

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

**Reflexiones en torno a las nuevas formas de vigilancia
y estrategias biopolíticas en la intervención social en salud:
el caso del Programa Aduana en el marco de su Reperfilamiento**

Verónica Acevedo Díaz

Tutora: Elizabeth Ortega

2017

Agradecimientos

Gracias al apoyo de muchas personas y de las experiencias que a lo largo de mi carrera me han enriquecido profundamente, tengo el agrado de culminar con mi Tesis de Grado de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, carrera que ha traído a mi vida muchas satisfacciones y frustraciones, pero que también hizo de mi, una persona más crítica y reflexiva ante la vida.

En primer lugar quiero agradecer a mis padres Alicia y Jorge, por brindarme con todo su cariño, más de lo que la vida tuvo para ofrecerles para que hoy día sea una persona feliz y agradecida. También quiero agradecer a mi hermana Natalia, por darme sin que ella se diera cuenta, un gran ejemplo de responsabilidad y perseverancia. Además agradecer al resto de mi familia y a mis amigos que siempre me desearon el mejor de sus deseos en esta última etapa y siempre.

En segundo lugar a todas las personas que han formado parte de mi etapa en la universidad. Principalmente a mi tutora Elizabeth Ortega por sus increíbles aportes para la elaboración de mi tesis y por apoyarme en otras circunstancias personales. También a la Facultad de Ciencias Sociales, profesores que colaboraron en mi formación y compañeros con los que he podido formar un vínculo de amistad. Agradecer también a Susana Bonora y a las personas entrevistadas por sus aportes, disposición y buena onda. En esta etapa de formación, agradecimiento también a mis compañeros de trabajo de la Policlínica Casavalle y referentes de distintas instituciones que hicieron de mi práctica pre-profesional un proceso de aprendizaje.

Y por último, un hermoso y especial agradecimiento a mi hijo Julián por darme el impulso para retomar decididamente este desafío de finalizar mi tesis de grado, a Jai li por su compañía en los largos momentos de estudio y el más especial e infinito de los agradecimientos a Florencio por su paciencia y generosidad, porque sin su confianza jamás hubiese llegado a la meta. Gracias por esto, por ayudarme a ser la persona y mamá que aspiro ser, pero sobre todas las cosas, por mantenerte siempre a mi lado para seguir construyendo juntos.

Para Florencio, Julián y Alicia.

Resumen

En las páginas siguientes se describe y analiza el dispositivo institucional del Programa Aduana en ASSE, a partir de su Reperfilamiento en el año 2014 desde una perspectiva de biopoder. En primera instancia se enfatiza en el estudio de riesgo, como la categoría central que guía el plan de acción del Programa y por el cual se define su población objeto. De esta manera se pretende conocer de qué manera opera esta categoría dentro del dispositivo del Programa, y qué elementos pueden vincularse a una estrategia de biopoder según Foucault.

Conjuntamente se describen otros mecanismos dentro del dispositivo del Programa, enfatizando en la Visita Domiciliaria a fin de conocer si mediante este espacio, existen elementos de poder y de qué manera se relacionan con la práctica profesional.

Para la realización de la presente monografía se recurrió a la metodología cualitativa, para analizar y sistematizar los datos recabados a lo largo del trabajo de campo. Las entrevistas fueron realizadas a pasantes de trabajo social que trabajaron en el Programa Aduana desde las policlínicas Municipales.

En este sentido y considerando las nociones de Foucault en base al dispositivo de biopoder, como una forma de relaciones de poder y saber, se pretende analizar y reflexionar acerca del quehacer del Trabajo Social, específicamente desde la práctica profesional de las pasantes de Trabajo Social, en el espacio de la visita domiciliaria a partir del dispositivo institucional del Programa Aduana.

Palabras claves: Biopoder, Riesgo y Visita Domiciliaria.

Índice

Introducción	pág.7
Marco Institucional	pág.12
Antecedentes del Programa Aduana.....	pág.12
Programa Aduana en el marco de su Reperfilamiento.....	pág.13
Concepto y Clasificación de riesgo en el Programa Aduana.....	pág.15
Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Programa Aduana.....	pág.18
Matriz informática del Programa Aduana: Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial.....	pág.20
Visita Domiciliaria: Otro instrumento del dispositivo del Programa Aduana.....	pág. 21
Marco Teórico	pág.25
Una aproximación a la noción de biopoder desde sus estrategias anatomopolíticas y biopolíticas en la sociedad moderna.....	pág.25
Dispositivo según las nociones de M. Foucault.....	pág.33
Dispositivo Institucional del Programa Aduana desde una perspectiva de biopoder	pág.36
Hacia nuevas formas de vigilancia de las poblaciones de riesgo.....	pág.36
Vista Domiciliaria como espacio de la praxis profesional en salud en el marco del Programa Aduana.....	pág.43
Reflexiones en torno al rol del trabajador social en el marco del Programa Aduana	pág.47
Dispositivo de riesgo como orientador de la praxis profesional en la visita domiciliaria.....	pág.47
Consideraciones Finales	pág.57
Bibliografía	pág.59
Fuentes Documentales	pág.60
Anexos	pág.61

Anexo I. Pauta de entrevista.....pág.61
Anexo II. Entrevistas.....pág.63
Anexo III. Cambios propuestos para el Reperfilamiento del Programa
Aduana.....pág. 106

Introducción

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

Se propone describir y analizar desde una perspectiva cualitativa el dispositivo institucional del Programa Aduana a partir de su Reperfilamiento en el año 2014, enfatizando en la categoría Riesgo como componente central que guía al Programa, y en la Visita Domiciliaria como el espacio donde se desarrolla la praxis profesional del Trabajo Social, desde las policlínicas municipales de Montevideo.

El interés por el tema seleccionado surge de la experiencia de trabajo en una pasantía pre-profesional, proveniente de un convenio de cooperación e intercambio entre la Asociación Pro-Fundación para las Ciencias Sociales y la Intendencia de Montevideo, con el fin de que el estudiante tenga una aproximación al trabajo profesional. La misma fue realizada en la Policlínica Municipal Casavalle, a partir del mes de octubre del año 2013 hasta julio del 2014. En esa oportunidad dicha pasantía, además de tener asignada la atención al usuario mediante consultas coordinadas y espontáneas, actividades referidas al trabajo comunitario en territorio, también consistía en formar parte del equipo operativo del Programa Aduana, específicamente en el acompañamiento en las visitas domiciliarias.

Las policlínicas municipales atienden a las personas que se encuentran bajo la cobertura de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), sus estudios y medicamentos son proporcionados de forma gratuita, así como el acceso a sus prestaciones. La red de policlínicas municipales se ubica principalmente en barrios periféricos de Montevideo y tiene como objetivo principal “Contribuir a la construcción de un Sistema de Atención en el Primer Nivel en Montevideo con desarrollo de una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), como elemento clave del Sistema Nacional Integrado de Salud.”¹

En el correr de esta experiencia de trabajo se plantearon desafíos e interrogantes respecto a la profesión que impulsaron un proceso reflexivo acerca del quehacer del Trabajo Social en el marco de este Programa. De esta manera nace la necesidad de interpelar la

¹ Ver en: <http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas>. Rescatado 05/2017.

práctica profesión en salud en el marco del Programa Aduana, con el fin de encontrar posibles respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los mecanismos que orientan la práctica social en el marco del Programa Aduana? ¿Cuál es el espacio que se le brinda al Trabajo Social para el desarrollo de sus actividades según los principios éticos de la profesión? ¿Cuál es la respuesta que brinda el pasante de trabajo social a los usuarios del Programa? ¿Cuáles aportes se brindan, desde el conocimiento de la profesión al Programa según los objetivos propuestos en su Reperfilamiento?

Por consiguiente, el análisis del marco institucional, se realizará en base a los conceptos de Michel Foucault acerca del dispositivo de biopoder, que comprende una serie de tecnologías de poder y saber en la sociedad moderna a través de las instituciones sociales, lo cual significó según el autor:

El establecimiento, durante la edad clásica, de esa gran tecnología de doble faz -anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las relaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida- caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente (Foucault, 1996, p. 169).

Este dispositivo para Foucault articula tanto el poder como el saber en términos de conocimiento, aplicado a discursos, instituciones, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, entre otras cosas. En este sentido el autor entiende al poder como una “relación de fuerzas”, entre el poder y el saber (relaciones de poder y saber), en las cuales subyacen estrategias o técnicas revestidas por el saber, las normas, la verdad y las instituciones.

A partir de estas consideraciones, es como se problematiza el rol de Trabajo Social en el campo de la salud, específicamente en el marco institucional del Programa Aduana a partir del análisis de sus estrategias o técnicas que invisten el saber y las normas, relaciones de poder y saber. Por consiguiente se enfatizar en el estudio de la categoría “Riesgo” al ser ésta la que guía la práctica profesional dentro del Programa y según se plantea en los documentos institucionales, por estar configurada a partir del conocimiento técnico y científico. En segundo lugar se trabaja en las definiciones de la visita domiciliaria expresadas en el Reperfilamiento del Programa Aduana, para conocer si se efectúan estrategias de saber y poder en el espacio de la misma y cómo se relacionan con la práctica profesional.

Por tal motivo, la monografía intenta analizar y visibilizar posibles estrategias de biopoder que se encuentren dentro del marco institucional del Programa Aduana a partir de su Reperfilamiento en el año 2014, para comprender bajo qué mecanismos se desarrolla el rol del pasante de Trabajo Social, principalmente en el espacio de la visita domiciliaria.

Por consiguiente, el objetivo general será, **describir y analizar, desde la perspectiva del biopoder, el dispositivo institucional del Programa Aduana a partir de su Reperfilamiento en el año 2014 enfatizando en la categoría Riesgo y en la Visita Domiciliaria como posibles estrategias biopolíticas, para conocer en qué medida podrían orientar la intervención del pasante de Trabajo Social en las policlínicas municipales de Montevideo, especialmente en Inve 16, Punta de Rieles, Aquiles Lanza y Casabó.**

A continuación se describen los objetivos específicos, definidos en relación a la noción de biopoder que comprende estrategias de saber y relaciones de poder, para conocer a partir de la relación de esas fuerzas, cómo se desarrolla el quehacer del pasante de Trabajo Social en las policlínicas municipales mencionadas. Por tanto, se definen como objetivos específicos:

- Conocer qué tipo de demandas son recibidas por los pasantes de Trabajador Social en el marco del Programa Aduana.
- Conocer qué respuestas le brinda el pasante de Trabajo Social a dichas demandas.
- Conocer qué tipos de tareas realiza el pasante de Trabajo Social en la visita domiciliaria.
- Conocer, según la opinión de los pasantes de Trabajo social, las ventajas y desventajas de la visita domiciliaria para la intervención social en el marco del Programa.

La estrategia teórico metodológica se basó en un diseño cualitativo, tomando en cuenta los aportes de Valles (1999). En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica y análisis documental sobre la temática, que permitió a partir del Manual de Procedimientos del Reperfilamiento del Programa Aduana del año 2014, el estudio y análisis de su dispositivo institucional. Asimismo, dicha revisión bibliográfica posibilitó a través de varias lecturas de

libros, revistas y tesis de grado, la comprensión y aprehensión de los conocimientos y conceptos teóricos referidos a los temas de interés para esta monografía.

Luego de recabar dicha información, se pasó a la realización del trabajo de campo. Se utilizó entonces, la entrevista en profundidad estandarizada abierta², incluyendo una serie de preguntas definidas en base a los objetivos, de respuesta libre, permitiendo la incorporación de elementos emergentes que pudieran ir surgiendo durante su desarrollo. En este sentido, se entiende a la entrevista como una conversación entre el investigador y el entrevistado, donde se privilegian los espacios de entrevista semi-estructurada “(...) guiada por un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado.” (Valles, 1999, p.179).

Las mismas fueron realizadas a pasantes de Trabajo Social de las Policlínicas Municipales de Montevideo que hayan ejercido su rol, luego de haber sido lanzado el Manual de Reperfilamiento del Programa Aduana en el año 2014. Dichas policlínicas son “INVE 16”, “Aguiles Lanza”, “Punta de Rieles” y “Casabó”. El objetivo de las mismas es describir las tareas del pasante de Trabajo Social y de qué manera interviene en el momento de la visita domiciliaria³.

Es importante destacar que, en el caso de las mencionadas policlínicas municipales en Montevideo, no se cuenta con la presencia de Licenciados de Trabajo Social, siendo cubierto ese rol por el pasante de Trabajo Social, ya sea desde las demandas en el área social y como miembro del equipo operativo del Programa Aduana en las visitas domiciliarias. Por tanto, los lineamientos para el trabajador social expresados dentro del Reperfilamiento, se considerarán como lineamientos que le corresponden igualmente al del pasante de Trabajo Social. De igual manera se considerará en el desarrollo del trabajo, el mismo significado para el “rol del pasante social” con el “rol del trabajador social” al considerar que se plantean en ambos casos, los desafíos de la profesión.

² Ver anexo 1: “Pauta de entrevista”, pág. 63.

³ Cabe mencionar que en el Proyecto de Monografía fueron definidas otras policlínicas para las entrevistas, donde surgieron algunos cambios por un motivo de mayor disponibilidad de las pasantes de Trabajo social de las policlínicas mencionadas; además de encontrarse en la actualidad el área social de la Policlínica Casavalle, a cargo de una Licenciada de Trabajo Social.

La monografía se organiza en cinco capítulos. En el primero de ellos se describe el marco institucional del Programa Aduana, comenzando por una breve reseña histórica del mismo y los objetivos que persigue en el marco de su Reperfilamiento. Se continúa con la descripción de otros componentes del Programa que aporten a la idea de un dispositivo desde una perspectiva de biopoder. En relación a esto se desarrolla el funcionamiento de su Sistema de Referencia y Contrarreferencia, su Matriz informática del Programa Aduana “Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial” y los conceptos y objetivos de la visita domiciliaria en el marco de su Reperfilamiento.

En el segundo capítulo se describe el marco teórico desarrollando como categoría central la noción de biopoder según Foucault, acompañado de las ideas de “poder” y “dispositivo”.

En el tercer capítulo, se describe el análisis del dispositivo institucional del Programa Aduana desde una perspectiva de biopoder, comenzando por su análisis a través del estudio de riesgo y culminando en el análisis de la visita domiciliaria como un espacio en el que podrían efectuarse relaciones de saber y poder.

En el cuarto capítulo, se encontrará el análisis de los datos resultantes de las entrevistas realizadas, para contestar a los objetivos planteados en la monografía. Para ello se toman en cuenta las siguientes categorías: Poder, Riesgo y Visita Domiciliaria. Seguidamente en el quinto capítulo se describen las consideraciones finales.

Marco Institucional

Antecedentes del Programa Aduana

El Programa Aduana (PA), fue creado en el año 1971 como sub-programa dentro del área Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (MSP). Este tenía como propósito bajar la tasa de mortalidad infantil, asegurando el control pediátrico del recién nacidos y lactantes al alta hospitalaria dentro del departamento de Montevideo. A partir del año 1974 comienza a operar de forma piloto bajo la dirección del Dr. Alfredo Ramón Guerra (1904-1996), y en el año 1976 se implementa formalmente en el departamento de Montevideo. Su funcionamiento consistía en un sistema de referencia de la población infantil neonatal, y posterior a la gestión del alta hospitalaria, se procedía a la coordinación desde los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell a cuatro centros de Primer Nivel de atención (PNA) del MSP y a diez servicios del Consejo del Niño denominados “Gotas de Leche”. Desde sus inicios, la intervención del PA es guiada por los siguientes objetivos:

- Identificar a la población neonatal en maternidades públicas, y jerarquizar el control de salud, derivando a los mismos/as al servicio barrial más accesible.
- Apoyar el adecuado control de salud y seguimiento hasta el 1º año de vida en base a instrumentos de seguimiento y apoyo como la Visita Domiciliaria y la tarjeta de seguimiento.
- Realizar el monitoreo de las acciones a nivel local y devolver información al nivel central para la evaluación global de la actividad de contra-referencia.
- Realizar el seguimiento en el Primer Nivel de atención de la población infantil egresadas/os de las salas de internación del Tercer Nivel de Atención. (Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 22).

A lo largo de los últimos años, la cobertura etérea y alcance territorial del Programa fue extendiéndose en función a las nuevas demandas sociales. En el año 2007 la población objeto comprendía las edades de 0 a 2 años y finalmente en el año 2011 se amplía a todos los niños y todas las niñas de 0 a 36 meses dentro del territorio nacional (Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 22).

El PA en principio tuvo sus recursos asignados por el MSP hasta el año 2007. Desde el año 2008 a la fecha se financia con los fondos provenientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)⁴.

Programa Aduana en el marco de su Reperfilamiento

Según las fuentes comentadas, se visualiza por parte del Área Niñez y Adolescencia de ASSE, la necesidad de realizar un Reperfilamiento del Programa Aduana, a fin de mejorar los servicios que brinda a su población objeto⁵ adaptándolos a la realidad de los recursos disponibles en el territorio para alcanzar su mayor optimización. Esto requirió repensar en algunos elementos del programa que dieron lugar a una reformulación a nivel estratégico y operativo⁶. A raíz de estos cambios, se plantean nuevos objetivos del PA en el marco del Reperfilamiento, el cual propone como objetivo general:

contribuir a mejorar la calidad de vida y salud integral, asegurando la continuidad asistencial de la población de niños y niñas del Uruguay usuarios de ASSE a través del acceso universal a servicios de salud de calidad en función de las necesidades asistenciales, priorizando las acciones interinstitucionales e intersectoriales a nivel nacional-local-territorial, contribuyendo a la generación de conocimiento sobre la situación de salud y las condiciones de vida de la infancia en Uruguay(Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 37).

Asimismo se describen los objetivos específicos:

- Brindar atención integral a la salud a los niños y niñas usuarios de ASSE de todo el país de 0 a 3 años, jerarquizando las acciones de promoción de la salud, la detección precoz de enfermedades y su tratamiento oportuno mediante la estrategia de consultas programadas en

⁴ En el año 2006 se llevan a cabo en Uruguay, una serie de reformas en el área de la salud. La reforma de la salud se apoya en el cambio de tres aspectos fundamentales: el cambio del modelo de financiamiento, el cambio del modelo de gestión y el cambio en el modelo de atención. Es aprobada la ley 18.211 en el año 2007, describe la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) Para ello el Ministerio de Salud Pública genera un cambio en el sistema de gasto y financiamiento para asegurar una cobertura universal que se propone el SNIS, lo cual se realizará a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Ver en: <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/ley-n%C2%B0-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud>

⁵ “Niños y niñas menores de tres años (hasta 36 meses cumplidos), sus adultos referentes y sus familias” (Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 68).

⁶ Ver anexo 3. Cambios propuestos para el Reperfilamiento del Programa Aduana, Pág.:106

la salud de acuerdo a lo estipulado por el MSP, priorizando a aquellos niños con requerimientos especiales con mayor riesgo.

- Contribuir a asegurar la continuidad de la atención a través de los distintos niveles asistenciales y los servicios desde el nacimiento y aún desde el control de embarazo hasta los 36 meses de vida de todos los usuarios de ASSE.
- Realizar la asistencia coordinada necesaria para facilitar el acceso de los niños y sus familias a las prestaciones de salud, educativas y sociales en un marco de derechos, de equidad, justicia social y desarrollo humano integral, en conjunto con los programas prioritarios nacionales: Uruguay Crece Contigo, Cercanías y Jóvenes en Red.
- Apoyar y orientar a las familias de tal forma de mejorar el sistema de cuidados de los niños y niñas.
- Potenciar el espacio de enseñanza-aprendizaje multidisciplinario para las disciplinas del área salud de la Universidad de la República de nivel de grado y posgrado y para la capacitación y mejora continua de la formación profesional
- Generar información para la gestión del programa de seguimiento, la identificación de necesidades de recursos y el desarrollo de la investigación que permitan mejorar los resultados del programa y la situación de salud de los niños y niñas usuarios de ASSE de todo el país
- Evaluar de manera sistemática la calidad de la asistencia y la continuidad de los cuidados (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.37).

En este contexto de cambios uno de los puntos más fuertes que el Programa se planteó mejorar, es la priorización de las derivaciones de los seguimientos de la población objetivo según su nivel de riesgo, y gestionar adecuadamente los datos en pro de la mejora del servicio y la calidad de vida de la población (Manual de Reperfilamiento, 2014).

A continuación se describe el concepto y clasificación de riesgo expresado en el Reperfilamiento del Programa Aduana (2014), categoría central del dispositivo del Programa, del cual se desprende el funcionamiento de otros mecanismos del dispositivo institucional de Programa. Entre ellos se desarrollan en este capítulo: Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial y visita domiciliaria.

Concepto y clasificación de riesgo en el Programa Aduana

Dentro de la nueva propuesta de Reperfilamiento del PA, se ha discutido la pertinencia de contar con equipos de seguimiento de alto riesgo, conformado por profesionales especializados en patologías neonatales y pediátricas a nivel nacional a fin de realizar los seguimientos domiciliarios necesarios para aquellas familias o situaciones que son consideradas como de riesgo por el PA. La conformación de los equipos, tendrá relación con las necesidades sociodemográficas y epidemiológicas de cada territorio, proponiendo también “asegurar el acceso a las prestaciones pertinentes según las características de riesgo y actuar como nexo temporal de apoyo al equipo del Primer Nivel de Atención referente, actuando ambos equipos de forma conjunta” (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.40).

Las derivaciones que se hagan a estos equipos podrán ser hechos desde los hospitales o desde los servicios de Primer Nivel de Atención (PNA) y las características consideradas de riesgo por consenso para ingresar a un programa de seguimiento al alta hospitalaria se adjuntan en el siguiente cuadro expresado en el Reperfilamiento del PA:

1. Prematurez menor o igual a 32 semanas de edad gestacional clínica.
2. Bajo peso al nacer: 2500g
3. Muy bajo peso al nacer: 1500g
4. Patología que requirió cuidados intensivos.
5. RN que hayan requerido cuidados especiales y que al alta mantengan algún factor de riesgo, a saber:
 - i. Oxígeno dependiente.
 - ii. Apneas del prematuro en tratamiento.
 - iii. Trastornos neurológicos.
 - iv. Malformaciones congénitas mayores.
 - v. Patología quirúrgica compleja o no resuelta.
 - vi. Síndromes hipóxico isquémicos.
 - vii. Trastornos endócrinos en tratamiento.
6. Patologías diagnosticadas por el Programa Nacional de Pesquisa Neonatal: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística, hipoacusia congénita.
7. Lactante o niños con defectos o patologías congénitas mayores.
8. Niños/as con patología orgánica crónica y/o aguda compleja (incluyendo cuidados paliativos).
9. RN que hayan presentado infecciones connatales específicas.
10. Embarazo no controlado o mal controlado (con 4 o menos controles).
11. Madre menor o igual a 17 años.
12. Patología psiquiátrica severa y/o retardo mental de madre o cuidador.
13. Madre o cuidador consumidor de sustancias psicoactivas.
14. Madre con primaria incompleta.
15. Madre y/o padre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otro hijo y/o violencia intrafamiliar.
16. RN o niño huérfano o con abandono materno.
17. RN mal controlado
18. Niña/o mal controlada/o
19. Pobreza extrema
20. Hermano/a fallecido/a antes del año.

Dentro de los cambios propuestos en el Reperfilamiento del PA⁷, se busca intervenir mediante una metodología que permita definir con mayor claridad las condiciones de riesgo y las prestaciones correspondientes para cada situación. Esto remite a la idea de establecer y redefinir los tipos de riesgo, sus indicadores, qué se entiende por los mismos y su operacionalización. De modo que, se define desde el campo de la epidemiología la concepción de riesgo como “una posibilidad aumentada de que ocurra un daño” (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.70).

El PA define dos grupos de riesgo “para dar continuidad asistencial en la red integrada de servicios de acuerdo a características consideradas de riesgo biomédico-psico-social identificadas desde el Control Perinatal, pasando por el ingreso en el Hospital, continuando a lo largo de su vida en la red de servicios del SNIS” (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.70). Por consiguiente, la redefinición de riesgo dentro del Reperfilamiento se clasifica como “riesgo 1” y “riesgo 2”, siendo las primeras acordadas para el Programa según establece la Junta Nacional de Salud, perteneciendo a la población dentro de las situaciones descritas en el cuadro anterior. En el caso de las situaciones pertenecientes a “riesgo 2” son las que no presentan dichas características de riesgo 1, expresándose algunos ejemplos en el Reperfilamiento del PA: edad de la madre, escolarización alcanzada por la misma, madre y/o padre con antecedentes legales relacionados con la crianza de otros hijos y/o violencia intrafamiliar, madre o cuidador consumidor de sustancias psicoactivas, etc. (Manual de Reperfilamiento, 2014).

Si bien ambos riesgos tienen con frecuencia una asociación íntima y de difícil desglose, fue necesario establecer qué tipo de situación adversa se quiere evitar para poder establecer y describir sus indicadores. En este caso los indicadores establecidos para el riesgo social, se relacionan con “posibles dificultades en el cuidado de los niños que puedan comprometer su desarrollo integral y en algunos casos su integridad” (2014, p.70), siendo los de riesgo biológico todas las condiciones físicas y biológicas que obstaculicen el crecimiento y desarrollo normal de los niños entre 0 y 3 años.

⁷ Ver anexo 3. Cambios propuestos en el Programa Aduana, pág. 106.

Asimismo, se define dentro del Manual de Reperfilamiento del PA, el Procedimiento de caracterización asistencia, referencia y contrarreferencia de niños y niñas usuarios de ASSE con riesgo social, siendo su objetivo:

Establecer criterios para definir las situaciones de riesgo social de los niños recién nacidos y hasta los tres años usuarios de ASSE y facilitar el curso a las prestaciones sociales disponibles que los mismos requieran para disminuir dichos riesgos y minimizar posibles daños a su crecimiento y desarrollo (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.133).

Respecto a la definición de riesgo social, la misma es proveniente dentro del campo de la epidemiología, la cual se considera como una probabilidad aumentada de que ocurra un daño. Este concepto se utiliza en el marco de Enfoque de Riesgo para orientar la definición de las políticas públicas. Según Filgueiras, F. y De Armas G. (citado en Manual de Reperfilamiento, 2014), lo definen como “aquellas recurrencias empíricas en las que es posible identificar situaciones de vulnerabilidad social ligadas a categorías de población definidas por diversos criterios (ciclo vital, nivel educativo, clase social, sexo, etcétera)” (p.133).

De igual modo se agrega:

La nueva arquitectura de riesgos tiene relación con: la estructura de edades de la población; el acceso diferenciado de los grupos poblacionales a la riqueza, las oportunidades y prestaciones en general; los cambios ocurridos en la conformación de las familias; la concentración de la pobreza en la infancia, entre otras causas. La modificación de estas condiciones de riesgo tiene estrecha relación con la estructura de bienestar ofrecida desde el Estado a través de las políticas económicas y sociales, y la adecuación o no de las mismas a las necesidades cambiantes de las familias. (Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 70).

A continuación se describe el funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, como uno de los mecanismos que conforman el dispositivo del PA, y que comprende al manejo de la información de los usuarios del Programa a través de los tres niveles de atención en la salud.

Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Programa Aduana.

El Programa Aduana se apoya en un sistema comunicacional mediante mecanismos técnicos y administrativos de referencia y contrarreferencia. Su objetivo es describir el ingreso de información de usuarios al Sistema Informático del Programa Aduana (SIPA) y su contrarreferencia a Servicios de Salud del PNA. Este procedimiento alcanza a todos los ingresos al PA de ASSE.

La referencia es el proceso por el cual el paciente es derivado del primer nivel de atención a otros niveles de atención que poseen otras capacidades resolutivas, con el fin de continuar con la prestación de dicho servicio. La contrarreferencia es el proceso por el cual se informa y documenta la respuesta de la interconsulta solicitada, con el fin de continuar con la intervención desde el primer nivel de atención, una vez atendida satisfactoriamente la derivación.

Este sistema se implementa mediante la articulación de tres componentes organizacionales. En primer lugar, el “Componente central”, conformado por técnicos y profesionales del Área de La Niñez y Adolescencia de ASSE con visión país, siendo sus perfiles técnicos y profesionales comprendidos por el área de la pediatría, enfermería, obstetra/partera, ginecología, profesional del área de la salud mental y profesional del área social. Sus funciones y tareas consisten en la planificación, organización, supervisión y evaluación del programa, como también asesoramiento de los otros componentes del sistema. Debe llevar a cabo el cumplimiento de las metas de los indicadores propuestos para el programa, así como del sistema informático que da apoyo y soporte al funcionamiento del mismo. Es el componente que debe realizar informes periódicos al resto de los componentes -Hospitalario y del Primer Nivel de Atención- de todos los departamentos del país y elevarlos a la Gerencia Asistencial.

En segundo lugar, se encuentra el “Componente Hospitalario”, se ubica en el segundo y tercer nivel de atención y se conforma de dos subcomponentes neonatológico y pediátrico. El subcomponente neonatal incluye los servicios asistenciales especializados y prestaciones dentro de la Unidad Ejecutora Hospitalaria para bebés recién nacidos con menos 28 días de vida. Se encarga de las referencias y contrarreferencias y coordinaciones de toda la población

neonata con los equipos y servicios de referencia del primer nivel de atención, para garantizar la atención y prestaciones según la situación de riesgo detectada. Se incluye también la coordinación a otros programas relevantes. Por otra parte, dentro del subcomponente pediátrico se encuentran los servicios prestados por la Unidad Ejecutora Hospitalaria destinados a la población objeto del PA, excluyendo las prestaciones a los neonatos. Es el sector encargado de realizar las referencias y contrarreferencias y coordinaciones a los lactantes y niños de 0 a 3 años con los equipos de referencia y servicios del primer nivel de atención según el tipo de riesgo detectado, así como también la inclusión a otros programas de relevancia. También deberá garantizar la coordinación a consultas y exámenes policlínicos a aquellos niños o familias que encuentran limitaciones por su condición de riesgo y vulnerabilidad.

Los responsables de cada subcomponente dependerán de la Dirección de cada hospital. El componente hospitalario cumple con las tareas de captación (ingreso al programa), atención y derivación del recién nacido y menores de tres años en las maternidades, hacía un servicio de primer nivel de atención más próximo a su domicilio. En esta instancia es cuando se efectúa el proceso de referencia y contrarreferencia al Primer Nivel de Atención, con el fin de asegurar la continuidad asistencial. Su equipo técnico profesional está conforme por el personal de enfermería, tanto profesional como auxiliar, medicina, registros médicos, psicología y trabajo social.

Por último, en el Tercer Nivel de Atención, este componente depende jerárquicamente de los Directores de las Redes de Atención Primaria (RAP) Departamentales de ASSE. Se organiza en dos niveles diferentes de gestión. En primer lugar desde el nivel micro-gestión que implica la gestión clínica de la asistencia directa a la población objeto del PA hacia los equipos de salud de los efectores periféricos del Primer Nivel de Atención (Centro de Salud, policlínicas barriales, consultorios). El perfil técnico profesional está compuesto por toda la parte de enfermería (auxiliar y profesional), medicina, psicología y trabajo social. En segundo lugar, se encuentra el nivel meso-gestión que implica la gestión a nivel más amplio a nivel sub-regional y departamental (redes de Atención Primaria-RAP). Cumple con las tareas de captación y asegura la continuidad asistencial y atención integral de la salud, enfatizando en la prevención, promoción de la salud y detección precoz de enfermedades y tratamientos oportunos mediante consultas programadas. En este caso también se deberá garantizar la

atención y prestaciones según la situación de riesgo detectada, a la vez que se incluye la coordinación a programas específicos descritos en los otros niveles de atención. Este sector es también responsable de garantizar la coordinación a consultas y exámenes policlínicos a aquellos niños o familias que encuentran limitaciones por su condición de riesgo y vulnerabilidad. Los integrantes del equipo asistencial comprenden enfermeros y enfermeras (auxiliar y profesional), medicina, trabajo social, salud mental y funcionarios administrativos (Manual de Reperfilamiento, 2014).

Matriz informática del Programa Aduana: Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial.

El Programa Aduana realiza su registro y gestión en una matriz informática llamada Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial (SGA) que desde el año 2011 se encuentra en funcionamiento en cada uno de los departamentos del país, sin embargo según expresa el Manual de Reperfilamiento del PA (2014), su cobertura no llega a todos los consultorios y policlínicas barriales, locales y rurales dentro del Primer Nivel de Atención. Esto implica que cada centro de salud deba recopilar los datos del estado de salud de la población que nuclea el Programa en formato papel para luego ingresarlos al sistema informático. En el mismo se ha registrado una serie de dificultades a la hora de hacer un seguimiento estadístico por las propias limitaciones del sistema y por la dificultad del personal de salud en el ingreso de datos, dado la sobrecarga laboral que poseen (Manual de Reperfilamiento, 2014). Los avisos de contrarreferencia se realizan preferentemente vía correo electrónico institucional, archivándose en la bandeja de correos electrónicos.

Respecto a los registros en el seguimiento a la población de alto riesgo en el primer nivel de atención, se define como uno de los objetivos del Programa:

Asegurar las vías de comunicación institucional, así como un registro único en la información de la población objeto del Programa, que permita el monitoreo de la calidad de atención y contribuir a la continuidad asistencial en el marco de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), de la Administración de Servicios del Estado (ASSE), a través del acceso de información confiable de la situación de salud de cada familia objetivo del Programa Aduana (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.173).

Dentro de las vías de registros se encuentra el Sistema informático de Programa Aduana, donde se deben enviar las coordinaciones realizadas y las formas de contacto con las mismas, además del ingreso de las visitas domiciliarias y controles por equipo de seguimiento especializado de riesgo.

Respecto al Sistema de Información, dentro de las debilidades que se registraron fueron la poca facilitación en la gestión y en la realización de estadísticas, apuntando a revertir esa situación mediante un Sistema de información integrado que facilita la continuidad asistencial a través de una historia de salud compartida.

Visita Domiciliaria: Otro instrumento del dispositivo del Programa Aduana

La visita domiciliaria (VD) dentro del dispositivo del PA, constituye una herramienta esencial que tiene como propósito apoyar y acompañar a las familias usuarias de ASSE para un óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, a través de distintas acciones orientadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades. Por consiguiente, el dispositivo del PA que se rige desde un enfoque de riesgo, hace uso de esta herramienta a fin de intervenir y anticiparse al daño, acompañado de una visión de las determinaciones sociales que comprenden al niño, la familia y comunidad.

A continuación se define su concepto según Canetti y Da Luz (citado en Manual de Reperfilamiento del PA, 2014, p. 187), quienes la conciben como:

Una herramienta fundamental para el abordaje familiar. Representa el encuentro con las personas en el mismo ámbito donde transcurre su vida cotidiana. Es una herramienta que contribuye a mejorar y ampliar la información sobre los aspectos del entorno cotidiano que inciden en la salud de todos y cada uno de los miembros del grupo. Al mismo tiempo es un escenario complementario al del sector salud (consultorio), en el que es posible realizar acciones en salud dirigidas a la prevención primaria (educación y promoción de salud), secundaria (detección y tratamiento oportuno) y terciaria (rehabilitación).

Asimismo, en el contexto del Reperfilamiento del PA, una de las fortalezas consistió en haber potenciado esta herramienta de trabajo como:

(..) dispositivo de captación y seguimiento, concibiéndola como un elemento de diagnóstico, promoción de hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo y de enfermedades, así como una oportunidad privilegiada para la intervención a nivel familiar permitiendo efectuar acciones de orientación, educación y fortalecimiento de las estrategias de cuidado a través del trabajo interinstitucional e intersectorial (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.23).

En base a su importancia, el Área de la Niñez y Adolescencia ha promovido la formación permanente de los equipos de salud para la mejora de la calidad de las prestaciones. En este sentido, la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y el desarrollo infantil (RUANDI) en el año 2012, llevó a cabo un proyecto de capacitación e intercambio de experiencias para el cuidado del embarazo y primera infancia en el marco del fortalecimiento del Programa Aduana. Las mismas recogen reflexiones y datos del equipo capacitador y de los participantes en torno a las competencias y características particulares de los recursos humanos a la hora de realizar una visita domiciliaria, además de identificar las debilidades de la herramienta y enfatizar en sus las tareas y metodología.

Conjuntamente de define en el Manual de Reperfilamiento del PA (2014), la VDI a niños y niñas usuarios de ASSE con una condición o factor de riesgo. Su objetivo se aboca a:

“brindar la asistencia sanitaria oportuna, de calidad y segura a todos los niños de 0 a 3 años usuarios de ASSE con una condición o factor de riesgo, junto a su familia y en su entorno, fortaleciendo el vínculo con el servicio de salud” (2014, p. 187).

Dentro de su alcance el procedimiento comprende a todos los equipos del PNA del país, comenzando por la detección de los factores de riesgo que requieran un seguimiento en el domicilio. En esta instancia se incluyen las coordinaciones y actividades necesarias, finalizando en la evaluación y registro en el sistema informático.

Una vez que se realiza la contrarreferencia desde el Nivel Hospitalario al PNA, el equipo o un integrante del PA identifica a los niños de 0 a 3 años usuarios de ASSE en una condición o factor de riesgo a través de los registros del PA. La VDI consta de las siguientes fases: planificación, ejecución, evaluación y registro. En la instancia de planificación se evalúa la pertinencia de la visita, recaudar información de la familia a partir de diversas

fuentes, redefinir el riesgo en caso de que fuera necesario, ubicación de la vivienda y coordinación del vehículo.

Los recursos humanos dentro del equipo operativo de la visita no pueden ser menores a dos integrantes, preponderando la presencia de un licenciado o auxiliar de enfermería. Los mismos se definen en función de los factores de riesgos detectados y de la disponibilidad del Servicio Asistencial de ASSE. También se incluyen referentes de otras instituciones que sean relevantes para la familia.

En el momento de realizarse la VDI deberá efectuarse de acuerdo al facto de riesgo identificado por el equipo del PA en un período de 2 a 7 días desde la detección del riesgo, siendo priorizadas aquellas que presenten un riesgo vital. Dentro de las herramientas metodológicas de la visita se encuentran en la atención de enfermería, educación para la salud, los sistemas de información y registros médicos. Por último se formulan los objetivos de cada visita domiciliaria en particular de acuerdo al riesgo definido y la información recabada de la familia.

En el momento que se ejecuta la visita domiciliaria, el equipo establece un contacto con la familia, acordando fecha y hora para realizar la visita. Desde un primer contacto el equipo de salud deberá identificarse y transmitir el motivo de la visita, procurando establecer un vínculo de confianza y respeto para lograr la participación e involucramiento de la familia. Durante el desarrollo se recoge la información familiar necesaria que incluya la evaluación de recién nacido, la madre, la familia y el entorno. La duración estimada de la intervención será de 35 a 40 minutos según los objetivos planteados o circunstancias emergentes. Dentro de los aspectos a valorar en los recién nacidos se encuentran: su vínculo de apego, lactancia o alimentación, primeros cuidados, pautas de sueño seguro, control de salud, entre otros. En el caso de la madre, características del embarazo, parto y puerperio, condiciones psicosociales y emocionales, nutrición, redes de apoyo y control ginecológico. A la hora de valorar el núcleo familiar es importante evaluar su estructura, composición y característica socio-demográficas, así como también etapa del ciclo de vida, planificación familiar, redes de apoyo familiares y pautas de desarrollo y estimulación temprana. Por último dentro de los aspectos de la vivienda y el entorno, se consideran las características de la vivienda (materiales, saneamiento, agua potable, hacinamiento, colecho), condiciones de higiene, existencia de

basurales, servicios de atención a la primera infancia, organizaciones barriales y servicios de salud.

En la fase de cierre de la visita, se evalúan las actividades realizadas, el logro de los objetivos reforzando los aspectos positivos y se pactara juntos con la familia intervenciones posteriores. Se coordinará fecha para el control del niño y de otros integrantes de la familia. Finalmente el equipo registra la visita en el Formulario de VDI para ser adjuntado a la historia clínica de la familia.

Dentro del sistema de registros de la visita domiciliaria, se encuentran los siguientes:

- Formulario de captación y seguimiento de Programa Aduana (Tarjeta Verde): El equipo responsable de la VDI registrará fecha, motivo y resultado de visita.
- Sistema Informático de Programa Aduana: Sistema de Gestión Asistencial. El referente del PA registrará fecha, motivo y resultado de la VDI en el sistema informático.
- Formulario de VDI: El equipo responsable de la ejecución de la VDI registrará la misma en un formulario para adjuntarlo a la Historia Clínica.
- Registro de seguimiento de acuerdos e intervenciones: Deberá registrarse en Hoja de Evolución y adjuntarse al formulario de VDI. Se registrará seguimiento de cada problema detectado en la primer VDI, asociándolos con datos de la historia clínica individual y familiar. Deberá contar con la fecha de intervención, cumplimiento de los acuerdos generados, aparición de nuevos problemas emergentes y fecha de nuevos contactos de seguimiento en consultorio o en domicilio (Manual de Reperfilamiento, 2014).

Marco Teórico

Una aproximación a la noción de Biopoder desde sus estrategias anatomopolíticas y biopolíticas en la sociedad moderna

A partir de las interrogantes planteadas en la introducción de esta monografía, se desarrollan las ideas de Foucault en torno a los dispositivos del biopoder, para dar luz al análisis del marco institucional del Programa Aduana a partir de esta perspectiva.

Dentro de la extensa obra de Michel Foucault, se centra un gran interés en el análisis de la sociedad moderna, enfatizando gran parte de su estudio en el cuerpo humano como objeto de múltiples estrategias de disciplinamiento y poder/saber. Para el autor, el espacio visible donde se materializan dichas estrategias serán las instituciones sociales, como por ejemplo clínicas psiquiátricas, hospitales, asilos, centros educativos y pedagógicos, prisiones y en el terreno de las ciencias humanas. En este sentido, nos encontramos con una noción del cuerpo como objeto y blanco de dominación, un cuerpo que a lo largo de la historia ha sido desmembrado, sujeto y subordinado a distintos dispositivos de control y vigilancia, en un contexto que el autor denominó “sociedad disciplinaria” (Foucault, 2008), conviviendo con nociones que nos hablan del poder como productivo.

En este sentido, se pretende analizar el dispositivo institucional del Programa Aduana a través de las relaciones de poder y saber de las que forma parte, para identificar posibles elementos de su dispositivo que puedan vincularse a estrategias de poder.

El elemento central del cual se desprende el estudio de Foucault, es en la relación cuerpo-poder/saber y en identificar y analizar las relaciones de poder existentes en el seno de todas las prácticas sociales. Es allí donde el cuerpo pasa a ser objeto de esas relaciones de poder, no se encuentra por fuera del mismo, sino que es objeto de él. La noción de poder como objeto de análisis en Foucault, no pretende tener una definición a priori, sino que trata de un intento por describir su cómo y no el por qué, en visibilizar cuáles son sus mecanismos y maneras que se desarrollan esas relaciones de poder.

Bajo esta misma línea se define también, al cuerpo como un campo político, el cual a partir de un interés público pasa a ser intervenido y regulado, siendo éste el escenario donde se desarrolla la noción de biopoder, de la cual se desprenden dos estrategias que la sustentan: la “anatomía política del cuerpo humano” y la “biopolítica de la población” (Foucault, 1996).

A partir del presente monografía y a la luz de dichas ideas, se pretende analizar el dispositivo del Programa Aduana a partir de su Reperfilamiento en el año 2014, para identificar si dentro de su marco institucional se pueden visualizar estrategias del biopoder y de qué manera pueden reflejarse en el rol del trabajador social, específicamente en la visita domiciliaria.

Para el abordaje de este tema, se tomarán como eje central las nociones de Biopoder que expresa Michel Foucault en los textos “Vigilar y Castigar”; primer tomo de “La Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber; y en “Seguridad, territorio, población”.

Se torna importante, primeramente describir a qué refiere el autor en su estudio del poder, para comprender uno de los elementos centrales de su obra, del cual partirá el análisis de la presente monografía.

En primera instancia, el autor describe la noción de poder como una “relación de fuerzas” (saber/poder). Se torna importante entender que, esta relación de fuerzas no conforma una entidad, ni tampoco radica sólo en el Estado, sino que el ejercicio del poder se experimenta en todos los espacios dentro del entramado social (diferentes campos, instituciones y grupos). Por tanto, estas fuerzas de poder que se encuentran en todos los espacios sociales y se caracterizan por ser omnipresentes, se expanden en las prácticas diarias en un contexto temporal y cultural determinado (Foucault, 2008).

Es por ello que Foucault centra su atención en identificar cómo cobra vida esa relación de fuerzas y en los mecanismos por los cuales interactúan dentro de la sociedad moderna. Su visión no intenta describir un poder que reprime, prohíbe y obliga, sino como un poder productivo, que produce efectos de saber y poder. El individuo es por tanto objeto de poder, ya que éste lo atraviesa, lo invade y parte del individuo actuar en esas relaciones de poder (Foucault, 2008).

Para describir las características más importantes en la idea de poder que Foucault aborda en sus obras, se tomarán en cuenta los aportes de Emiliozzi Sergio (citado en García, Ana María, 2001).

Según Emiliozzi, Foucault sostiene que, en primer lugar no deben analizarse las formas de poder a partir de su centro, sino de sus extremidades “allí donde se inviste en instituciones y toma cuerpo en técnicas” (2001, p.108). En segundo lugar, considera que el poder no es algo que se adquiere como por ejemplo un bien, sino que debe ser “analizado como algo que circula y funciona en cadena y se ejerce a través de una organización que denomina “reticular”; no se aplica a los individuos, sino que transita a través de ellos” (2001, p. 108). En tercer lugar, señala que en el principio de las relaciones de poder no existe una oposición entre dominantes y dominados de forma descendente, sino que debe ser analizado de forma ascendente “individualizando a los agentes reales, con su historia, su trayecto y sus técnicas, para poder señalar luego de qué manera, en qué coyuntura y mediante qué transformaciones devinieron en económicamente ventajosas y políticamente útiles” (2001, p.108). En cuarto lugar, no se trata de analizar al poder a nivel de la intención, sino desde el interrogarnos sobre “las modalidades que adquiere el vínculo directo e inmediato del poder con su objeto” (2001, p.108). En quinto lugar, las relaciones de poder no se encuentran externas con respecto a otras, sino que son inmanentes y desempeñan un papel productor. En sexto lugar, en torno al poder se forman saberes. En este caso, Emiliozzi extrae de “Microfísica del Poder” una cita de Foucault: “... existe una perpetua articulación del poder sobre el saber y del saber sobre el poder (...) ejercer el poder crea objetos de saber, los hace emerger, acumula informaciones, las utiliza (...) el ejercicio de poder crea perpetuamente saber e inversamente el saber conlleva efectos de poder” (2001, p.109).

Foucault en su obra “Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber”, y en su capítulo quinto titulado “Derecho de muerte y poder sobre la vida” desarrolla un análisis en base a la función y alcance político del biopoder y los modos de apropiación política de la vida en la sociedad moderna.

Entre comienzos del siglo XVII y mediados de siglo XVIII, este poder sobre la vida se distingue en dos momentos, dentro de los cuales se desarrollan una serie de tecnologías y técnicas. En primera instancia, fue llevado a cabo mediante las “disciplinas del cuerpo” o

“anatomía política del cuerpo humano”; y en segundo lugar, mediante las “regulaciones de la población” o “biopolítica de la población”. Ambos fueron espacios privilegiados para la base del desarrollo del poder/saber, sobre la vida de las personas (Foucault, 1996). Dichas definiciones serán desarrolladas a lo de los párrafos siguientes.

En el capítulo de Foucault (1996) titulado “Derecho de muerte y poder sobre la vida”, el autor realiza un breve recorrido por la historia, fundada en un contrato de sumisión al soberano. En este contrato, el soberano poseía un “derecho de vida y de muerte” en pro de su propia supervivencia, como lo fue por ejemplo, en el caso del rey sobre sus súbditos. Hasta este entonces el poder se entiende como derecho de retención, apropiación de las riquezas, del tiempo, del cuerpo y de la vida.

¿Está amenazado por sus enemigos exteriores, que quieren derribarlos o discutir sus derechos? Puede entonces hacer la guerra legítimamente y pedir a sus súbditos que tomen parte de la defensa del Estado (...), es lícito para él exponer sus vidas (Foucault, 1996, p. 163).

En occidente a mediados de la edad clásica, ocurren una serie de transformaciones en los mecanismos de poder, siendo el cuerpo su blanco. Estos mecanismos tienen como función: el control, la vigilancia y organización de las fuerzas que somete, caracterizándose por un poder que “se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales” (Foucault, 1996, p. 165). Estamos entonces frente a una anatomía política de los cuerpos.

Para entender esta idea, es importante tener en cuenta la relación entre docilidad - utilidad, a la cual Foucault llamó “Disciplinamiento” como una nueva anatomía política del cuerpo, un cuerpo manipulable, moldeable, al cual se lo educa de tal forma para que pueda multiplicar sus fuerzas, en el marco de ciertos intereses. Esta noción del cuerpo como objeto de poder, refiere a un objeto dócil al que se le puede inducir, encaminar, desviar para que quede receptivo frente a las relaciones de poder en las que se encuentra inmerso dentro de una sociedad (Foucault, 2008).

En la instrumentación de dichas disciplinas, serán encargadas ciertas instituciones sociales con el fin de corregir las capacidades y fuerzas de los individuos dentro de un aparato de normalización. Dichas instituciones tales como las pedagógicas, las psicológicas y

psiquiátricas, el hospital o el asilo, el trabajo, las fábricas, la prisión, etc., tienen como fin construir individuos dentro de los estatutos normales, dirigiéndose sus conductas de acuerdo a la norma. Bajo esta lógica se comprende que, un individuo normalizado, es útil, productivo y rentable para la sociedad.

En el esquema de la sociedad disciplinaria, Foucault (2008) hace referencia a una red de dispositivos normativos que producen y regularizan hábitos y prácticas en la vida de las personas mediante distintas técnicas de vigilancia. En este sentido el autor centra su estudio en el sistema carcelario, específicamente en la técnica del Panóptico⁸ como metáfora de la sociedad moderna, al encontrar cierto paralelismo entre el dispositivo del panóptico con el resto de las instituciones sociales antes mencionadas. ¿Pero de qué manera se logra mantener el cumplimiento de estas normas? Para el autor la respuesta se encuentra en las “instituciones disciplinarias” (Foucault, 2008), definidas como “estructuras de vigilancia”, que tienen en común el hecho de vincular a los individuos a un aparato normalizador de los hombres.

Esta tecnología individualizante del poder que registra, compara e inspecciona, Foucault (2008) la denomina “anatomía política”. Una política que hace al individuo su blanco hasta anatomizarlo, siendo la vigilancia un instrumento de la disciplina.

El autor entiende que la disciplina intenta normalizar (normalización disciplinaria) bajo un modelo que busca obtener determinados resultados: orientar actos y comportamientos que se ajusten a la norma. Es por tanto que, el elemento central dentro de la normalización disciplinaria es la norma y la misma posee un carácter prescriptivo, de modo que lo normal pasa a ser todo aquello que es capaz de ajustarse a la norma, mientras que lo anormal, refiere a todo aquello incapaz de hacerlo. En resumen, lo que el autor intenta describir es que las técnicas disciplinarias se tratan básicamente de una normación que marca una normalización (Foucault, 2004).

⁸ El Panóptico es un tipo de estructura carcelaria con forma de anillo, situándose en el medio un patio con una torre en el centro. Adentro de la misma se encontraba un vigilante sin que nadie pudiera verlo. El panóptico lo que busca en el individuo es, crear un estado de visibilidad y conciencia de que siempre será vigilado más allá de su percepción. En este sentido el autor señala que “la visibilidad es una trampa” (Foucault, 2008, p. 98).

Esta idea de relaciones de poder/saber los cuerpos, es desarrollada dentro de una coyuntura histórica determinada, que responde a un sistema económico de producción capitalista. El autor identifica dicho poder sobre los cuerpos, como un elemento primordial para su desarrollo, debido a que se torna impensable la acumulación del capital, sin la acumulación de los hombres como sujetos sometidos. En el marco de una sociedad capitalista, esta nueva tecnología del poder y disciplinamiento detallado de los cuerpos, tendrá por objeto y objetivo, la vida de los individuos, su producción y reproducción. En torno a esta lógica capitalista Foucault (1996) agrega:

El ajuste entre la acumulación de los hombres y la del capital, la articulación entre el crecimiento de los grupos humanos y la expansión de las fuerzas productivas y la repartición diferencial de la ganancia, en parte fueron posibles gracias al ejercicio del biopoder en sus formas y procedimientos múltiples. La invasión del cuerpo viviente, su valorización y la gestión distributiva de sus fuerzas fueron en ese momento indispensable (p.171).

A mediados del siglo XVIII, existe una diferencia en la mirada y mecanismos para controlar y regular al individuo. También se plantea un ejercicio del poder, pero que tendrá como blanco en este caso, a la población entera y al individuo como especie, como entidad biológica y mecanismo viviente en el que se desarrollan los procesos biológicos de la vida. En este momento es cuando la problemática de la salud se torna decisiva y de interés público, y comienzan a considerarse ciertos cuidados y controles para la regulación de la población, básicamente en materia de higiene pública y en la relación tasa de natalidad y mortalidad. A partir de este momento es cuando el Estado comienza a amparar el derecho al cuidado e intervención del cuerpo, dando paso a la habilitación de instituciones públicas de salud, educación y bienestar familiar, quienes intervinieron mediante controles reguladores de la población. Dicha administración de la vida, fue un objeto político el cual requirió el desarrollo de una nueva tecnología del conocimiento, técnicas de observación y registro de datos, a lo que Foucault (1996) denominó como “biopolítica de la población”.

En este momento es cuando se habla de un Estado que comienza a amparar el derecho al cuidado e intervención del cuerpo y de la población, dando paso a la habilitación de instituciones públicas de salud, educación y bienestar familiar que intervinieron mediante controles reguladores de la población.

Bajo esta misma línea, a mediados del siglo XVIII, se enfatiza en los cuidados de la primera infancia respecto a las condiciones físicas y económicas de su supervivencia para que su desarrollo sea óptimamente útil. Se determinan una serie de reglas, obligaciones de los padres para con sus hijos, medidas de higiene, alimentación, cuidados, salud, adjudicando a la familia la responsabilidad de la supervivencia del niño. De este modo la familia se convertiría para el niño en “el marco inmediato de supervivencia y evolución” (Foucault, 1985, p.96). El espacio familiar y doméstico pasa a ser el espacio donde la medicina pone todos sus esfuerzos y conocimientos para su subsistencia.

Sucede entonces que, al convertirse la vida en objeto administrable, es cuando “el viejo derecho de hacer morir o dejar vivir fue reemplazado por el poder de hacer vivir o de rechazar hacia la muerte” (Foucault, 1996, p. 167). Si bien antiguamente el derecho era en realidad el derecho de hacer morir o dejar vivir, en este caso, la lógica del poder soberano legitima la autoridad del gobernante, cuya finalidad es la de posibilitar el bienestar y la seguridad de la población (Foucault, 1996).

La vieja potencia de la muerte en la cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida. Desarrollo rápido durante la edad clásica de diversas disciplinas (...) de técnicas diversas y numerosas para obtener la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones. Se inicia así, la era del “biopoder” (Foucault, 1996, p. 169).

Un claro ejemplo en la historia del cuerpo como objeto de múltiples estrategias de disciplinamiento fue la sexualidad, que por un lado fue un elemento central de las estrategias anatomo-políticas, pero también biopolíticas en busca de regular el crecimiento de la población. Este dispositivo que se difunde en todo el cuerpo social, hace al poder más eficiente y permite “aumentar la producción, desarrollar la economía, difundir la instrucción, elevar el nivel de moral pública, hacer crecer y multiplicar” (Foucault, 2008, p. 211).

El dispositivo biopolítico posibilitó la emergencia de todo un campo de saberes articulados para llevar a cabo su intervención. Implicó la unión de varias disciplinas, como la medicina, la biología y la estadística para mantener un registro de la reproducción humana, sus nacimientos, enfermedades y mortalidad. Este desarrollo de conocimientos relativos a la vida y supervivencia de los hombres, implicó cierto dominio sobre la vida de las personas.

Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político; el hecho de vivir ya no es un basamento inaccesible que sólo emerge de tiempo en tiempo, en el azar de la muerte y su fatalidad; pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder (Foucault, 1996, p.172).

A través de los discursos se legitiman y producen enunciados de lo que se considera correcto e incorrecto, bueno o malo, sano e insano en el imaginario de una sociedad disciplinaria. Estas ideas construidas, son las que enmarcan a las masas humanas, al orientar sus códigos comportamentales para manipular sus fuerzas en pro de esos discursos que mantienen los principios de lo correcto y deseable en una sociedad.

Para el autor, el saber y el poder se encuentran estrechamente vinculados, sosteniendo que no existe saber sin presuponer relaciones de poder. Para Foucault (1996) el poder no sólo tiene una connotación represiva, también produce saberes en términos de conocimientos, siendo esto la base para la implementación de las estrategias biopolíticas, a partir de un conjunto de estrategias de saber y de relaciones de poder, siendo los fenómenos de la vida de la especie humana, el escenario privilegiado para dichas estructuras de saber y de poder.

Estas formas de conocimiento y formulación de enunciados, son el resultado de un complejo juego de relaciones de poder. No existe sujeto de conocimiento aislado de un esquema de poder, ni éste al margen de los saberes que lo constituye y restablece, agregando que:

No es la actividad del sujeto de conocimiento lo que produciría un saber, (...) sino que el poder-saber, los procesos y las luchas que lo atraviesan y que lo constituyen, son los que determinan la formas y dominios posibles de conocimiento (Foucault, 2008, p. 34).

El saber y el poder se conjugan dentro de los discursos, el cual existe mediante y a través de las relaciones de poder (Foucault, 1992). De aquí parte otra arista dentro del análisis de Foucault, sobre los discursos que producen verdad o precisamente, la “política de la verdad”. Es a partir de las interacciones sociales donde el poder produce efectos de verdad (Foucault, 1996). En este sentido, la medicina moderna se transformará en una estrategia discursiva, cuyo objetivo será producir efectos de verdad.

En este sentido, el autor plantea el desafío de descifrar y conocer las técnicas, procedimientos y mecanismos por los cuales los discursos son tomados como verdaderos en el interior de la sociedad moderna, así como también, las instancias y mecanismos que sancionan los verdaderos y falsos discursos.

En el estudio de los dispositivos de poder en la sociedad moderna y en el análisis del marco institucional del Programa Aduana desde una visión de biopoder, es que se enfatizará a continuación en el “dispositivo de riesgo” como una categoría que atraviesa al programa, y desde la cual se podría identificar como uno de elementos que conforman esa red de fuerzas que responden a determinadas relaciones de poder y saber, para después ahondar en la intervención del trabajo social en torno a esta temática.

Dispositivo según las nociones de Michel Foucault

Para dar respuesta al objetivo general del trabajo, el cual pretende analizar se el dispositivo institucional del Programa Aduana, se considera importante describir y comprender el concepto de “dispositivo” desarrollado por Michel Foucault para dar luz al análisis del trabajo.

El autor, divide el concepto mediante tres niveles de entendimiento, en primer lugar afirma que el dispositivo es una red:

Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos (Foucault, 1985, p. 128).

En segundo lugar, señala como relevante comprender la naturaleza de la red:

Lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. Así pues, ese discurso puede aparecer bien como programa de una institución, bien por el contrario como un elemento que permite justificar y

ocultar una práctica, darle acceso a un campo nuevo de racionalidad. Resumiendo, entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, estas también, ser muy diferentes (Foucault, 1985, p. 128).

En tercer lugar, relaciona al dispositivo como un acontecimiento, señalando que, “por dispositivo entiendo una especie – digamos- de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia” (Foucault, 1985, p.129).

A partir de estas aclaraciones, se entiende por dispositivo a una red de fuerzas que se establece entre distintos elementos (discursos, leyes, enunciados científicos, morales, etc.) que se muestran como expresión de lo social, y que permite dar cuenta del entramado de relaciones de poder y saber mediante su capacidad de producir sentidos. Es decir, es la red que “sujeta” al hombre porque lo constituye como sujeto, a la vez que lo subyuga en una trama de significados (relaciones de saber) y también en un conjunto de relaciones de mutua influencia (relaciones de poder) (Foucault, 1976).

En este sentido, el autor considera al dispositivo como una herramienta articuladora de las nociones de poder y saber, un poder que funciona como un “haz de relaciones más o menos organizado, más o menos piramidalizado”.

Para concluir este capítulo y considerando los aportes de Foucault, respecto a los mecanismos que imparte una estrategia biopolítica, a partir de un dispositivo de poder enmarcado en un conjunto de estrategias de saber y relaciones, se destaca dentro del dispositivo del PA un equipo técnico- operativo que llevó adelante este documento de propuesta de Reperfilamiento. Dentro del mismo se conjugan distintos saberes y profesiones en el área de la medicina y área social, tales como la médicos pediatras, neonatólogos, médicos de familia y comunitarios, epidemiólogos, licenciados de enfermería, auxiliares de enfermería, gestores, licenciados en Trabajo Social, psicólogos, obstetras, parteras y médico legista, todos ellos siendo internos de ASSE.

Dentro de los objetivos del Reperfilamiento, se considera pertinente por parte del área de la medicina, social y de la epidemiología la redefinición de su población objeto a partir de un enfoque de riesgo, siendo ésta la categoría que guía la práctica profesional dentro del

Programa. En este sentido, el dispositivo de riesgo podría vincularse a una estrategia biopolítica del cual se organizan los distintos mecanismos del dispositivo institucional del PA mencionados anteriormente.

A continuación, a través del estudio de riesgo, se describe y analiza la manera que opera la categoría de riesgo dentro del Programa, para conocer mediante qué argumentos puede vincularse a una estrategia de biopoder.

Dispositivo institucional del Programa Aduana desde una perspectiva de biopoder

Hacia nuevas formas de vigilancia de las poblaciones de riesgo.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX, se dan en nuestro país, una serie de cambios en el modelo de intervención social y en el campo de la protección social. En la “segunda modernización” asociado al gobierno batllista (1940-1960), este período implicó un conjunto de cambios en materia política, económica y social, en los cuales se vincula un fuerte proceso de medicalización⁹ en la sociedad uruguaya. Este proceso tuvo sus antecedentes en el modelo higienista instaurado a fines del S. XIX y comienzos del S. XX, y se asocia a nuevas formas de atender y responder a las demandas sociales dentro del área sanitaria.

En este modo de intervención, la noción de riesgo se visibiliza como un elemento externo en la sociedad, factible de causar un daño en la salud, desde el punto de vista colectivo. Es en este sentido que, “la utilización del término riesgo (...) está asociado, no a la indicación de situaciones atribuibles a los individuos, sino como indicador de situaciones poblacionales.” (Ortega, 2008, P. 42).

Bajo esta perspectiva se codifican un conjunto de problemas sociales, vinculado a las condiciones de vida de los sectores urbanos más pobres, apoyado en un desarrollo importante de la bacteriología. Este modelo fue configurado de la mano de otros mecanismos, tales como en la creación de instituciones de carácter inspectivo para el control de enfermedades infecciosas, la familia como lugar central de intervención, la legitimidad social por parte del saber/poder médico y el cambio que tienen las funciones hospitalarias (Ortega, 2008). Esto implicó una expansión de la medicina y saber médico a determinados ámbitos de la sociedad en los que anteriormente no intervenía.

A mediados del S. XX, la intervención de lo social en el ámbito de la salud, toma un rumbo diferente, al ocurrir un cambio dentro del propio saber médico. Entorno a estos cambios señala Ortega (2008) “estaría caracterizado por la endogenización de los modelos etiológicos, tanto en la esfera de la medicina clínica como de la epidemiología y de la salud pública” (2008, p.77). A partir de este marco nace una idea de “individualización” y

⁹ Dicho proceso hace referencia a “la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos” (Portillo en: Ortega, E y Vecinday, L., 2009, P. 13).

“familiarización” en los factores de riesgos sanitarios, adjudicados al medio familiar en la producción de la salud y enfermedad, lo cual significó la base de una intervención educativa y preventivista, que pretende fomentar hábitos de vida saludables y de autocuidado (Ortega, 2008).

En las últimas décadas se registran grandes cambios en la forma de pensar y definir los problemas sociales: su codificación en términos de riesgo. En referencia a esto, Ortega (2011) señala dos elementos claves para que la categoría riesgo se sitúe en el centro de la intervención social. Por un lado, el ámbito de la vida social que pasa a formar parte de un campo conceptual factible de ser medido y cuantificado y por otro, la idea de futuro o incertidumbre y su relación con la prevención. Por tal motivo, los cambios sucedidos en la gestión del riesgo, hacen de éste un dispositivo individualizador de la protección social.

Por consiguiente se define la noción de riesgo que Mitjavila y Vecinday (2011) extraen de Luis Castiel, considerándolo como “la posibilidad de sufrir un daño. No es un atributo constitutivo de individuos y cosas, sino que es una construcción mental, es una abstracción de un observador; es un modelo relacional de variables” (p. 80). En este sentido, la gestión de la protección social basada en un enfoque de riesgo, trabaja bajo la misma línea del enfoque de riesgo epidemiológico, al valorarse comportamientos individuales con base en datos poblacionales (Mitjavila y Vecinday, 2011).

Es a partir de los procesos de individualización y de responsabilización del riesgo que se presencia el cálculo del mismo, orientado en su detección y desarrollo de estrategias socio-políticas para reducir sus efectos. Para ello se requirió de dispositivos en la intervención social como base institucional de los procesos de individualización (Ortega y Vecinday, 2009).

Es así como en las últimas décadas, en plena expansión hegemónica del neoliberalismo, la cuestión del riesgo ha ido adquiriendo una presencia destacada en el saber experto, instituyendo significados y formas de enunciación que involucran al conocimiento y la gestión en el cuidado de la salud y control en las conductas de riesgo. Esto dio paso al desarrollo de nuevas tecnologías biopolíticas que proporcionaron la inserción de la idea de

riesgo en los campos de la medicina, de la epidemiología y de la salud pública para el control de los procesos vitales de las poblaciones. En este sentido señala Foucault (1996):

Por primera vez en la historia, sin duda, lo biológico se refleja en lo político; el hecho de vivir ya no es un basamento inaccesible que sólo emerge de tiempo en tiempo, en el azar de la muerte y su fatalidad; pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder (p.172).

En efecto mediante estas relaciones de poder/saber del saber experto de la medicina y de la epidemiología, el control y regulación de la población en la gestión del riesgo, es manejado por diferentes técnicos y especialistas. En este sentido, el PA se apoya de un conjunto de distintas disciplinas en el área de la medicina, la biología y área social, tales como pediatras, licenciados y auxiliares de enfermera, epidemiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, obstetras, parteras, etc. (Manual de Reperfilamiento, 2014). Este campo del saber dentro del dispositivo del PA, tuvo como desafío ampliar sus conocimientos para llevar a cabo un Manual de Procedimientos en el marco de su Reperfilamiento, en busca de una atención que logre dar respuesta de a las nuevas exigencias, demandas y problemáticas de la primera infancia en Uruguay.

EL Programa Aduana como estrategia biopolítica, habla de las prioridades de una agenda pública que valora los derechos de los niños en Uruguay, siendo la atención médica uno de los fundamentales para su crecimiento en buena salud física y mental. Como objeto político, el Programa interviene en cierto sector de la población que abarca a todos los niños y niñas de 0 a 3 años, usuarios de ASSE que se encuentren en situación de riesgo.

De esta manera puede observarse como la categorización del riesgo dentro del Reperfilamiento del PA, es la que orienta los mecanismos de su dispositivo institucional, su intervención profesional, además de funcionar como un mecanismo de focalización de los servicios del Programa. En este aspecto, Mitjavila y Vecinday (2011) consideran al enfoque de riesgo como “un mecanismo idóneo para determinar quienes tiene derecho a recibir determinadas prestaciones sociales. Focalizar con base en riesgos significa establecer, a partir de la determinación de ciertas características y comportamientos individuales, predefinidas técnicamente, un recorte dentro de un conjunto poblacional” (P.83).

En virtud de ello, según los cambios propuestos dentro del Reperfilamiento del PA se busca una metodología que permita definir con mayor claridad las condiciones de riesgo y las prestaciones correspondientes para cada situación. Esto remite a la idea de establecer y redefinir los tipos de riesgo (biológico y social), sus indicadores, qué se entiende por los mismos y su operacionalización. De modo que, se define desde el campo de la epidemiología la concepción de riesgo y su clasificación, explicitado en el apartado correspondiente al marco institucional del PA.

En relación a esto Castel (1984) señala que esta objetivación de las diferencias en la clasificación del riesgo, “dispone de un sistema de codificación bastante riguroso (...) proveerse de los medios para inventariar sistemáticamente todos los sujetos que componen una población dada” (p.138). De modo que, se requerirán una serie de requisitos fundamentales a nivel institucional y tecnológico, comenzando por un sistema de información que disponga un sistema de codificación preestablecido de los sujetos, acompañado de un cuerpo de saber y un equipo administrativo para las tareas de codificación. Estos elementos fueron explicitados como parte del dispositivo del PA desde las distintas disciplinas y saberes que lo componen, las tareas realizadas en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia y en el uso del Sistema Informático del PA: Sistema de Gestión Asistencial.

En el análisis de los instrumentos de la evaluación del riesgo, existe una tendencia en la búsqueda de modelos formales de intervención profesional, la cual se desarrolla a partir del análisis del modo de vida de las personas en base a estos modelos predefinidos (Mitjavila y Vecinday, 2011). De esta manera pudo verse como se clasifican los distintos tipos de riesgo dentro del Reperfilamiento del PA, que responde a un estudio de la medicina y de la epidemiología (entre otras disciplinas) en base a un listado de “déficits” físicos, mentales, caracteriales y/o atribuibles a una situación social en particular en base a esos modelos formales preestablecidos. En este sentido las autoras agregan que esta intervención en base a esos modelos “aparece reforzada por el soporte necesario a la focalización y que van a requerir un sistema de información y vigilancia, sistemas de medición y sistemas de selección (inclusión/exclusión)” (Mitjavila y Vecinday, 2011, p. 84).

Estos nuevos sistemas de protección social en base a la evaluación de riesgo, han encontrado apoyado en los avances tecnológicos de la informática y de la estadística, dando paso al funcionamiento de prácticas y dispositivos de intervención cada vez más tecnificados.

(...) la introducción del enfoque de riesgo en la gestión de la protección social ha significado una creciente tecnificación de los dispositivos y prácticas institucionales. Un conocimiento sobre lo social que se pretende cada vez más minucioso junto con los avances en la informática han sido los factores que han contribuido a consolidar un proceso sofisticado y objetivo de identificación de los beneficiarios de la asistencia” (M. Mitjavila, L. Vecinday, 2011, p. 79).

En concordancia a esto, el Área de la Niñez y la Adolescencia visualiza la necesidad de realizar un Reperfilamiento del PA y para ello fue importante su adaptación a la realidad de los recursos disponibles en los territorios con el propósito de:

“optimizar y hacer más eficiente la utilización de los mismos, así como también priorizar las intervenciones derivadas de los seguimientos de la población objetivo según su nivel de riesgo y gestionar adecuadamente los datos en pro de la mejora de los servicios y calidad de vida de la población” (Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 29).

En este aspecto, el PA como estrategia biopolítica en la gestión del riesgo, cuenta con un soporte técnico a través de su dispositivo institucional, encargado de emplear toda clase de mecanismos de control y vigilancia de su población objeto. En este aspecto según los procedimientos mencionados dentro del marco institucional del PA, tales como su Sistema de Referencia y Contrarreferencia, sistema informático, son los mecanismos que se rigen principalmente por la categoría de riesgo y que responden a nuevas formas de vigilancia dentro del dispositivo institucional del Programa Aduana.

Esto se explica en la articulación y el esfuerzo de todo un campo de saberes y cuerpo administrativo para la configuración, gestión y ejecución de una propuesta de acción desde los distintos niveles de atención desde el PA explicitados en otros capítulos. Como se mencionó dentro de los componentes organizacionales del PA, el recién nacido es captado antes de su egreso dentro de los centros pediátricos y hospitalarios para ser derivados de manera informada mediante un sistema de referencia y contrarreferencia a centros de

atención próximos a su domicilio. De este modo es como se efectúan una serie de procedimientos sistemáticos desde el dispositivo del Programa como puerta de salida desde el hospital, “custodiado” bajo a un conjunto de seguimientos, hacia el primer nivel de atención.

Es por tanto que, estos mecanismos de captación¹⁰, derivación y seguimiento de su población objeto, tienen como fin controlar, manejar y vigilar una serie de datos específicos de un sector de la población en torno a factores de riesgo, lo cual según Castel (1984) desde una mirada post disciplinar, podría significar una “nueva modalidad de vigilancia”, mediante la “detección sistemática” de su población:

“La eventual intervención frente a individuos preseleccionados sobre criterios individualizados, descontextualizados en relación al entorno, economiza una acción preventiva general sobre el medio. Pero la operación permite también organizar un fichero general de anomalías. Delimita el perfil individual que permite perfilar un proceso social” (p.139).

En esta modalidad de vigilancia poblacional, según Castel (1986) existe una “desaparición del sujeto de carne y hueso” pasando a intervenir sobre un conjunto de abstracciones en relación a los factores de riesgo. El autor compara esta nueva modalidad de vigilancia con el dispositivo del Panóptico de Foucault¹¹, para enfatizar en la presencia de esa figura invisible del que vigila, para recaudar y comprar información, para construir perfiles poblacionales en base a esas correlaciones estadísticas (Castel, 2008).

Desde esta tecnología economicista encargada de recaudar, vigilar, medir, comparar y clasificar información, es cómo operan las estrategias anatomo-políticas como un cuerpo estructurado y organizado que visibiliza y vigilar a su población objeto. En efecto, este poder produce cuerpos dóciles para multiplicar sus aptitudes y capacidades a efectos de lograr cuerpos más rentables en función del interés socio-políticos y económicos dominantes.

¹⁰ Es importante señalar que el concepto de “captación” está denominado por el Sistema de Gestión Asistencial módulo Aduana y refiere a la primer consulta programada dentro en el Primer Nivel de Atención (Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 65)

¹¹ Ver en Marco Teórico: “Una aproximación a la noción de Biopoder desde sus estrategias “anatomopolíticas” y “biopolíticas” en la sociedad moderna”.

En torno a las nuevas formas de vigilancia en la sociedad posdisciplinar, Mitjavila y Vecinday (2011) señalan que los dispositivos poblacionales centrados en la evaluación del riesgo “aparecen asociados a los nuevos requerimientos impuestos por el cambio en los patrones de acumulación del capital, y de regulación socio-política” (p.88). En este sentido, Castel (1986) señala cómo el disciplinamiento transfiere “espacios protegidos” o ciertos “destinos sociales” a distintos grupos de la población, siendo este proceso un tránsito desde la “peligrosidad al “riesgo”.

La tendencia que emerge, más de arrancar del cuerpo social a los elementos indeseables (segregación) o reintegrarlos, más o menos a la fuerza, mediante intervenciones correctoras o terapéuticas (asistencia), trata de asignar destinos sociales diferentes a los individuos en función de su capacidad para asumir las exigencias de la competitividad y de la rentabilidad (Castel, 1986, p. 241).

En este caso, el autor intenta explicar cómo existen nuevas formas de control en la existencia de un modelo de sociedad “dual”, en la que coexisten un sector de la sociedad con la capacidad de obedecer a las exigencias de la racionalidad económica y de la hipercompetitividad, con otro sector de “actividades marginales que sirven de refugio” de aquellos que no entran en el juego de intercambio económico. Estas sociedades mediante el desarrollo de la informática, emplean modos diferenciales de tratamiento de las poblaciones que pretende sacar sus ganancias de lo que es rentable, mientras desplaza lo que no lo es. De este modo es como se logra evaluar el rendimiento o posibles carencias, para objetivar esas diferencias a fin de construir perfiles poblacionales (Castel, 1986).

El ajuste entre la acumulación de los hombres y la del capital, la articulación entre el crecimiento de los grupos humanos y la expansión de las fuerzas productivas y la repartición diferencial de la ganancia, en parte fueron posibles gracias al ejercicio del biopoder en sus formas y procedimientos múltiples. La invasión del cuerpo viviente, su valorización y la gestión distributiva de sus fuerzas fueron en ese momento indispensable (Castel, 1986, p.171).

En el desarrollo de las tecnologías biopolíticas que introdujeron la idea de riesgo abordado desde el campo del saber, específicamente desde la medicina, la epidemiología y las ciencias sociales como manera de intervenir en los procesos biológicos de la población, es

que se han diseñado diversas estrategias y acciones a nivel público desde la salud. A partir del estudio realizado en el enfoque de riesgo y en los aportes de Castel (1986) en torno a las nuevas modalidades de vigilancia post disciplinar, se intenta describir y analizar el modo en que opera la categoría riesgo desde el dispositivo del PA a partir de su Reperfilamiento, como un mecanismo de clasificación y de control sobre su población objeto. Esta “construcción de destinos específicos” para ciertos grupos de la población, clasificados en función de distintos riesgos tal como pudo verse en el Manual de Reperfilamiento del PA, podrían vincularse a nuevas modalidades de vigilancia como estrategia antomopolítica, apoyado en los procedimientos de captación y seguimiento que monitorea a la población objeto del Programa mediante su Sistema de Referencia y Contrarreferencia y en su sistema informático “Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial”. A continuación se analiza la visita domiciliaria como otro mecanismo de captación y seguimiento en el dispositivo del PA desde una perspectiva de biopoder.

Visita domiciliaria como espacio de la praxis profesional en salud en el marco del Programa Aduana

En el apartado de la visita domiciliaria dentro marco institucional del PA, se menciona la importancia en haber potenciado esta herramienta como:

(..) dispositivo de captación y seguimiento, concibiéndola como un elemento de diagnóstico, promoción de hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo y de enfermedades, así como una oportunidad privilegiada para la intervención a nivel familiar permitiendo efectuar acciones de orientación, educación y fortalecimiento de las estrategias de cuidado a través del trabajo interinstitucional e intersectorial (Manual de Reperfilamiento, 2014, p.23).

Por un lado, valorada como un “dispositivo de captación y seguimiento” en el primer nivel de atención, teniendo atribuida la función de recabar información para ser ingresada a los sistemas informáticos del programa. Esto da cuenta de uno de los propósitos que persigue el Programa en su Reperfilamiento, en el cual se ha hecho especial énfasis en proponer que el registro sea “informatizado e integrado al proceso asistencial. Sistema de información único e integral e integrado que da cuenta del proceso asistencial” (Manual Reperfilamiento, 2014, p.35). De este modo, la visita domiciliaria aparece como el instrumento que posibilita determinados modos de vigilancia, al dirigirse al espacio del ámbito social, para nombrar y

medir determinadas características (factores de riesgo) que requieren de un registro, seguimiento e intervención.

Si bien esta herramienta de trabajo responde a una exigencia institucional dentro de la práctica de las profesiones asistenciales para conectar a las poblaciones que se encuentran alejadas de las protecciones sociales, también es una manera de integrarlos a un campo de vigilancia institucional a fin de proporcionar información.

Por otra parte, puede observarse cómo la visita domiciliaria es reconocida como un dispositivo fundamental de acercamiento y seguimiento de las familias, así como también una instancia de diagnóstico, promoción de hábitos y prácticas saludables y prevención de conductas perjudiciales; además de brindar un espacio privilegiado para la intervención familiar. En torno a esto M. Mitjavila, y L. Vecinday (2011) agregan que, a partir del dispositivo prevencionista que opera desde un enfoque de riesgo, y que interviene en el interior del hogar y de la familia a través de modelos estandarizados para trabajar en la evaluación de conductas individuales, es cuando “la administración de lo cotidiano se constituye un espacio de gobierno a través de la intervención del Estado y de las prácticas profesionales que la mediatizan” (p.101).

La visita domiciliaria en el marco del PA, es la instancia por la cual el dispositivo que hasta ahora operaba de “un modo invisible”, se hace visible frente a los ojos de su población objeto, mediante la intervención de los profesionales en el domicilio de las familias usuarias del programa. Esto significa un “desplazamiento y reapropiación del conocimiento experto social especializado”, el cual mediante nuevas tecnologías de gobierno (biopoder) busca prevenir e intervenir en base a eventos probables, a la vez que “crean espacios de relativa seguridad para el mantenimiento de la vida cotidiana” (Giddens citado en M. Mitjavila y L. Vecinday, 2011, p.99).

Retomando los aportes de Foucault (1996), quien señala que existen relaciones de poder en el seno de todas las prácticas sociales, donde el poder se confiere a instituciones y toma cuerpo en técnicas; puede observarse como la visita domiciliaria conforma una herramienta que articula distintas nociones de poder y saber. Este dispositivo de poder del que emergen saberes, que a su vez conllevan efectos de poder - poder sobre el cuerpo, un

cuerpo en tanto objeto político que debe ser intervenido y regulado por el saber experto-podría vincularse a una estrategia biopolítica en la gestión de lo social.

Es por tanto que, el espacio que proporciona la visita domiciliaria dentro de la intervención profesional, se vuelve un espacio privilegiado al tener un acercamiento al medio por el cual se manejan los sujetos en su diario vivir, para efectuar de forma directa y personal, todo tipo recomendaciones sobre medidas de higiene, autocuidado, cuidados básicos del bebé, lactancia, etc., definiéndose también como:

(...) el encuentro con la persona en el mismo ámbito donde transcurre su vida cotidiana. Es una herramienta que constituye a mejorar y ampliar la información sobre los aspectos del entorno cotidiano que inciden en la salud de todos y cada uno de los miembros del grupo. Al mismo tiempo es un escenario complementario al del sector salud (consultorio), en el que es posible realizar acciones en salud dirigidas a la prevención primaria (educación y promoción de salud), secundaria (detección y tratamientos oportunos) y terciaria (rehabilitación), (Manual de Reperfilamiento, 2014, p. 187).

Esta regulación de las poblaciones, investidas en la intervención asistencial, cumple la tarea de intermediar entre los sujetos que se encuentran alejados de la órbita de la protección social. De este modo no sólo se transfieren prestaciones y herramientas de autocuidado para cierto sector de la población que supone estar en una situación de riesgo; también son dispositivos que trabajan mediante un esquema de valores que se traducen en una serie de recomendaciones en el quehacer cotidiano de esas poblaciones. Según Douglas “esto hace que las pretensiones-prescripciones provenientes de la evaluación del riesgo se conviertan en pretensiones-prescripciones de carácter moral” (Mitjavila y Vecinday, 2011 p.100). De este modo, este conjunto de instrucciones en el hogar otorgan significación y sentido socialmente compartidos para crear espacios de relativa seguridad.

De esta manera, se ubica la familia como objeto normalizante, al que se le induce en el hogar una serie de instrucciones para orientar el desarrollo de sus funciones lejos de las prácticas indeseables, dejando leer entre líneas una incapacidad relativa que justifique una intervención socio-política (M. Mitjavila y L. Vecinday, 2011). En este sentido se pretende crear espacios y procesos de aprendizaje para una posible autonomía de los sujetos donde “la

referencia del saber tiene una función legitimadora indispensable en tanto que confiere garantía científica a un juicio normativo” (M. Mitjavila y L. Vecinday, 2011, p.100).

En función de esto y a la luz de la teoría, esta herramienta de trabajo podría identificarse como una de las prácticas que imparte una estrategia biopolítica de la población, al ser una herramienta que trabaja en el espacio físico en donde transcurren relaciones de saber y poder creando el saber experto, “amplios espacios de relativa seguridad para el mantenimiento de la vida cotidiana” (Guiddens citado en M. Mitjavila y L. Vecinday, 2011, p.99), plasmados en la ejecución de tareas que se apoyan de discursos normalizantes y moralizantes predominantes.

Reflexiones en torno al rol del Trabajador Social en el marco del Programa Aduana

En el presente capítulo se analizan las entrevistas que tuvieron como objetivo, conocer a través de los discursos y experiencias vividas, las tareas del pasante de trabajo social dentro del Programa Aduana, específicamente en el espacio de la visita domiciliaria, para conocer bajo qué mecanismos se desarrolla el trabajo del pasante de trabajo social, específicamente en el espacio de la visita domiciliaria, en el marco del Programa Aduana desde una perspectiva de riesgo.

Es importante aclarar que aquellas deducciones que se realicen a partir del análisis, no pretenden alcanzar generalidades acabadas, sino una aproximación analítica al tema que permita seguir debatiendo al respecto.

Dispositivo de riesgo como orientador de la praxis profesional en la visita domiciliaria

Mediante el concepto ya explicitado de la visita domiciliaria dentro del Reperfilamiento del PA, se puede observar cómo opera a partir de dos paradigmas. Por un lado - y principalmente- como un mecanismo que habilita procesos de captación y seguimiento del usuario. En relación a ello, es importante destacar que el objetivo principal que motiva a la visita domiciliaria es sostener el buen mantenimiento del control pediátrico en los niños de 0 a 3 años que suponen estar inmersos en alguna situación de riesgo. Por tanto el indicador de la visita será “la ausencia de control pediátrico”, y motivo por el cual comienza la intervención del pasante de trabajo social. De este modo, el abordaje del mismo comienza a partir de una indicación institucional en base a “detecciones sistemáticas” del riesgo biológico.

(...) lo más frecuente es darle el control, mirar el carné pediátrico y ver si las vacunas las tiene al día, eso es la parte de enfermería (...) lo fundamental de la visita es que el niño tenga los controles y que logre captarlo para que vaya a hacerse los controles pertinentes (Entrevista 3).

Agregando,

(...) generalmente eso también era algo que estaba bueno en el rol del pasante de trabajo social, que es que captas muchas situaciones en la visita. Quizás las cuatro visitas que ibas a

hacer no tenían ningún aspecto que ameritara sí o sí una intervención social, pero detectabas que el hermano del que ibas a visitar capaz que sí. Y te llevabas datos para la policlínica o les decías “vayan tal día a tal hora para tener una entrevista” o “averiguo lo que me estás preguntando” (Entrevista 1).

Desde este punto de vista, se observan otros mecanismos de captación por parte de la intervención social en el espacio de la visita domiciliaria. Uno de ellos es a partir de la gestión de prestaciones sociales o en el asesoramiento de las mismas, a fin de que la persona se acerque a la consulta en la policlínica y poder ahondar en otros aspectos relevantes. Otra forma de captación es mediante el trabajo interinstitucional, incluyendo referentes de otras instituciones relevantes para el seguimiento y acompañamiento de la persona o núcleo familiar.

(...) el Programa Aduana es muy fugaz: vá, hace la visita y se va. En realidad seguimientos son muy pocos los que llega a hacer el equipo, y es una vez por semana y tiene varias visitas más que hacer, entonces seguimiento no se hace, pero a veces detectas situaciones que son más para Cercanías, que ahí el trabajo social me parece que sí marca bastante (Entrevista 1).

En cuanto al segundo aspecto dentro del paradigma de la visita domiciliaria se plantea, educar y concientizar a la población en base a normas de salud y de autocuidado. De este modo puede verse mediante la visita domiciliaria, la instrucción de los sistemas expertos en el hogar, creando espacios de relativa seguridad en la vida cotidiana. Esto desprende una noción de riesgo como algo contingente que habilita el desarrollo de intervenciones institucionales en el ámbito cotidiano de las personas, agregando Castel (1984) que “la referencia al saber tiene una función legitimadora indispensable en tanto que refiere garantía científica a un juicio normativo” (p.131).

(...) siempre está la parte de enfermería, la parte de los riesgos de la vivienda, si hay mucha o poca calefacción, si fuma o no fuma, y la lactancia. De mi parte, la parte más social, si tiene algún beneficio social, si tiene alguna problemática en la vivienda o en la familia (...) también hemos observado una vez en una visita que hemos tenido, que fue muy chocante y que no fue por riesgo, sino porque faltó al control un par de veces. Era una madre adolescente que no había tenido conocimiento de los cuidados de un niño con animales en el hogar. Muchas cosas del animal, excrementos y la nena de un año gateando por falta de conocimientos de la limpieza y ahí más que nada fue hacia los cuidados para sensibilizar y de que se dé cuenta de

los riesgos que corre el niño cuando hay animales y que el animal también es un ser vivo que hay que cuidarlo (Entrevista 3).

En este testimonio puede visualizarse como la profesión actúa bajo una intervención social educativa para que las familias puedan sostener pautas saludables dentro del hogar, para el cuidado de sus miembros y en especial de sus hijos, pero siempre bajo la concepción de que las familias tienen su propia autopercepción de riesgo. Aquí puede verse cómo los factores de riesgo se valoran en función de ciertas decisiones individuales, proporcionando dentro del espacio de la familia, situaciones de salud o enfermedad con el fin de “anticipar un acontecimiento indeseable antes que se produzca (...) se construye una combinatoria de factores que lo vuelven más o menos probable” (Castel, 2010, p.32).

Relativo a esta visión educativa de la intervención social, que toma en cuenta las distintas percepciones de riesgo que poseen las familias, de la mano de diversas estrategias para sobrevenir sobre ellas; se observa que sigue vigente su rol de “intermediador” entre el técnico del área médica con las familias, como en el caso del visitador social en la génesis del trabajo social. En este caso puede verse cómo dicha subordinación del trabajo social con la medicina, está utilizada de manera positiva por las pasantes, ya que a través de esas “traducciones” se intenta buscar una actitud de empoderamiento del usuario, y no tanto de dependencia frente a ese poder, que a veces puede sentir el usuario del PA en este caso.

a veces la intervención amerita en el sentido como mediador, como tratar de “traducir” (...) Eso me parece que es importante de la parte social hoy, porque a veces la parte de la salud es decirle “tenés que hacer tal cosa para que mejore”, pero no le explicas por qué eso lo va a hacer mejorar y está bueno, porque la gente al entender las cosas se apropia, sino lo hace porque se lo mandaron a hacer, y si se olvida es porque no entiende por qué lo hace y capaz no le importa, o cree que no es tan importante como es (Entrevista 1).

Dentro de los criterios que priorizaban una intervención mediante la visita domiciliaria, eran las situaciones de “riesgo 1”. Relativo a ello se menciona en varias oportunidades casos de madres adolescentes o mujeres embarazadas dentro de un contexto socioeconómico vulnerable o de riesgo social, expresando que “se trataba de trabajar con la partera. No sé si está incluido mismo el embarazo, pero nosotros tratábamos de ir preparando,

en el sentido de que seguro la íbamos a visitar probablemente en algún momento (Entrevista 1).

Las tareas que básicamente expresaron desarrollar las pasantes se relacionan a los cuidados básicos del bebé, lactancia, higiene, crianza, buscando también “enfatar en el caso de los recién nacidos en la experiencias oportunas del plan CAIF, que llevan al empoderamiento de esas adolescentes que se encuentran incursionando en esto de la maternidad” (Entrevista 3).

Se agrega también:

(...) se trabaja más desde el acompañamiento de la adolescente, brindar soporte, que la policlínica no sea sólo para ir a controlar al nene, que sea más de acompañamiento, ver si está derivado a Uruguay Crece Contigo, ver si maneja los programas porque recién está incursionando en la asignación familiar, todo eso se le gestiona, se trata de asesorar (Entrevista 3).

Por otra parte, respecto a la respuesta de algunas familias frente a la visita domiciliaria, se manifiesta que algunas se encuentran más receptivas al equipo que otras. Tal situación podría adjudicarse al lugar que se le atribuye a cierto sector de la población según el tipo de riesgo, o lo que Castel (1986) denomina como “perfiles humanos”. En este sentido Foucault (2008) señala al individuo como un objeto de poder, un poder que lo atraviesa e invade y que lo hace parte de esas relaciones de poder. En relación a esto, determinados enunciados y discursos que legitiman el saber experto, validan la intervención del Programa frente a las familias inmersas en esas relaciones de poder y saber. Esto puede condecirse en el testimonio de una pasante al mencionar que “siempre te dicen que ya saben que vas a ir a visitarlos, como que ya se esperan la visita (...) Cuando es un riesgo uno, ahí como que se siente bastante invasivo porque ya fueron bastantes instituciones a visitarlos” (Entrevista 3).

En referencia a esto, se consideran los aportes de Mitjavila y Vecinday (2011) quienes expresan que en el caso de no producirse un comportamiento “racional” esperado en respuesta frente al riesgo, corresponde la intervención de profesionales asistenciales “bajo el supuesto de encontrarse ante problemas de percepción del riesgo por parte de los sujetos o de

desconocimiento de las modalidades para su enfrentamiento” (p.87), minimizando de este modo, el papel del medio social en la construcción autobiográfica de los sujetos.

En respuesta a uno de los objetivos específicos, pudo observarse que en la visita domiciliaria, las demandas de los usuarios dentro del área social eran básicamente demandas referidas a la transferencia de prestaciones sociales o al asesoramiento de las mismas. A esto se le puede atribuir reiteradas expresiones sobre la corta duración de la visita domiciliaria, la cual se ajusta a los tiempos y a las características de una intervención médica, desde el control de salud, minimizando los tiempos que requiere una intervención social. Al respecto las pasantes expresaron:

(...) casi siempre son asistenciales, muy pocas de acompañamiento familiar. Algunas de violencia pero ahí la violencia no llega generalmente por la primer entrevista, llega a partir de que le solucionamos algo asistencial (...) pero la primer demanda frente a los usuarios es la asistencial, tanto la parte económica como la vivienda (Entrevista 3).

También se agrega:

(...) mi rol ahí quedó completamente pegado a “estoy ahí por si tienen alguna pregunta social”, pero más que nada eso. Te preguntan por algún recurso que haya en la zona (...) estar en una casa 5 a 10 minutos no te da para abrir una charla y poder indagar un poco más, generar un intercambio más rico con la persona, es difícil (Entrevista 2).

En concordancia a esto, se puede asociar a la pregunta sobre las tareas que realiza el equipo dentro del espacio de la visita domiciliaria, expresando que el rol del pasante de trabajo social tiende a quedar ligado a la intervención médica.

En realidad la tarea quedaba bastante dominada por el licenciado de enfermería, entonces tiene un rol obviamente mucho más médico, una perspectiva más higienista y de control social, que de lo que nosotros tenemos. Ahí juega mucho que nosotros somos pasantes, tampoco somos municipales en la Intendencia, entonces más abajo quedas en esta cuestión de ver cómo se realiza la intervención (Entrevista 2).

Esto último se condice con lo observado en las instancias previas y posteriores a la visita domiciliaria en cuanto a la recepción y planificación de las mismas, tanto como en el registro de los datos. Si bien está estipulado que las realice algún técnico de la salud, en algunos casos debido a la falta de recursos humanos, existe una importante colaboración en esas tareas por algunas pasantes, pero en otros casos se demostró total desconocimiento de estos procedimientos:

En realidad en la policlínica no es que yo decidía a cuáles visitar ir y a cuáles no. A mí me mandaban ir a todas las visitas, entonces tampoco se prestaba de antemano a cuáles ameritaba ir un trabajador social y a cuáles no. Iba a todas (...) en realidad lo establecido es que faltó al control. Y en realidad el trabajo social, por lo menos desde mi experiencia, tenemos bastante poca voz en este tema del motivo por el cual se va a visitar. Pero el motivo en realidad es ese: que faltó al control (Entrevista 2).

Aquí se observa nuevamente cómo se conduce la visita domiciliaria en función de la ausencia del control pediátrico, siendo éste “la cara visible” de otro tipo de problemas. Una vez más se presenta ante la intervención del trabajo social, una emergencia a través de situaciones de “riesgo 1”, donde en este caso el pasante de trabajo social tendrá la competencia de trascender esa ausencia de control, para problematizar y visibilizar demandas explícitas desde el campo de lo social, agregando una de las pasantes que “siempre es un abordaje, no sólo es dar una fecha, si vemos que el niño faltó muchas veces al control, tratamos de ver el motivo por el cuál fue” (Entrevista 3). Coincidiendo con el relato de otra pasante al expresar que “no puedes seguir yendo a una casa una vez por semana diez minutos a entregar una hora y a exigirle a la persona que vaya, cuando no sabes ni qué es lo que está pasando (...) lo que ayuda más que nada es en eso, en tratar de hacer otro tipo de intervención, de indagar otro tipo de cosas, de establecer otro vínculo (Entrevista 2).

Por otra parte, respecto a las instancias interdisciplinarias después de realizada la visita domiciliaria, no se expresaron muchos espacios de intercambio frente a las situaciones abordadas, siendo uno de los cambios propuestos por el Reperfilamiento del PA. De esta modo se prioriza la intervención de las situaciones correspondientes a “riesgos 1”, siendo el técnico del área social el encargado de abordar los riesgos sociales por su cuenta.

Asimismo se observa que la continuidad de esas mismas intervenciones desde la policlínica, varían según la capacidad de la pasante para volver a contactar con la persona. De este modo puede observarse nuevamente que el espacio de la visita domiciliaria colma las expectativas en las demandas correspondientes al área médica, siendo responsabilidad del pasante de trabajo social encontrar la forma de volver a contactar con la familia.

Respecto a las ventajas y las desventajas de la visita domiciliaria en la práctica profesional de las pasantes, se señala un intercambio entre el técnico de salud y el pasante de trabajo social, a fin de unificar criterios en cuanto a la intervención. Este aspecto puede considerarse, como una de las ventajas de la visita domiciliaria en la intervención social. En relación a esto se expresa:

Me parece que el trabajar con un compañero está bueno, porque enriquece mucho el trabajo, porque cada persona trabaja diferente y entonces tenés que negociar (...) Tenés que permitir la intervención y que ellos permitan tu intervención, porque también te puede tocar gente que te lleva como acompañante y no te da el espacio para intervenir. Y eso es re importante porque si vas solo no te sirve de experiencia. (Entrevista 1).

Como ventaja, cabe mencionar que se destacó fuertemente, el poder trabajar desde el contexto cotidiano de las familias con las que interviene. Pero desde este punto de vista se agrega, la utilidad que el pasante le pueda dar a la herramienta de la visita domiciliaria, lo cual puede ser una desventaja si no se intenta trascender esa situación del control social. Para que ese espacio sea provechoso hay que tomar como materia prima todo lo que implica trabajar a partir del contexto de las familias, para que desde ese lugar, se generen estrategias para los usuarios del programa:

Siempre depende para qué uses la herramienta de la visita. Está mucho esa cuestión de que “hay que ir para ver cómo vive”, pero ¿para qué?, ¿para después realmente sentarse a pensar una estrategia de cómo trabajar con la persona a partir del contexto en el que vive, de cómo hace para acceder a los servicios de salud (...) la visita es una herramienta muy valiosa, pero no está cuidada (Entrevista 2).

Para culminar con este capítulo, se reflexiona acerca de los datos obtenidos de las entrevistas para describir mediante qué mecanismos se orienta la praxis profesional de las

pasantes de Trabajo Social, en el espacio de la visita domiciliaria en el marco del Programa Aduana. En este sentido, se seleccionan los datos que den respuesta a los objetivos de la investigación. De esta manera se pretende reflexionar acerca del quehacer del Trabajo Social en salud, en el contexto de la dualidad de los dispositivos de riesgo, que comprenden el control de ciertos sectores de la población a la vez que vela por los derechos de los mismos.

En primera instancia se destaca la intervención del pasante en la visita domiciliaria en respuesta a la ausencia de control, siendo el control pediátrico una estrategia por parte del saber para mitigar posibles daños en el desarrollo saludable de los niños. De esta manera la praxis profesional se orienta principalmente en respuesta a determinados factores de riesgo por los que se rige el Programa. En este aspecto Castel (1986) problematiza dicha manera de abordar el riesgo dentro de las prácticas de intervención de lo social, al considerar que existe una disolución de la noción de “sujeto concreto”, al ser reemplazado por un combinatorio de factores de riesgo. El trabajador social pasa de una relación directa y de una instancia del “cara a cara” con las personas asistidas, a un rol ejecutor de las políticas sanitarias que definen previamente de forma técnica al riesgo.

La presencia de un conjunto determinados de factores de riesgo desencadena automáticamente en una señal. En otras palabras, un especialista, por ejemplo, un trabajador social, es enviado a visitar a la familia para confirmar o no la presencia real de un peligro a partir de la existencia probabilística de riesgo. No se parte de una situación conflictiva observable por experiencia, sino que se deduce, de algún modo, a partir de una situación general de los peligros que se quieren prevenir (Castel, 1986, p. 230).

En relación a esto, se desprende lo observado en el análisis de las entrevistas respecto a las tareas de las pasantes según las demandas sociales de los usuarios respecto al asesoramiento y gestión de las prestaciones sociales, lo cual podría suceder en parte por el poco tiempo destinado a la visita, además de encontrarse la misma centrada en la intervención de los riesgos biológicos.

Si bien el rol del pasante de trabajo social responde a un dispositivo de riesgo que habilita a mecanismos de captación y seguimiento, se expresa una intención de realizar una intervención que permita trascender la cara visible de esa ausencia de control, dándole a la

visita domiciliaria otro fin que no sea la de agendar una consulta para poder abordar las demandas implícitas que puedan presentarse en ese control médico.

Que falte al control está demostrando otras situaciones que hay por detrás y que si vos no las abordas, por más que vayas a la casa ochenta veces, capaz que de las ochenta veces va una. Después tenés que ir ochenta veces a la casa para que vaya a un control, y así, pero nunca subsanas los problemas de fondo (Entrevista 2).

Por último, mediante los datos obtenidos acerca de las tareas de las pasantes de trabajo social, aparte de las prestaciones sociales, también se realizan a prácticas preventivas y de educación en base a pautas sanitarias de cuidado y autocuidado. En este sentido, es importante reflexionar en relación a lo que expresan Mitjavila y Vecinday (2011):

El conocimiento experto es convocado para transferir contenidos simbólicos, mediado por la práctica de los operadores clínico-asistenciales, orientados a modelar los estilos de vida de aquellas poblaciones ingobernables que se mantiene más o menos alejada de los universos de sentido socialmente dominantes” (p.100).

Estas prácticas orientadas a tareas educativas, informativas y de sensibilización sobre la importancia del cuidado integral, en especial el de los niños en clave de derechos, tiene como objetivo lograr la continuidad asistencial de los mismos y del núcleo familiar, siendo este uno de los propósitos del Programa.

Para finalizar se piensa en las distintas tecnologías biopolíticas que proporcionaron la inserción de la idea de riesgo en el campo del saber, donde el Trabajo Social interviene a través de su dimensión socioeducativa y promocional mediante prácticas preventivas, abocadas a la sensibilización y educación de pautas saludables regidas por la norma sanitaria. De esta manera se brinda a determinados sectores de la población, herramientas para responder frente a las diversas situaciones de riesgo a la que se encuentran expuestos. En relación a estas prescripciones comportamentales, se reflexiona acerca de su importancia en el contexto de los distintos dispositivos individualizantes de protección social que operan bajo una lógica de riesgo y que promueven la naturalización, y por tanto, la despolitización de lo social que parecería responsabilizar al los sujetos de su propia autobiografía y de las secuelas de la cuestión social, para la construcción de modelos de vida socialmente más productivos. A partir de estas reflexiones, se concluye la manera en que podría operar el rol

del Trabajador Social en salud, a partir de las relaciones de poder y saber existentes en el marco de los distintos dispositivos de gestión poblacional centrados en la evaluación del riesgo.

Consideraciones Finales

A continuación se plantean algunas reflexiones surgidas del proceso de estudio que dio lugar a la presente monografía.

En primer lugar se entiende que las nociones en la obra de Foucault desarrolladas en el marco teórico de este documento, brindaron un mayor reconocimiento y trabajo de los conceptos, como herramientas que permiten iluminar la lectura de la realidad en el momento de la intervención social. En primer lugar, en el estudio de la noción de discurso y en su materialización, que permiten ver que son prácticas discursivas que constituyen sujetos. En segundo lugar, en las nociones de poder, disciplina y normalización a la hora de analizar instituciones a través de sus técnicas, como lo fue en el caso del dispositivo institucional del Programa Aduana, y finalmente en el estudio del riesgo, para reflexionar sobre dicha categoría en torno “a las modalidades de percepción, categorización y atribución del riesgo, que hegemoníamente definen qué situaciones son merecedoras de ser incluidas en la agenda de las políticas públicas” (Mitjavila y Vecinday, 2011, p.85).

Considerando el objetivo general de esta investigación, el cual se propuso:

“describir y analizar, a partir de una mirada del Biopoder según Foucault, el dispositivo institucional que imparte el Programa Aduana a partir de su Reperfilamiento en el año 2014; enfatizando en la categoría Riesgo y en la Visita Domiciliaria como estrategias biopolíticas, para conocer en qué medida orientan la intervención del pasante de trabajo social en las policlínicas municipales, especialmente en Inve 16, Punta de Rieles, Aquiles Lanza y Casabó”

Se concluye por consiguiente que, los elementos que podrían llegar a vincular al dispositivo institucional del Programa Aduana con una estrategia de biopoder, se asocian principalmente a al lugar que ocupa la categoría riesgo como orientadora de la intervención profesional y de la cual se define su población objeto en el marco del Reperfilamiento del Programa Aduana. A partir de la inserción de los campos de la medicina, epidemiología y de las ciencias sociales para su conceptualización y clasificación, es que se delimitan las situaciones de riesgo que conducen y activan el funcionamiento de los distintos componentes

que constituyen el dispositivo del Programa. Este dispositivo operará bajo un enfoque de riesgo, que responde a una “detección sistemática del riesgo”, la cual constituye y asigna destinos específicos para ciertos grupos de población, respecto a lo que Castel (1986) denomina como el tránsito desde “la peligrosidad al riesgo”. De este modo según el autor, esto constituyen nuevas modalidades de vigilancia poblacional que apoyada en los avances de la informática, construyen un mapeo de la población en la vigilancia del riesgo (Mitjavila y Vecinday, 2014). De este modo puede verse la manera de operar de la categoría riesgo dentro del dispositivo institucional del Programa, del cual se apoya de un sistema que maneja esa información a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y de su sistema informático de datos. Asimismo, se destaca a la visita domiciliaria como otro de los mecanismos del dispositivo del Programa, expresado como “un dispositivo de captación y seguimiento” de las distintos tipos de riesgo estipulados en el Reperfilamiento del Programa.

Finalmente se concluye que la intervención del Trabajo Social en el marco del Programa, se encuentra orientada por una normativa institucional en base a la concepción que define el saber experto en relación a los factores de riesgo. De este modo, su intervención desde la visita domiciliaria responde a “la existencia probabilística de un riesgo (...) a partir de una situación general que se quiere prevenir” (Castel, 1986, p. 230). En este sentido, cuando el riesgo se especifica en la idea de estilos de vida, las estrategias de intervención sociopolíticas se enfocan en las formas y en las estrategias en que los sujetos organizan su diario vivir, siendo este el contexto en el que se habilita a la instrucción de los sistemas expertos en el espacio de la visita domiciliaria.

A partir de estas conclusiones, se pretende que este trabajo monográfico, aporte en reflexión en torno al análisis sobre las dinámicas actuales en las que vivimos en base a los dispositivos generalizados de poder, a través de las normas e instituciones, para lograr interpelar “la forma de racionalidad vigentes en el campo de lo social: como están racionalizadas las relaciones de poder” (Foucault, 1996, p. 204) y además reflexionar de qué manera el Trabajo Social opera en las nuevas formas de pensar y hacer frente a los problemas sociales, básicamente desde la salud y desde las políticas públicas actuales.

Bibliografía

- **Castel, R.** (1984) “La gestión de los riesgos (De la anti psiquiatría al post-análisis)”. Barcelona, España: Anagrama.
- **Castel, R.** (1986) “*De la peligrosidad al riesgo*” en: Materiales de sociología crítica. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- **Castel, R.** (2008) “La Sociedad Contemporánea ¿es una sociedad de riesgo? En línea: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/la-sociedad-contemporanea-es-una-sociedad-de-riesgo.pdf>. Extraído: 15/11/2017.
- **Castel, R.** (2010) “*El ascenso de las incertidumbres Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*”. Buenos Aires, Argentina: Edición Fondo de Cultura Económica.
- **Foucault, M.** (1976) “*Las palabras y las cosas*” Buenos Aires, Argentina: Edición Siglo XXI.
- **Foucault, M.** (1985) “*Saber y Verdad. Genealogía del Poder*”. Madrid, España: Las Ediciones de la Piqueta.
- **Foucault, M.** (1992) “*Microfísica del Poder*”. Madrid, España: Las ediciones de la Piqueta.
- **Foucault, M.** (1996) “*Historia de la sexualidad I, la voluntad del saber*”. Madrid, España: Siglo XXI.
- **Foucault, M.** (1996) “*La vida de los hombres infames*”. La Plata, Argentina. Editorial Altamira.
- **Foucault, M.** (2008) “*Vigilar y Castigar*”. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- **Foucault, M.** (2004) “*Seguridad, territorio, población*”. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- **García, Ana María** (2001) “*Del poder del discurso al discurso del poder*”. Buenos Aires, Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- **Mitjavila, M.; Vecinday, L.** (2011) “*El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social*” En Belén Lorente Molina. (Ed.), “*Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social Iberoamérica*”. Buenos Aires, Argentina: Niño y Dávila Editores.
- **Ortega, E.** (2008) “*El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*”. Montevideo, Uruguay: Editorial Trilce.

- **Ortega, E y Vecinday, L.** (2009) *“De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social”*. En: Fronteras N° 5. Montevideo, Uruguay.
- **Ortega, E** (2011) *“Medicina, religión y gestión de lo social”*. Montevideo, Uruguay: Editorial CSIC.
- **Valles, M.** (1999) *“Técnicas cualitativas de investigación social”*. Madrid, España: Editorial Síntesis S.A.

Fuentes documentales

- **Manual de Procedimientos. Reperfilamiento del Programa Aduana** (2014). Administración de los Servicios de Salud del Estado. Montevideo, Uruguay.
- Página Intendencia de Montevideo:
<http://www.montevideo.gub.uy/servicios-y-sociedad/salud/policlinicas>
- Página Ministerio de Salud Pública: <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/ley-n%C2%B0-18211-sistema-nacional-integrado-de-salud>
- Página Administración de Servicios de Salud del Estado:
<http://www.asse.com.uy/contenido/Mision-y-Vision-2113>