a esto se deben de indicar las intervenciones por parte de INDA y las solicitudes realizadas mediante el sistema a INDA.

Se hacen preguntas sobre la anticoncepción al igual que en el formulario dirigido hacia la mujer embarazada, pero en este caso especifica que es sobre el referente del hogar. Las interrogantes acerca del estado nutricional e inseguridad alimentaria también se

encuentran dirigidas al referente, aunque las consultas se direccionan siempre hacia la mujer.

En cuanto al estado nutricional e inseguridad alimentaria (del referente), se pregunta si en los últimos 3 meses la mujer ha estado preocupada por la comida, si se ha quedado sin dinero para que pueda tener una alimentación sana y variada o si los niños/as tuvieron hambre o si se le imposibilitaba comprar comida. Se categoriza la inseguridad alimentaria y se mide el perímetro del brazo si la mujer se encuentra embarazada. Se especifica que: “< 23 cm se considera que la mujer está adelgazada”.

Se indaga acerca del consumo de sustancias de la mujer y de su cónyuge. Además se le pregunta a la mujer si ella es la encargada de la preparación de las comidas, de las tareas domésticas y sobre la frecuencia con qué se encarga de las mismas. Si se responsabiliza de todas, con qué periodicidad lo realiza y si recibe apoyo y contención al respecto.

Se hacen preguntas dirigidas a conocer el estado anímico y cómo le ha ido en las últimas 4 semanas. A su vez se aplica la escala de Edimburgo. Se indaga también cómo actúa frente a los comportamientos de su hijo/a cuando se porta mal o se siente enojada/o.

Por último, en el módulo hogar- referente, se cuestiona acerca del estado emocional de la madre, si al comenzar la intervención el niño/a tiene más de 3 meses se aplica el SF36- cómo se ha sentido durante las últimas cuatro semanas- y si la mujer está embarazada o el niño o la niña tiene menos de 3 meses se aplica la escala de Edimburgo.

Se indaga nuevamente sobre el consumo de drogas, sobre la realización de las tareas y sobre cómo ha actuado cuando su hijo/a se porta mal en los últimos 4 meses mediante opciones -le explicas, lo insultas, lo golpeas, no haces nada, entre otras-, acerca de la anticoncepción, el estado nutricional e inseguridad alimentaria (todas estas preguntas se realizan en el formulario anterior).

Por último, en este formulario se interroga sobre el acceso a prestaciones sociales, si conocen Infocentros Comunitarios, a donde pueden acceder a computadoras y

capacitaciones en informática. Así como también si la familia participa de algún programa para mejora de la vivienda.

En el final del formulario, hay dos preguntas que solo debe de contestar el técnico o técnica sobre alguna situación de abuso sexual o si algunos de los integrantes ha vivido una situación de violencia doméstica.

Los formularios anteriormente descriptos se considerarán para el análisis sobre el rol que se les designa a los/as técnicos/as que conforman los equipos de trabajo, asimismo serán fuentes esenciales en el análisis de las prácticas de crianza considerando la posible relación con los procesos de medicalización de la vida social y con respecto al rol atribuido a la mujer.

Operadores/as sociales en Uruguay Crece Contigo: rol atribuido por la institución

Con respecto a los equipos de técnicos/as se destaca que los/as Operadores/as de Cercanías intervienen mediante duplas de trabajo compuestas por el área de la salud y el área social, que dependen de supervisores. Por su parte, los facilitadores regionales trabajan de acuerdo a las regiones que se les designan (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Área de Políticas Territoriales, 2012).

De acuerdo al protocolo de riesgo social y biológico se seleccionan a las familias y las intervenciones de cercanía de los/as operadores/as varían entre 4 y 6 meses y aquellas más “intensivas” se proponen por un mínimo de 9 meses (Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales, 2013).

Es de relevancia para el análisis tener en consideración las entrevistas realizadas a los equipos de técnicos/as que conformaron el programa Uruguay Crece Contigo desarrollado en el departamento de Canelones, que tenían el objetivo de indagar acerca del trabajo que realizaban. De las entrevistas se desprenden que trabajaron en duplas integradas por distintos profesionales: Nutricionistas, Médicos de Familia, Parteras, Obstetras, Psicólogos, Trabajadores Sociales y Psicomotricistas, a quienes se les asignaron 40 familias.

En las entrevistas los/as operadores/as refirieron a la dificultad que implica para los/as técnicos/as de algunas disciplinas que no se relacionan con el trabajo comunitario y la intervención. Técnicos/as entrevistados/as entienden que las disciplinas como tales se desdibujan, identificando a los/as técnicos/as de forma errónea. El trabajo inicial que se desarrolla con las familias en las intervenciones de los equipos de técnicos/as se basa en la tramitación de documentación, la asistencia en el ámbito de la salud, vinculación con distintas prestaciones y en proporcionar mejoras en la alimentación.

Amarillo, Fagúndez y Jassid (2015: 224) refieren que desde los/as operadores/as del ámbito de la salud:

“(…) se reconoce un gran aprendizaje en cuestiones que hacen a lo social. Además vemos que esta área tiene muy incorporadas ciertas estrategias de trabajo, las cuales formarían parte de lo social. Como ser la promoción de la autonomía y empoderamiento, el acompañar en determinadas situaciones, contemplar y visualizar los mínimos logros de los participantes como partes de un proceso, dan cuenta de la experiencia de trabajo con otras disciplinas, en definitiva de la transdisciplinariedad”.

Se reconoce como otra forma de intervención, el “consejo”, “(…) transmisión de un “saber” o “aprendizaje” que pueda ser útil al participante. Desde el área salud de C-UCC se considera una de las líneas de acción más útiles” (Amarillo, Fagúndez y Jassid, 2015: 226).

Se tiene en cuenta a su vez, desde las perspectiva de los/as operadores/as de la política, “(…) el grado de autonomía de la persona [...] se busca que no genere un acostumbamiento que resultaría perjudicial. Se pretende que esta acción habilite una ruptura para el sujeto que le permita luego desarrollar una mayor autonomía” (Amarillo, Fagúndez y Jassid, 2015: 226).

Por otra parte, se considera de esencial relevancia citar algunos fragmentos de una entrevista realizada a Medeiros, subdirectora de desarrollo social de Canelones en su momento, quien afirma con respecto a las tareas que desarrollaban los equipos que:

“El programa ‘Canelones Crece Contigo’ es coordinado por una pediatra y nutricionista. Son ellas quienes van teniendo los datos de cómo van mejorando los niños después de que se aplican determinadas pautas. “Se les enseña y se les da pautas muy sencillas, como por ejemplo, enseñar a comer, cómo y qué cosas comer, una cantidad de cosas que están directamente relacionadas

con el crecimiento del niño y que son esenciales. Nuestro equipo está continuamente acompañando lo que es la primera etapa de la vida, y la importancia de los nueve meses de gestación”, remarca Medeiros” (Hoy Canelones, 2014).

Así como también:

“Medeiros explica que los resultados se miden constantemente y éstos han sido exitosos. En cada visita se mide y se pesa al niño, entonces se ve la evolución periódicamente; luego esos datos son procesados y se lleva un control estricto de todos los progresos de cada niño y así vamos obteniendo las evaluaciones” (Hoy Canelones, 2014).

Por su parte, el trabajo de cercanías en la experiencia de los programas de Ruta 5 en Canelones evidencian la importancia que tiene el relacionamiento que se produce entre el/la técnico/a y la persona, trabajo valorado por los individuos que conforman los programas y por los/as operadores/as, pero que también conciben que esta forma de estrategia tiene implicancias en la autonomía, igualmente refieren que es una posibilidad de cambio de las situaciones (Couto y Weisz, 2015).

Couto y Weisz (2015) mencionan estudios que refieren a las políticas como reguladoras de conductas, generando responsabilización en los individuos sobre los cuidados, que son acompañados por técnicos/as pertenecientes a distintas políticas, reproduciendo entonces la individuación característica del neoliberalismo. Se destaca que en los contextos en donde prevalece la vulnerabilidad se desarrollan lazos de afectividad que producen vínculos de dependencia.

Considerando lo anterior y partiendo del análisis a su vez de los formularios aplicados por los equipos de UCC, se podría decir que la mayoría de las prácticas de los saberes de las duplas pertenecen al ámbito de la salud, es relevante mencionar además, que los/as técnicos/as representarían los nuevos profesionales de un campo que antes ocupaba exclusivamente la salud. De este modo, se podría afirmar que la mayoría de las indicaciones mediante las cuales los equipos trabajan con la familia pertenecen al ámbito de la salud. Se describe en los formularios que los/as técnicos/as toman medidas como el peso y la talla si estos datos no se encuentran presentes. En este sentido, podría llegar a ser cuestionado el grado de autonomía de las familias mediante la que los y las técnicos y técnicas trabajan, al pedir los controles y midiendo todo aquello que no

aparece como dato. El trabajo tal cual es descrito por Medeiros podría generar acostumbramiento en las familias si se llegara a producir una relación de dependencia.

Al respecto de la transmisión del saber o el consejo, reconocido como una de las prácticas principales por los/as operadores/as, posiblemente se posicionan de un lugar de poder acerca del saber que poseen. Sería posible que el saber se imponga sobre las concepciones de los individuos, aunque es importante aludir que se desconoce al momento de la intervención cómo trabajan los/as operadores/as, que también dependerá de cada profesional de acuerdo a la disciplina a la que pertenezca.

Es importante que se lleve adelante un trabajo desde la transdisciplinariedad con el objetivo de que al abordaje sea integral, pero se destaca que en la mayoría de los aspectos se trabaja en relación al ámbito de salud. Predominan a su vez los profesionales pertenecientes a este ámbito.

De acuerdo al objetivo planteado acerca del rol de los y las técnicos y técnicas definido por la política, se podría sostener que se encuentran cumpliendo funciones que antes pertenecían al ámbito de la salud propiamente dicho. A pesar de que se trabaje a través de duplas que complementan sus saberes, se destaca en los formularios que la mayoría de las interrogantes y funciones que deben de cumplir los/as técnicos/as se relacionan con el saber médico.

Sería relevante conocer la forma de trabajo que desarrollan los/as distintos/as técnicos/as, para poder analizar mediante sus discursos el trabajo que desempeñan con respecto a su profesión, que otras funciones deben de cumplir que no son pertinentes a su accionar considerando la disciplina a la cual pertenecen, a la gestión de la autonomía en los acompañamientos y si se tiene en cuenta la perspectiva de género.

Propuesta de las prácticas de crianza: análisis desde el saber médico y desde la perspectiva de género

En este apartado, se pretende analizar la posible relación de las prácticas de crianza con los procesos de medicalización de la vida social, para esto se considerará la investigación realizada por Mitjavila (1998) acerca de los cambios que se han generado respecto al saber médico sobre la infancia y la maternidad. Así como también poder analizar el rol de la mujer con respecto a la implementación de las prácticas de crianza. Se tendrán en cuenta en este aspecto, los formularios aplicados por los/as técnicos/as de Uruguay Crece Contigo y los aportes de Balsa, Couto y Weisz sobre el desarrollo de la política con respecto al rol de la mujer como madre.

En el estudio de Mitjavila (1998) se plantea con respecto a la infancia y a la maternidad que en la modernidad se presencia una nueva definición de autoridad en materia de medicina, que se refleja en la creciente “colonización médica” de la vida social, que posiblemente esté relacionada a los nuevos formatos de abordaje de la pobreza.

Mitjavila (1998) refiere al concepto de medicalización como:

“(…) los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Méndez en Mitjavila, 1998: 2).

Se enumeran cuatro características que definen la medicalización, la misma se reconoce como iatrogénica, a su vez, el saber y las prácticas provenientes de la medicina se imponen por encima del auto cuidado del individuo, también el poder médico se impone sobre toda la sociedad y el proceso de medicalización se traduce en la racionalización, burocratización y en la tecnología de las prácticas (Mitjavila, 1998).

De acuerdo con lo anterior, se podría decir que las prácticas de crianza propias del sector salud se encuentran en un organismo nuevo, en este caso en una política social que pertenece al MIDES, de este modo, se podría plantear que se expande el saber médico sobre nuevos sectores, posiblemente se puede deber a dos dimensiones que se destacan del poder médico: su prestigio y la confianza que genera en otras instituciones sociales (Mitjavila, 1998). “El espacio social pasa a ser controlado en nombre de ciertos

objetos que son traducidos como pasibles de ser abarcados por el campo médico” (Ortega, 2003: 22). Se podría categorizar como parte del nuevo formato de abordaje de la pobreza.

Singer (en Mitjavila, 1998) refiere que mediante el saber proveniente de la medicina se atribuyen riesgos sociales correspondientes a las distintos etapas de vida que cursa el individuo, ya sea nacimiento, embarazo, entre otras. En esta línea, la práctica médica interviene a través de la concepción de normalidad- anormalidad, se evalúan a los individuos de acuerdo a los roles sociales determinados por la autoridad médica, trabajando sobre aquellas situaciones categorizadas como “desviadas”. De esta forma, las problemáticas sociales son tratadas en el ámbito de la salud y de la enfermedad.

Sumado a lo anterior, a través de la lógica de riesgo, la intervención por medio de la medicina se justifica por la probabilidad de que haya riesgo sanitario en el individuo, “(...) estaría estimulando el desarrollo de estrategias socializadoras de naturaleza predominante intelectual en los procesos de medicalización de la vida humana” (Mitjavila, 1998: 15).

Considerando lo planteado, mediante Uruguay Crece Contigo se evalúan las condiciones de riesgos tanto sanitarios como sociales de mujeres embarazadas y/o de niños/as de 0 a 4 años de edad para ingresar a la política. Entonces los riesgos sanitarios y sociales se corresponderían con la etapa del embarazo y los primeros años de vida de niños y niñas. Es relevante reafirmar que la determinación de los riesgos sanitarios implicaría una estrategia relacionada con la medicalización.

Al establecerse como parte de la población objetivo la mujer embarazada, se podría plantear que para UCC es concebida solamente desde esta condición biológica. Se tendrá en cuenta para profundizar en este aspecto los aportes de Balsa, Couto y Weisz, y los formularios implementados desde la política.

Considerando la descripción de los formularios, en el módulo hogar las interrogantes se encuentran dirigidas a “los referentes”, sin embargo la mayoría de las preguntas se dirigen hacia la mujer como madre. Aunque se percibe que en algunas de las preguntas se considera la perspectiva de género, específicamente en las que se indaga sobre quién se encarga de los cuidados y realización de tareas domésticas y de la preparación de las

comidas (se encuentran en el apartado de “Pautas de crianza”), las preguntas son igualmente dirigidas hacia la mujer, al igual que en el resto de los formularios. Sumado a lo anterior, es relevante agregar que se pregunta por quién sería “el jefe de familia”, mientras todas las otras interrogantes se dirigen a la mujer. En este aspecto, se podría interpretar que la mujer es considerada desde su rol de cuidadora, mientras que al hombre se lo concibe desde su rol de proveedor, atribuyéndole un rol de “poder” como jefe de familia.

Se podría aludir que el sesgo de las preguntas hacia la mujer se produce debido que se trabaja a partir de la concepción de que el cuidado y realización de tareas domésticas recaen principalmente sobre ella, situación desigual con respecto al hombre. A pesar de que se perciben cambios en la división de roles, en donde tanto hombres como mujeres realizan tareas y actividades “asignadas” como construcción social para cada sexo, se podría decir de acuerdo a la direccionalidad de las interrogantes de los formularios que se siguen reproduciendo ciertos estereotipos de género. Sin embargo, es importante destacar que Uruguay Crece Contigo al apoyar al Sistema Nacional Integrado de Cuidados en su implementación con respecto a la primera infancia, apoya en la autonomía de la mujer en lo que concierne a los cuidados que en la mayoría de los casos ejerce (Balsa, 2015).

Al existir esta desigualdad de género, la responsabilidad recae sobre la figura materna en aspectos tales como “(...) la disminución de la sífilis gestacional, mejoramiento de los controles del embarazo, disminución de la incidencia de niños con bajo peso y baja talla para su edad (...)” (Balsa, 2015: 78), así como también en los controles sobre el nivel de hierro y de VIH, a su vez, en la correcta implementación de todas las prácticas de crianza que se plantean, haciendo énfasis en los cuidados, la alimentación, la lactancia y en la educación del niño o de la niña. Se considera en esta línea, que el rol que cumple la mujer para UCC, es el de “(...) “objeto de intervención” para llegar a los niños/as y no como un sujeto de derechos autónomo” (Resumen Ejecutivo “Uruguay Crece Contigo” en Balsa, 2015: 77 y 78).

De esta manera, en los formularios se percibe que todas las interrogantes se refieren a la mujer desde su rol de madre, sin tener en consideración entonces “(...) la promoción de las mujeres en otros planos de su vida (...)” (Balsa, 2015: 82). La autora en esta línea

determina que se genera una “jerarquización de los derechos” que se encuentra permeada por el sexo de la persona, planteando que las mujeres tienen una “ciudadanía de segunda”.

A pesar de que en los documentos se disponga que en el accionar de la política se considerará la perspectiva de género, se podría decir que la misma no se tiene en cuenta de acuerdo al planteamiento de los formularios y los aportes de Balsa (2015):

“Es necesario resaltar la ausencia de compromisos vinculados a revertir las desigualdades de género. El documento de diseño analizado se estructura con una mirada que refuerza los estereotipos de género reproduciéndolos a través de los roles tradicionales. Además, se identificó una mirada “controladora” en la medida que se espera a través de determinadas acciones educativas y de promoción, “incidir en los comportamientos y la calidad de vida de las familias y mejorar la calidad de los servicios, para favorecer un desarrollo infantil apropiado” (Balsa, 2015: 77).

Considerando esta “mirada controladora” que según Balsa (2015) se produce desde la política, Mitjavila (1998) en su investigación sostiene que mediante la potestad atribuida a la medicina se crean nuevos dispositivos de vigilancia, que cumplen la función de regular las conductas o normaliza prácticas sobre el cuerpo ya sea sano o no de aquellos individuos que se encuentran en situación de pobreza.

Becker (en Mitjavila, 1998) por su parte concibe a la medicina como empresario moral, se delimitan a los individuos con desviaciones determinadas por el saber dominante y se instruyen tratamientos para corregir dichas desviaciones (Freidson en Mitjavila, 1998). Se podría decir que hay un sentido moralista en los distintos formularios sobre las pautas de crianza, en donde se indaga por ejemplo: si él o la bebé duerme en cama o cuna sólo o sola, además se cuestiona dónde duerme, se dan opciones tales como: casi siempre solo en su cama o cuna, en su colchón, en su cochecito, o si comparte cama o colchón con otros/as niños/as o con adultos. Otra de las preguntas es en qué posición lo acuestan a dormir -boca arriba, boca abajo o de costado-.

Balsa (2015) se cuestiona acerca de la imposición que se podría llegar a producir sobre los saberes acumulados de las mujeres intervenidas desde la política al implementarse determinadas prácticas desde UCC, tales como las pautas de crianza, la lactancia y la alimentación. En este sentido plantean Vecinday y Ortega (2011) que mediante la

implementación de las prácticas de crianza, tanto el “sentido común” como la “afectividad espontánea” se van desapareciendo, al prevalecer un saber cada vez más racional.

En la regulación de las conductas, el lenguaje cumple un rol relevante al enunciar e intervenir sobre los individuos, desarrollando conocimientos y una forma de saber. Dichas formas producen individualización, determinando y juzgando de este modo a los individuos. Considerando los formularios se podría decir que se utiliza información y gran cantidad de terminología proveniente del saber médico.

Desde la conceptualización de la biopolítica se establece que el cuerpo es intervenido de forma cada vez más detallada. El saber cómo verdad o el saber calificado es aceptado por la autoridad cultural que posee, legitimándose de esta manera el control minucioso sobre el cuerpo del individuo, conformándose como un espacio socialmente estratégico. Saber que se considera experto frente a los problemas de los individuos. Al legitimarse, también genera una dependencia que se traduce en autoridad del saber médico. Ortega y Vecinday (2011) plantean en esta línea, que en la actualidad se utilizan métodos cada vez más tecnificados y fragmentados para evaluar la primera infancia por parte de los técnicos que responde a una matriz social “hipermedicalizada”.

A modo de cierre, de acuerdo a lo anteriormente referido y considerando los formularios descriptos, al estar direccionados de forma tan exhaustiva con respecto al ámbito de salud y al ámbito social, se podría enunciar que se produce un cierto control de las mujeres y niños y niñas de los sectores de mayor vulnerabilidad mediante un saber que se puede reconocer como medicalizado mediante el planteamiento de las prácticas de crianza. Formularios que se plantean de forma minuciosa sobre las familias que muchas veces son acompañadas desde el embarazo de la madre y luego se hace el ingreso del niño o de la niña para seguir interviniendo sobre estas familias. Se podría aludir entonces, que en muchos casos se establecen pautas de comportamientos dirigidas a niños/as antes de su nacimiento al ser estas familias intervenidas desde la política, en donde la madre cumple un rol esencial para dicha intervención.

Reflexiones finales

De acuerdo a los aspectos socio históricos del lugar que han ocupado las prácticas de crianza, se percibe un hilo conductor con respecto a las mismas, que pertenecían al campo de la salud propiamente dicho y que en la actualidad son implementadas mediante una política social, aunque incorporando otras prácticas y saberes.

Las prácticas de crianza han sido históricamente un elemento muy importante que ha generado que se reproduzcan ciertos estereotipos de sociedad. Estereotipos que posiblemente determinan los comportamientos en el caso de UCC, sobre las mujeres embarazadas y niños y niñas entre 0 y 4 años de edad.

Se podría decir a través del estudio, que las prácticas de crianza implementadas desde la política están relacionadas con los procesos de medicalización de la vida social, debido que se utiliza un saber cada vez más tecnificado y racionalizado, que responde a los nuevos formatos de abordaje de la pobreza. Así como también, se establecen como un saber que se podría considerar moralizante de acuerdo al planteamiento de los formularios.

Con respecto a los documentos estudiados sobre la política, haciendo énfasis en los formularios planteados y a partir de la revisión bibliográfica, se podría aludir que el saber médico se impone sobre el control del cuerpo de los sujetos, con especial énfasis en el embarazo y de la infancia en contextos de pobreza. Los saberes desde el poder médico se han tecnificado cada vez más, generando un control sobre los sujetos de forma más detallada, como podría suceder con las prácticas de crianza establecidas por Uruguay Crece Contigo. En este caso, haciendo énfasis en el rol de la mujer como madre, mediante la cual se interviene para la implementación de las prácticas que se plantean, las mismas se implementan posiblemente desde una perspectiva tradicional, donde se concibe que la mujer tiene que cumplir con las tareas de cuidado.

Se destaca por otra parte, que las prácticas de los saberes atribuidos a las duplas de trabajo de UCC pertenecían con anterioridad al ámbito de la medicina, es decir que estos nuevos profesionales comenzaron a ocupar un campo que antes ocupaba el sector de la salud propiamente dicho, en este caso las prácticas se implementan desde una política social perteneciente al MIDES.

Se podría establecer a partir del análisis socio histórico acerca del lugar que han ocupado las prácticas de crianza y del análisis de los formularios aplicados en UCC, que se continúan reproduciendo en cierto sentido estereotipos de género con respecto a la crianza, considerando a la mujer únicamente desde su rol de madre. Prácticas de crianza que se aplican históricamente relacionadas al saber médico, dirigidas hacia aquellas familias de mayor vulnerabilidad, mediante prácticas que se transmiten muchas veces como un saber moralizante, principalmente de las mujeres sobre las que se interviene como “único medio” posible para llegar a los/as niños/as.

A modo de cierre, se considera interesante para una próxima investigación conocer mediante entrevistas: las percepciones de los/as técnicos/as acerca de su trabajo, así como también conocer cómo se aplican los formularios por parte de los/as operadores/as de diferentes disciplinas y cómo se trabaja de acuerdo a la autonomía de las familias sobre las cuales se interviene.

Bibliografía

- Acosta, L. (1998) *La génesis del Servicio Social y el “higienismo”*. En revista Fronteras (1998) (Nº 3) pp. 11-24.
- Alegre, P. y Filgueira, F. (2008) *El sistema de protección social y de relaciones laborales en Uruguay: balance y perspectivas (1985-2009)*. Serie Documentos de Trabajo del IPES/ Colección Monitor Social Nº 13. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Católica del Uruguay. Recuperado de: https://ucu.edu.uy/sites/default/files/facultad/dcsp/proteccion_social_relaciones_laborales.pdf
- Alegre, P. y Filgueira, F. (2009) *Una reforma híbrida. La política social y laboral en el Uruguay de 1985 a 2008*. En Revista internacional del Trabajo, vol. 128 (Nº 3) pp. 350-366. Recuperado de: <https://vdocuments.site/una-reforma-hibrida-la-politica-social-y-laboral-en-el-uruguay-de-1985-a.html>
- Amarillo, N. y Fagúndez, G. y Jassid, S. (2015) *Estrategia de cercanía: modalidades, vínculos y sujetos – Los programas prioritarios en la zona de la Ruta 5 – Canelones*. Coordinación editorial: Miguel Serna. Corrección de texto: Ana Cencio. Edición gráfica: Claudio Ortiz. Impresión y encuadernación: Mastergraf S.R.L.
- Antía, F. y Castillo, M. y Fuentes, G. y Midaglia, C. (2013) *La renovación del sistema de protección uruguayo: el desafío de superar la dualización*. En revista Uruguaya de Ciencia Política: Los cambios en los sistemas de bienestar latinoamericanos: avances y desafíos de la protección social (2013) Volumen 22, (Nº 2) pp. 171-193.
- Barrán, J. (1993) *La ortopedia de los pobres*. Montevideo: EBO.
- Barrán, J. (1995) *La invención del cuerpo*. Montevideo: EBO.
- Balsa, S. (2015) *La infancia primero: una prioridad del gobierno de Mujica. ¿Y la igualdad de género? Análisis del caso de Uruguay Crece Contigo*.

Coordinación editorial: Miguel Serna. Corrección de texto: Ana Cencio. Edición gráfica: Claudio Ortiz. Impresión y encuadernación: Mastergraf S.R.L.

- Boltanski, L. (1974) *Puericultura y moral de clase*. Barcelona. Editorial Iaiá.
- Casa, M. y Villegas, B. (2015) *Cuaderno de Políticas Sociales y Ciencias Sociales. De la ENIA a la acción del Estado*. Coordinación editorial: Miguel Serna. Corrección de texto: Ana Cencio. Edición gráfica: Claudio Ortiz. Impresión y encuadernación: Mastergraf S.R.L.
- Cabella, W. et al. (S/I) *Salud, Nutrición y Desarrollo en la primera infancia en Uruguay. Primeros resultados de la ENEDIS*. Editorial INE: UR: OPP: MSP: MIDES. Recuperado de:
<http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35704/SALUD%2C+NUTRICI%C3%93N+Y+DESARROLLO+EN+LA+PRIMERA+INFANCIA+EN+URUGUAY+PRIMEROS+RESULTADOS+DE+LA+ENDIS/7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b>
- Couto, M. y Weisz, B. (2015) *Introducción*. Coordinación editorial: Miguel Serna. Corrección de texto: Ana Cencio. Edición gráfica: Claudio Ortiz. Impresión y encuadernación: Mastergraf S.R.L.
- Donzelot, J. (1998) *La policía de las familias*. Valencia. Editorial: Pre- textos.
- Jiménez, R. (1998) *Metodología de la investigación. Elementos básicos para la investigación clínica*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. Recuperado de:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bioestadistica/metodologia_de_la_investigacion_1998.pdf
- Mitjavila, M. (1998) *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Montevideo. UR. FCS-DS.
- *Nota y exposición de motivos del proyecto de noviembre de 1933*. Montevideo.
- Ortega, E. (2003) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo, UDELAR/UFRJ.

Recuperado

de:

<http://adasu.org/prod/1/486/Tesis.de.maestria.Elizabeth.Ortega.Cerchiaro..pdf>

- Ortega, E. y Vecinday, L. (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, 13-14 de setiembre de 2011.
- Pinato, C. y Robaina, N. (2015) *La protección de la primera infancia en Uruguay - Significados y sentidos de una estrategia integral: la experiencia del Programa Uruguay Crece Contigo*. Coordinación editorial: Miguel Serna. Corrección de texto: Ana Cencio. Edición gráfica: Claudio Ortiz. Impresión y encuadernación: Mastergraf S.R.L.
- Sanguinetti, C. (2000) *Pruebas de laboratorio en el diagnóstico de la sífilis*. En Revista Dermatología Peruana, vol. 10 (Nº 1). Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v10_sup1/pruebas_lab.htm
- Urra, E. y Muñoz, A. y Peña, J. (2013) *El análisis de discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud*. Enfermería universitaria, vol. 10, (Nº2). México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004
- Valles, M. (2007) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid. Editorial Síntesis, S.A.
- Vigarello, G. (1995) *Lo sano y malsano: desde la Edad Media hasta nuestros días*. Montevideo: Trilce: S.M.U. 287p.

Fuentes consultadas:

- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU (2018) *MedlinePlus Información de su salud para usted*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003515.htm>

- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU (2018) *VIH y sida*. MedlinePlus Información de su salud para usted. Recuperado de: <http://medlineplus.gov/spanish/hiv aids.html>
- Definición ABC (S/I). Recuperado de: <https://www.definicionabc.com/salud/hemoglobina.php>
- Glosario Psicología / Término (2018) *Screening*. Recuperado de: <https://glosarios.servidor-alicante.com/psicologia/screening>
- HOY CANELONES (2014) *Avances y objetivos del programa 'Canelones Crece Contigo a dos años de implementación*. Recuperado de: <http://hoycanelones.com.uy/web/2014/03/11/avances-y-objetivos-del-programa-canelones-crece-contigo-a-dos-anos-de-su-implementacion/>
- Instituto Nacional del Cáncer (S/I). Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/cev>
- ¿Qué es Chile Crece Contigo? (2015) *Gobierno de Chile- Ministerio de Desarrollo Social. Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo*. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>
- MIDES (2015) *Uruguay Crece Contigo (UCC)*. Recuperado de: <http://www.mides.gub.uy/41937/uruguay-crece-contigo-ucc>
- Ministerio de Salud Pública (2013) *Guía clínica para la eliminación de la sífilis congénita y transmisión vertical del VIH*. Dirección General de la Salud. DPES. Área de Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional ITS- VIH/Sida. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20Sifilis%20congenita%20y%20TV%20-%20VIH%20MSP_1.pdf
- Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales (2012) Dra. Cristina Lustemberg Coordinadora del programa Uruguay Crece Contigo. *Uruguay Crece Contigo. Hacia un sistema de*

protección integral a la Primera Infancia. República Oriental del Uruguay.
Recuperado de:

<http://www.apex.edu.uy/apexnuevo/images/pdf/cristinalustemberg.pdf>

- Presidencia, Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP), Áreas de Políticas Territoriales (2013) Dra. Cristina Lustemberg Coordinadora del programa Uruguay Crece Contigo. *Uruguay Crece Contigo. La Infancia primero*. Recuperado de: http://dds.cepal.org/proteccionsocial/sistemas-de-proteccion-social/2013-12-seminario-politicas-publicas-igualdad/docs_programa/pdf/dia2-Lustemberg-Uruguay-crece-contigo.pdf
- Presidencia (2013) *Uruguay Crece Contigo concretó acompañamientos en todos los departamentos*. República Oriental del Uruguay. Recuperado de: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/uruguay-crece-contigo-ucc-acompanamiento-familiar-meta-departamentos>
- Taller internacional de Encuestas y Evaluaciones de Impacto de Políticas Públicas (2013) Cerruti, F. y Arocena, J. y Gutiérrez., V. y Murieta, P. y Gonzáles, J. *Uruguay Crece Contigo Diseño de evaluación de impacto*. Santiago de Chile. Recuperado de: <http://pubdocs.worldbank.org/en/555661463422885925/Uruguay-Crece-Contigo.pdf>

Lista de anexos

Anexo 1. Ingreso del recién nacido.

Anexo 2. Módulo mujer embarazada.

Anexo 3. Cierre de acompañamiento a la mujer embarazada e ingreso del recién nacido.

Anexo 4. Módulo niño/a.

Anexo 5. Formulario de línea final de niños y niñas.

Anexo 6. Módulo hogar referente.

Anexo 7. Formulario de línea final de hogar.

Anexo 8. PROGRAMA “URUGUAY CRECE CONTIGO” Componente:
“Acompañamiento familiar y trabajo de Cercanía”