

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

**Plan CAIF y SNIS: un estudio de caso sobre exigencias
y respuestas para la primera infancia**

Constanza Robaina Da Silva

Tutora: María José Beltrán

2018

Tabla de contenidos

Introducción	2
Antecedentes	3
Fundamentación	5
Metodología	7
Marco teórico y estructura del documento	9
Capítulo 1	11
Esquema de protección a la infancia en Uruguay	11
Breve recorrido por las políticas de protección a la infancia en Uruguay	11
Atención a la infancia en Uruguay en el periodo progresista	14
Plan CAIF	17
Capítulo 2	20
Salud: asunto de Estado	20
Reforma de la salud: Construcción del Sistema Nacional Integrado	21
Capítulo 3	27
Infancia y Atención Primaria en Salud	27
ASSE y Primer Nivel de Atención: presencia en el territorio de referencia	28
Presentación del caso	28
Plan CAIF - ASSE: Análisis de convenio	29
Capítulo 4	32
Significados y lógicas construidas en torno a la salud de la primera infancia	32
Consideraciones finales	40
Referencias	43
Fuentes documentales	45
Anexos	48

Introducción

El presente trabajo constituye la monografía final de grado presentada en el marco del plan de estudios 2009 de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El objetivo general del estudio fue identificar las tensiones existentes entre las demandas en términos de salud planteadas por el Plan CAIF (Centro de Atención a la Infancia y la Familia que funcionan en convenio con el Instituto del Niño y el Adolescente), y la oferta de servicios a nivel territorial en el primer nivel de atención. El acercamiento a estas tensiones fue enmarcado en el análisis de los objetivos de atención a la primera infancia planteados por la reforma de la salud del año 2007¹.

Como objetivos específicos nos planteamos:

- Describir la reforma de la salud del año 2007 identificando aquellas acciones que la reforma plantea para mejorar la atención en salud de la primera infancia.
- Identificar cuáles son las exigencias planteadas desde Plan CAIF en relación a la atención en salud de los niños de 2 y 3 años para autorizar el ingreso y asistencia del niño al centro.
- Identificar las tensiones existentes entre necesidades de atención y la disponibilidad de servicios dependientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), a partir del testimonio de referentes familiares de niños que asisten al CAIF *Las Hormiguitas* en modalidad diaria.

Se trata de un estudio exploratorio donde el recorrido analítico propuesto partió de abordar los aspectos generales de las políticas en cuestión (Plan CAIF- Reforma de Salud), para luego analizar mediante un caso concreto los aspectos particulares de su interrelación. Esto último fue posible a partir de las entrevistas realizadas, mediante las cuales logramos acercarnos al análisis de las líneas de investigación planteadas en torno al tema.

Para enmarcar las entrevistas previamente realizamos el siguiente recorrido: en primer lugar es desde la noción de primera infancia a desarrollar, que partimos al análisis de los mecanismos

¹Para acceder al contenido global de la reforma ver:

<http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Construccion-Sistema-Integrado-Salud-2005-2009-Uruguay.pdf>.

que vinculan a la reforma de salud con el Plan CAIF, por ser una de las políticas públicas más importantes que tiene nuestro país destinadas a la atención de esa franja etaria. Esto último encuentra su razón en primer lugar, en términos cuantitativos, ya que si bien aún no logra llegar al total de la población objetivo (niños y niñas de 0 a 3 años pertenecientes a los quintiles más pobres), al día de hoy el Plan continúa creciendo mediante la apertura de nuevos centros y la ampliación de algunos ya existentes. Este crecimiento en la cobertura ha sido habilitado por las constantes instancias de revisión y evaluación a las que es sometida la política de las cuales se desprenden valoraciones positivas. En segundo lugar se destaca el perfil de abordaje propuesto por el Plan cuya visión de la infancia pretende abandonar aquellas formas en las que el niño era visto como un ser carente, objeto de beneficencia, compasión o adoctrinamiento para constituirse en una visión que parte desde una perspectiva de derechos (Nuñez, 2016).

Continuando con la estructura del documento, en segunda instancia resultó pertinente ubicar la reforma de la salud en el plan de gobierno del Frente Amplio para comprender cuál fue el diagnóstico que la hizo necesaria, así como también los pilares que la impulsaron.

Posteriormente fueron enunciadas aquellas acciones destinadas al fortalecimiento de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) como prestador de salud pública y del primer nivel de atención, al tiempo que se identificaron específicamente aquellos objetivos planteados en función de la importancia que tiene la salud en primera infancia. En relación a este punto es que se explica en qué aspecto ambas políticas públicas toman contacto, analizando el convenio existente entre ASSE y el Plan. Finalmente mediante las entrevistas analizamos cómo esto se traduce en el vínculo entre el Plan CAIF y las familias que se atienden en el centro seleccionado para el estudio de caso.

Antecedentes

El tema de investigación seleccionado adquiere especial relevancia en primer lugar si consideramos que no existen antecedentes de investigaciones relacionadas en la zona a referenciar. De la búsqueda emprendida a través de bibliotecas virtuales, portales de acceso online a publicaciones, bibliografías y/o artículos científicos, no emergieron estudios que se orientaran a objetivos similares compartiendo la especificidad del tema.

En segundo lugar, nos acercamos a la cuestión de la universalización de la salud que despierta especial sensibilidad como lo es la atención de la primera infancia, en tanto es uno de los

aspectos que justifican la evolución ascendente que ha presentado el gasto público en infancia (GPSI) y su vínculo con el Sistema Nacional Integrado de Salud (UNICEF, 2009).

Como se podrá visualizar los documentos identificados para el desarrollo de este trabajo lograron involucrar análisis relacionados con políticas de infancia en general y con la salud en la infancia en particular. Si bien éstos presentan niveles relativos de relación con el tema a abordar (dada su especificidad), hemos seleccionado aquellos que nos permitieron comprender la mirada y abordaje que se le ha dado a este grupo etario en las últimas décadas.

El *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2009* elaborado por UNICEF, nos representó una herramienta útil en tanto logra sistematizar bajo elementos de carácter cuantitativo y cualitativo la situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en nuestro país. Así mismo, el documento elaborado bajo la denominada *Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación*, también nos representa un antecedente para acercarnos al abordaje que se le ha dado a la infancia. El documento recoge y sintetiza los resultados de los debates entablados por diversos actores sociales y políticos para exponer sus preocupaciones, de cara a la formulación de una Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA).

El aporte realizado por Laura Vecinday denominado *Protección social en Uruguay Transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay. El caso del Plan Caif 2003-2009* también nos representó un valioso insumo. El trabajo se orienta a analizar las transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social tomando como caso de estudio el Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia. En el estudio es priorizado en particular el periodo comprendido entre 2003-2009, momento en el que según la autora, se consolidan de forma significativa, las orientaciones institucionales y tecnológicas innovadoras que caracterizan al plan desde sus primeros años de funcionamiento (Vecinday, 2013).

La tesis de Maestría en Derechos de la Infancia y Políticas Públicas realizada por Cristian Pinato en 2016, también nos ha sido útil para el abordaje de nuestro objeto. El trabajo titulado *“Significados sobre una estrategia de protección integral de la primera infancia” El caso de Uruguay Crece Contigo* busco “conocer en qué medida la política UCC colabora al establecimiento de un sistema de protección integrado de la primera infancia” (2016: 6). Pinato optó para el desarrollo de su trabajo por una estrategia metodológica del tipo cualitativo, reconstruyendo la subjetividad de los sujetos involucrados en la política en cuestión. A nivel

teórico inicia su trabajo analizando la evolución de las políticas sociales de infancia de nuestro país en las últimas décadas. Posteriormente dirige su análisis hacia la implementación de la ENIA, su sustentabilidad política, social y económica y las políticas de *cercanía* implementadas en este marco.

Si bien pueden existir trabajos que aborden la infancia desde una perspectiva similar, la metodología utilizada por Pinato, la delimitación de su objeto de estudio a la luz de analizar el caso de una política particular, así como la estructura general del documento, se han convertido en un recurso orientador para el trabajo aquí desarrollado por encontrar entre ambos reiterados puntos de contacto.

El aporte realizado por la Licenciada en enfermería Graciela Umpierrez en su trabajo presentado en 2012, titulado *Accesibilidad simbólica: Barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, en la zona de influencia del Programa APEX-Cerro* también constituye una referencia para nuestro objeto de estudio. Si bien no incorporaremos en el documento el análisis de la categoría accesibilidad como central para entender nuestro objeto, reconocemos que se trata de una investigación que nos presenta algunos puntos de contacto, en tanto el trabajo de Umpierrez (de carácter cualitativo desarrollado en la zona oeste de Montevideo), intenta “Identificar y comprender algunos de los componentes subjetivos (creencias, vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones, hábitos, prácticas, actitudes, etc.) que actúan como barrera de accesibilidad a servicios públicos y privados del primer nivel de atención” (2012: 4).

El Programa Prioritario de Atención en Salud de la Niñez elaborado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2006, también constituye una referencia específica y fundamental para comprender el lugar que se le ha dado a la atención en salud de la primera infancia en el marco de la última reforma. Su elaboración partió de reconocer que el agravamiento sustantivo de la pobreza infantil de esos años, tuvo efectos importantes en el estado de salud de los niños (MSP, 2006).

Fundamentación

El estudio realizado no solo pretendió sentar un antecedente en lo concerniente a la temática del acceso a los servicios de salud, sino que al mismo tiempo buscó brindar insumos que promovieron el debate y la reflexión en torno a otras temáticas que atañen a la salud de la población objetivo que no solo tienen que ver con el acceso a los servicios².

Por otra parte el diálogo establecido entre dos políticas públicas (Plan CAIF – SNIS) buscó ser una reflexión crítica sobre la articulación existente entre las mismas, tomando como protagonistas las voces de sus destinatarios.

La identificación y posterior definición del problema de investigación encuentra sus raíces en las diversas experiencias de trabajo con la población objetivo de la investigación, ya sea desde los espacios de consulta o entrevistas directas con las familias, como desde los espacios de articulación mantenidos con la red de instituciones que trabajan en la zona.

Si bien en este trabajo fueron recogidos los discursos y percepciones de las familias, cabe señalar que la preocupación acerca de cómo estas resuelven la atención en salud de sus hijos es sentida por muchas instituciones, sobre todo las educativas (Escuelas, Liceos, Centros juveniles, Club de niños, CAIF) en tanto son las que presentan contacto directo y cotidiano con las familias. Estas instituciones muchas veces son las que detectan, demandan y derivan situaciones para ser atendidas en el ámbito de la salud que no logran resolverse de acuerdo a las expectativas y/o necesidades.

Es en el marco de experiencias en CAIF y SOCAT (Servicio de Orientación, Consulta y Articulación Territorial que funciona en convenio con Ministerio de Desarrollo Social) que se ha logrado un especial acercamiento a los discursos que hacen a la realidad de las familias que ambos dispositivos atienden, que si bien presentan objetivos bien distintos, ambos presentan un anclaje territorial y focalizan su atención en los sectores más empobrecidos de la población.

La red de SOCATs forma parte del despliegue territorial del Ministerio de Desarrollo Social en línea con sus objetivos descentralizadores, y tienen entre sus funciones la conformación y/o consolidación y gestión de la red social asistencial de protección a nivel local. La atención ciudadana desarrollada en estos servicios, implica tomar contacto con diversas necesidades en el plano individual, familiar o barrial comunitario. La idea es que a través del dispositivo se

² Los servicios de salud disponibles en la zona de referencia del CAIF se encuentran descritos en el capítulo 3.

realice una primera recepción y orientación para la resolución (MIDES, 2013).

El Plan CAIF por su parte, constituye una política pública intersectorial de alianza entre el Estado, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) e Intendencias Municipales. Tiene por objetivo garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de las modalidades urbanas y rural (Plan CAIF, 2018).

En el mismo sentido, Gil y Cambón (2014) indican que “El Plan CAIF por definición es interinstitucional e intersectorial, su existencia y legitimidad están arraigadas en ello, lo cual hace a su sustentabilidad. La integralidad, interdisciplinariedad, y participación de niños/as, familias y comunidades son sus rasgos distintivos” (2014: 65).

Es desde el trabajo en estos espacios que se han podido identificar y recoger las constantes demandas a las que las familias se enfrentan para dar respuesta a la atención en salud de sus hijos en los diferentes niveles de atención, y es en el marco de la actual puesta en marcha del SNIS que desde los discursos y vivencias de la población, se pretende reflexionar en qué medida este sistema ha logrado acercarse al logro de su objetivo de consolidar una cobertura universal y de calidad.

Metodología

El caso analizado a la luz de estas líneas de investigación fue el del Caif *Las Hormiguitas*, ubicado en el barrio Piedras Blancas. En los últimos dos años he formado parte del funcionamiento del centro haciendo uso de sus instalaciones para ejercer la tarea de atención a personas que llegan al espacio de consulta del SOCAT. Dado que gran parte de las consultas recibidas provenían de las familias que concurren al CAIF, muchas veces se realizaban abordajes en conjunto con el equipo del centro. Es en ese intercambio entre los dos dispositivos que se recoge la preocupación por la obtención de respuestas en torno a la atención en salud de los niños en edad de asistir a CAIF.

De esta forma es que se convierten en objeto de esta investigación las familias de los niños que asisten al CAIF Las Hormiguitas bajo la modalidad de atención diaria y atienden la salud de los niños en dependencias de ASSE. Esta última delimitación responde en primer lugar a un criterio cuantitativo en tanto la mayoría de los niños que asisten al CAIF se atienden en

dependencias de ASSE. En segundo lugar, el convenio establecido para Plan CAIF está dado con ese prestador de salud y esto fue lo que nos habilitó parte del análisis sobre la incidencia del SNIS en el funcionamiento cotidiano del centro.

De acuerdo al tipo de objetivo planteado la estrategia metodológica utilizada fue de tipo cualitativa en tanto se buscó profundizar y comprender las percepciones acerca del fenómeno en cuestión. Para ello se llevó adelante un estudio de caso, el cual según indica Yin “es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (Yin *apud* Martinez; Piedad, 1989: 167).

Para enriquecer el análisis de caso, fue tomada como insumo la visión de uno de los técnicos del centro respecto al tema, quien además ofició de informante calificado para incorporar aspectos considerados como relevantes vinculados al perfil de las familias que allí se atienden y a como es la relación entre el centro y los servicios de ASSE disponibles a nivel local. Estos aportes serán incorporados a lo largo de todo el trabajo brindándonos la mirada institucional en torno al tema.

La técnica a utilizar para la recolección de los datos fue la entrevista semiestructurada, mediante la cual partimos de una guía de preguntas y temas a seguir, pero habilitando la posibilidad de incorporar otras interrogantes que surgieron del diálogo con el entrevistado. El límite de esta técnica estuvo dado por la saturación, es decir, se hicieron las entrevistas necesarias hasta llegar al momento en que añadir una nueva entrevista no representó un aporte novedoso de información más que los que ya se había conseguido. De esta manera fueron realizadas siete entrevistas en el mes de diciembre de 2017. La selección de las entrevistadas (seis mujeres y un varón) se realizó en coordinación con las educadoras y el equipo técnico del centro. Se procuró construir una muestra heterogénea que incluyese un amplio rango de edad entre las entrevistadas y que a su vez referencias en tanto a niños de nivel 2 como de nivel 3³.

³ Cabe señalar que no fue posible identificar a más de un varón referente que manejasen con fluidez información relacionada con los requisitos del centro y las necesidades de salud de los niños que allí asisten.

Marco teórico y estructura del documento

El enfoque teórico utilizado será organizado en dos grandes bloques conceptuales. El primer bloque conceptual (enunciado en su mayoría a lo largo del primer capítulo), intenta establecer la relación entre infancia y salud, identificando que existe un particular interés por parte del Estado de prestar atención en este grupo etario. Por ejemplo, a la hora de pensar las distintas políticas sanitarias incluidas en la última reforma resultó pertinente analizar el enfoque particular que se ha realizado en las campañas de prevención y promoción, fortaleciendo de esta manera al primer nivel de atención de salud. Al mismo tiempo se ha identificado como prioritaria la atención de las embarazadas y de los recién nacidos a través de la implementación del programas como Uruguay Crece Contigo.

Fueron incorporadas en el trabajo las nociones de gubernamentalidad desarrolladas por Michel Foucault mediante las cuales las políticas públicas son entendidas como un entramado de acciones dirigidas a conducir la conducta de las poblaciones (González, 2016). Estas nociones fueron tomadas para habilitar el análisis de las políticas en cuestión desde una perspectiva multidimensional identificando las relaciones de poder por las que son atravesadas y la producción de subjetividad que determinan. Es para comprender el proceso de focalización que el Estado realiza sobre la población infantil, que analizamos mediante el acercamiento a un centro CAIF como a través de este Plan, se implementan acciones con miras a fortalecer la atención en salud de los niños. Estas acciones son construidas y ejecutadas sobre la base de los significados que le atribuyen las familias al cuidado de la salud de los niños.

A partir del segundo capítulo se desarrollan aquellos conceptos, procesos y argumentos que nos permiten abordar los temas asociados a la salud a nivel general y en nuestro país en particular. En este sentido es que se desarrolla el concepto de salud al que adherimos, explicitando el porqué de esta elección.

Esta concepción sólo podrá ser entendida en tanto son incluidas en el análisis las reivindicaciones planteadas por la declaración de ALMA ATA de 1978, la cual identifica problemáticas en cuanto al desigual estado de salud de la población a nivel mundial, al tiempo que establece metas a alcanzar y responsabilidades a asumir en torno al abordaje de la misma.

Posteriormente para entender el actual Sistema de Salud en nuestro país es que se realiza el análisis de su última reforma, historizando este hecho, entendiendo que se trató de un proceso que fue objeto de múltiples debates, negociaciones y encrucijadas que aún restan por resolver.

En esta línea resulta pertinente entender qué características del Sistema propiciaron la reforma, cuáles fueron las valoraciones y decisiones que la hicieron posible, así como los mecanismos que se adoptaron para llevarla a adelante.

Seguido a esto, en el tercer capítulo, analizamos cómo se configura la presencia de ASSE en el territorio de referencia del CAIF seleccionado para el estudio, buscando contextualizarlo con relación a la presencia institucional. Seguido de ellos analizamos el convenio que involucra a ASSE y a Plan CAIF, así como también las prioridades que el Plan tiene respecto a la atención en salud de los niños que atiende. Fue incluido en este capítulo la presentación del CAIF seleccionado para el estudio de caso.

En el último capítulo se intenta reconstruir las percepciones que las familias tienen respecto a estas tensiones mediante el análisis de las entrevistas. Concluimos el trabajo con el planteo de nuevas preguntas y/o líneas de investigación que surgen a partir del estudio realizado.

Entendemos que las nociones surgidas del recorrido antes descrito fueron las que nos habilitaron el diálogo entre las dos políticas enunciadas. Por un lado un Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia que hace saber sus prioridades, pero también sus exigencias en cuanto a la atención en salud de los niños que allí se incluyen. Por otro lado la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud con su particular atención y focalización en la primera infancia.

Vale aclarar que esta no es la única prioridad que establece la reforma, la misma está constituida por una multiplicidad de acciones identificadas como prioritarias, pero desde este trabajo sólo serán tomadas en cuenta aquellas vinculadas con la particular atención en la primera infancia.

Capítulo 1

Esquema de protección a la infancia en Uruguay

En el presente apartado desarrollaremos algunos lineamientos que nos permitirán comprender tanto la situación de la población infantil en Uruguay, como los sistemas de protección creados en su entorno. Así comenzaremos por definir qué entendemos por primera infancia en tanto esta constituye nuestra población objeto de estudio, para luego identificar qué lugar ha tomado este grupo etario en la matriz de protección social.

Cuando hablamos de primera infancia nos referimos a los primeros años de vida. Si bien en este sentido UNESCO plantea que la primera infancia se extiende hasta los 8 años⁴, lo cierto es que a nivel de las políticas públicas nacionales elaboradas para este grupo de población, la referencia al término primera infancia está más bien asociada a los primeros 5 años de vida. Sustento de ello es el documento publicado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto en el cual se sientan los principales argumentos del programa Uruguay Crece Contigo, donde se establece la siguiente apreciación: “Entre la concepción y los cinco años de edad, se sientan las bases de todo el desarrollo posterior del individuo. Mientras que en los primeros dos años se constituye una parte importante del desarrollo intelectual, emocional, físico/inmunológico y social, entre los dos y los cinco años se establecen los pilares del aprendizaje posterior, de la educación formal y de las competencias sociales.” (Programa Uruguay Crece Contigo: 2012, 1).

Breve recorrido por las políticas de protección a la infancia en Uruguay

Si analizamos la trayectoria macroeconómica y política de nuestro país, podremos visualizar cómo se han configurado los procesos de protección a la infancia según el contexto en el que se desarrollaron las políticas dirigidas a ese sector.

El sistema de bienestar uruguayo fija su origen a fines del siglo XIX y su generalización se encausa en las primeras décadas del siglo XX. Este sistema de bienestar favoreció la emergencia de una matriz de seguridad social capaz de ocuparse de los problemas afines a la integración social, la transformación económica y la protección laboral, formando las bases de una sociedad igualitaria e integradora. En relación a la legislación, la expansión de las políticas

⁴ UNESCO, 2000.

sociales de la época se vio reflejada con la sanción del Código del Niño y en la creación de Ministerio de Salud Pública en el año 1934. La redacción del Código estuvo a cargo de una comisión honoraria designada por el Poder Ejecutivo la cual se destacaba por la influencia de médicos y juristas (Ortega, 2008). Dentro de las disposiciones del Código se dispuso la creación del Consejo del Niño el cual “debería ocuparse de todos los problemas de la infancia, desde la gestación y el desarrollo del niño, hasta los que se relacionan con su bienestar, en el sentido más amplio posible, incluyendo higiene, educación, trabajo, legislación, y servicio social entre otros aspectos” (Ortega, 2008:54)

A mediados de la década de los 50 se inicia en nuestro país un contexto de crisis económica y dentro de este escenario, el Estado de Bienestar comienza a debilitarse. No obstante, pese a esta coyuntura los proyectos de protección social continuaron casi inalterados (Pinato, 2016).

En el año 1971 fue creado el Programa Aduana vinculado al Área Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública, como un programa focalizado a la población más vulnerable de niños y niñas en el primer año de vida, usuarios de los servicios públicos de salud de Montevideo. Su finalidad original se planteaba incidir en la disminución de la mortalidad infantil de esa población (ASSE, 2014). El Programa sigue vigente al día de hoy luego de haber sido objeto de transformaciones y redefiniciones, pero consideramos que el desarrollo de las mismas trasciende el alcance de este trabajo.

Durante el golpe de Estado de 1973 se utilizaron en nuestro país, instrumentos que debilitaron las políticas de seguridad social a través de reasignaciones del gasto público, que si bien no revertieron la matriz esencial de bienestar ni se tradujeron en una reducción del tamaño del Estado, resintieron la calidad y el nivel de los servicios y prestaciones sociales: “En el correr de este período el gasto social tuvo un comportamiento variable según sectores y programas, pero al final del proceso se mantuvo en términos globales en los niveles precedentes a la ruptura institucional, ya que en 1964 representaba un 16%, disminuyendo relativamente en 1975 al 14% y ubicándose finalmente en un 13,6% en el año 1984” (Davrieux *apud* Pinato: 2016,15).

Señalan De Martino y Vecinday respecto al perfil tomado por las políticas sociales a nivel regional que “en América Latina a partir del Consenso de Washington, la matriz de protección social avanzó hacia un modelo unificado. Las nuevas políticas sociales significaron coberturas temporales, escasas y no siempre de calidad. La focalización, estuvo y está dirigida a los sectores pobres, especialmente a aquellos en situación de indigencia, bajo la forma de la asistencia pública cada vez más asociada a Programas de Transferencia de Renta Condicionada

(PTC), asociados a su vez, a cambios conductuales de familias e individuos.” (2015: 64).

En la década del 90, la asistencia social resulta politizada y residual, siendo pocos los países latinoamericanos que contaban con programas de gran escala dirigidos a poblaciones vulnerables. Por esos años el repliegue del Estado y los recortes en los gastos sociales tendieron a suplirse mediante sucesivos ensayos e iniciativas dirigidas a enfrentar las situaciones de extrema pobreza, que en su mayoría contaron con recursos económicos provenientes de organismos internacionales. Como expresa Vecinday, “Las políticas de combate a la pobreza son parte de un tipo de respuesta sugerida por el Banco Mundial, entre otros organismos internacionales, que asume un carácter focalizado y compensatorio: deben ocuparse de aquellos individuos que son incapaces de integrarse al mercado” (2014:88).

El Plan CAIF puede ser entendido dentro del conjunto de políticas de combate a la pobreza en el sentido en que opera con población en situación de vulnerabilidad⁵. Por último cabe incluir dentro de las políticas implementadas en esa década la reforma educativa puesta en marcha en 1995 la cual en palabras de Midaglia “intenta corregir los déficits de acceso de los sectores desprotegidos (...) Los nuevos programas de educación inicial (...) promueven una incorporación y socialización temprana de los menores, priorizando la intervención pública en las zonas que presentan valores socioeconómicos negativos (2000:158).

Por su parte el Informe sobre el Gasto Público en Infancia en Uruguay 1990-2009 logró establecer como un desafío para la protección a la infancia, el hecho de que exista una estrecha relación entre los vaivenes de la política económica y la situación de la niñez. La grave crisis atravesada por el país en 2002 representó un gran deterioro de los indicadores macroeconómicos, llegando el desempleo al 17%. Esta recesión no solo afectó fuertemente las condiciones de vida de la población sino que agudizó los problemas sociales, aumentando los niveles de pobreza, exclusión y precariedad laboral (Azar, Llanes, Sierra, 2006).

Se entiende que:

La primera infancia pobre se constituye en objeto de preocupación especialmente en el contexto uruguayo, donde la infantilización de la pobreza se acompaña del envejecimiento de la población y de una tasa de crecimiento prácticamente vegetativa. Esta peculiar característica demográfica y los porcentajes de pobreza concentrados en la población infantil se constituyen en preocupación política, fundamentalmente si se piensa en la reproducción de la sociedad en su conjunto (Vecinday, 132: 2014).

⁵ Las características de este Plan en relación a su surgimiento, estructura y población objetivo, serán profundizados en un apartado posterior.

En resumen, existe un amplio consenso respecto al grado de dependencia que la infancia presenta respecto al mundo adulto para alcanzar mínimos niveles de bienestar. Por lo tanto no debemos perder de vista, el hecho de que es en aquellos hogares donde residen niños con alto nivel de empobrecimiento, donde también se concentran adultos con vínculos laborales más frágiles, precarizados o inexistentes, que en etapas de recesión económica han sido los más perjudicados (Vecinday, 2014).

Atención a la infancia en Uruguay en el periodo progresista

En marzo de 2005 con la instalación del primer gobierno de izquierda se coloca especial énfasis en atender las situaciones de vulnerabilidad social. Es así que la nueva matriz de protección social enmarcada en la reforma social impulsada por el gobierno de Frente Amplio, además de presentar una clara intención redistributiva, admite dentro de sus lineamientos la necesidad de intervenir en los inicios de la vida de los sujetos “bajo el supuesto de que un débil comienzo impacta negativamente en el desarrollo posterior (desempeño educativo, precarias inserciones en el mercado de trabajo, débil capital social, etc.) que condenan a los mismos a un círculo vicioso que refuerza continuamente la situación de vulnerabilidad económica y social” (Pinato, 2016:10).

En el periodo 2005-2007 se ejecutó el Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social (PANES). Dicho plan se propuso atender a la emergencia social generada como consecuencia, de los efectos de la crisis del 2002, apuntando muy especialmente a la población ubicada por debajo de la Línea de Indigencia, representando el Ingreso Ciudadano el subcomponente principal de este Plan. El 57 % de los beneficiarios del Ingreso Ciudadano tenía menos de 18 años (Vecinday, 2014). Este plan ha culminado su ejecución y fue reemplazado a partir de 2008 por el actual Plan de Equidad Social (PES) el cual se planteó incorporar al conjunto de la población, y no solo a aquellos que se encontraran en situación de vulnerabilidad extrema, aunque estos últimos “tengan siempre la prioridad” (De Martino y Vecinday, 2015: 69).

El PES significó la reforma del viejo régimen de Asignaciones Familiares⁶ al tiempo que amplió su cobertura a los sectores pobres no indigentes. El acceso a las AFAM continua determinado por la presencia de niños y/o adolescentes en el núcleo, los montos distribuidas

⁶ Este sistema de transferencias disponibles desde 1943 incluía originalmente dentro de sus beneficiarios únicamente a las familias vinculadas a la seguridad social.

por el PES están dirigidas a menores de 18 años pertenecientes a hogares pobres. A su vez la prestación se mantiene vinculada a la integración de niños y adolescentes al sistema educativo formal, varía según el número de menores por hogar, la edad de los mismos y por su concurrencia al nivel educativo primario o secundario (De Martino y Vecinday: 2015).

En el año 2012 surge el programa Uruguay Crece Contigo, impulsado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. El mismo está orientado a garantizar el cuidado y protección de las mujeres embarazadas y de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva integral y de derechos, utilizando la estrategia de trabajo sostenido de cercanía para con las familias que ingresan al programa. Dentro de los objetivos vinculados a la salud, la intervención de UCC plantea disminuir la prevalencia de anemia en el embarazo y en los menores de cuatro años, disminuir la incidencia de sífilis gestacional, mejorar los controles de embarazo y su captación precoz y bajar la cantidad de niños con bajo peso y talla para su edad (Chavez, Hontou, Piquinela, 2016).

El Sistema de Cuidados lanzado oficialmente en 2016, constituye otra política en este sentido, en tanto incluye dentro de su población objeto de atención a los niños y niñas de 0 a 3 años, planteándose como objetivo garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad: “El SNIC pretende modificar las pautas actuales de la división sexual del trabajo y valorar adecuadamente el trabajo de cuidados no remunerado” (Sistema de Cuidados, 2015: 10). Particularmente en lo que a primera infancia se refiere el SNIC pretende universalizar la educación inicial a partir de los 3 años.

En términos económicos, la evolución del Gasto Público Social destinado a la infancia muestra crecimiento, tanto en términos reales, en porcentaje del GPS total, como en términos del PBI. Concretamente, la inversión en infancia entre 2005 y 2009 pasó de aproximadamente 16.500 a 22.500 millones de pesos, lo que representa una expansión de 37% (Azar, Llanes, Sienna, 2006).

En el año 2008 es elaborada la Estrategia Nacional para la infancia y la adolescencia (ENIA) 2010-2030 en la cual se establecen los principales desafíos que enfrenta el país en relación a esta población. Esta estrategia forma parte de la construcción de la matriz de protección planteada por el gobierno rectificando los compromisos asumidos en relación a la normativa internacional existente con relación a los derechos de niños y adolescentes.

Allí se establece que: “La falta de equidad intergeneracional en el acceso al bienestar y, en

particular, la concentración de la pobreza en los hogares con mayor número de niños y adolescentes evidencia que la sociedad uruguaya no ha logrado proteger de la misma manera a todos los grupos de edad” (ENIA, 2008: 11).

Es en el marco de comprender la vulnerabilidad que atraviesan quienes se encuentran en sus primeros años de vida, que el gobierno uruguayo ha decidido priorizar su abordaje apostando a la construcción de políticas sociales integrales, que trabajen tanto aspectos educativos, culturales, como de salud.

Recordando que es en este último aspecto en el que centramos la mirada de nuestra investigación, en este sentido la ENIA indica: “En los contextos de pobreza se observa con mayor frecuencia los déficits nutricionales de las madres antes y durante el embarazo, el menor peso del niño al nacer y su prematurez, los déficits nutricionales de los niños pequeños, la ausencia de estimulación oportuna, la prevalencia alta de parasitosis y la persistencia de afecciones por contaminantes ambientales” (ENIA; 2008,14).

Como apuntan Ortega y Vecinday “a las formas de intervención nacidas de la mano del preventivismo⁷ prevaleciente hacia mediados del siglo XX, se suman en la actualidad nuevos dispositivos de intervención sociopolítica que reposan al tiempo que refuerzan el proceso de individualización de los problemas sociales asociado fundamentalmente al enfoque de riesgo” (Ortega, Vecinday , 2009:14).

Ante esto, no hay dudas de que invertir en primera infancia es una manera de revertir los procesos de infantilización de la pobreza y de inequidad social en general, ya que es en los primeros años de vida donde deben generarse bases saludables para alcanzar niveles de desarrollo sostenibles.

Pero esta inversión no solo tiene una connotación económica sino también política, en tanto se trata de destinar recursos para dar cumplimiento a aspectos que parten de concebir a los individuos como sujetos de derechos a los que el Estado le garantice el cumplimiento de sus necesidades básicas, relación que además se encuentra regida por la normativa nacional e internacional.

⁷ “doctrina médica que retraduce la concepción ampliada de determinación del proceso de salud enfermedad (...) en prácticas de carácter eminentemente técnico, esencialmente dirigidas al ámbito de los cuidados individuales y volcadas al desarrollo de acciones asistenciales” (Ortega, 2008:77)

Se puede concluir este apartado afirmando que:

Salud y educación han sido los dispositivos desplegados históricamente para proteger a la población infantil y adolescente. A estas iniciativas, de carácter universal, se agrega el mecanismo de asignaciones familiares. «Estas tres grandes políticas constituyen los pilares fundamentales del sistema de protección a la infancia y la adolescencia en el país. Estos tienen los mayores niveles de cobertura y consumen la mayor parte del gasto social orientado a esta población» A estos pilares fundamentales se suma la intervención del INAU, responsable institucional del desarrollo de iniciativas de cuidado y protección a la infancia y la familia en situación de riesgo (...). Este panorama de iniciativas de intervención sociopolítica engloba un conjunto heterogéneo de instituciones y prestaciones, algunas de carácter universal y otras de corte focalizado (Katzman y Filgueira *apud* Vecinday, 2014: 135).

Plan CAIF

Si bien el objetivo del trabajo no prevé un desarrollo exhaustivo del Plan CAIF en sí mismo, siendo que el estudio realizado sucedió en el marco de esta política pública, resulta más que pertinente destinar un apartado, incluyendo sus principales características en cuanto a origen, objetivos, derechos que promueve y población destinataria.

El Plan CAIF como política de atención a la primera infancia se inició en 1988. El mismo nace a partir de un convenio suscrito entre Unicef y la República Oriental del Uruguay con el objetivo de brindar atención a los niños y niñas en edad preescolar que se encontraban en situación de pobreza. Diversos trabajos de la oficina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Uruguay aportaron información valiosa para orientar las decisiones que promovieron su creación. En relación a los criterios para la ubicación de los CAIF, con base en la hipótesis de que existe una estrecha asociación entre los índices de repetición escolar y las condiciones sociales y culturales de los hogares, se proponía la creación de los centros en las áreas donde se presentaban los índices más elevados (25 años del Plan CAIF, s/d: 12).

En la actualidad el Plan CAIF representa una política de atención integral a la primera infancia constituida en una alianza entre el Estado y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Si bien el acuerdo que se establece para el funcionamiento de un centro se da entre el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) como organismo conveniente y una Organización de la Sociedad Civil que estará cargo de la gestión, intervienen en el funcionamiento global otros actores que dan cuenta de la interinstitucionalidad de ésta política.

En este sentido también forman parte del Plan CAIF: el Instituto Nacional de Alimentación

(INDA), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Salud Pública (MSP) , la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y las Intendencias departamentales.

Si bien el Plan CAIF se encuentra en proceso de reformular su modalidad de atención con el fin de ampliar su cobertura, estas modificaciones aún no han alcanzado a todos los centros del país. Al día de hoy la mayoría de los centros dirigen su atención a niños y niñas de 0 a 3 años y sus familias en dos modalidades diferentes. Una de ellas abarca al programa Experiencias Oportunas el cual consta de talleres semanales para niños de 0 a 24 meses y sus familias. Allí se trabaja la interacción entre el niño y el adulto, buscando fortalecer las capacidades en relación a las prácticas de crianza, estimulación psicomotriz y alimentación saludable. El otro programa es denominado como Educación Inicial y bajo éste se brinda atención diaria a niños de 2 y 3 años con actividades dirigidas a potenciar el aprendizaje y desarrollo global del niño. En el marco de ambos programas se plantea una propuesta pedagógica y en articulación con la propuesta global del centro se brinda apoyo nutricional, se promueven prácticas de prevención y atención a la salud de los niños y se complementa con el trabajo dirigido a las familias y sus hogares, sin perder de vista el anclaje territorial que presenta el centro.

Un eje fundamental en la caracterización de los centros lo constituye la interdisciplina dado que los equipos de trabajo están integrados por profesionales de distintas áreas (social, salud, educativa). Esto fortalece la posibilidad de generar abordajes integrales y de mejor calidad, en tanto parte de reconocer que las realidades familiares actuales son complejas y multidimensionales, es decir que sus necesidades no pueden ser respondidas solo desde lo sanitario, desde lo educativo o desde lo nutricional, sino que más bien requieren de respuestas que articulen acciones basadas en la conexión de todos estos ejes.

Tomando en cuenta el nivel de cercanía con el que trabajan los equipos de los CAIF para con las familias que atienden, es que conocemos que allí se establece un vínculo que busca trascender lo meramente educativo, integrando al trabajo cotidiano el abordaje de otros aspectos que hacen a las diversas necesidades que presentan las familias.

El CAIF *Las Hormiguitas* no representa una excepción en este sentido. Particularmente el componente salud atraviesa toda la estrategia de trabajo que el centro se plantea, desde el momento en que un niño ingresa al centro, hasta como se plantea su continuidad en el mismo, al tiempo que se trabaja con las familias logrando involucrarlas y hacerlas parte de la propuesta. En entrevista realizada al Trabajador Social del centro pudimos recoger elementos que nos

permitieron conocer de qué manera se trabaja la salud de los niños que allí concurren. El entrevistado reconoce que si bien hay una base general de exigencias que se establecen para todos los ingresos al CAIF, hay situaciones familiares que para dar cumplimiento a las mismas requieren de un acompañamiento cercano que promueva la llegada y permanencia de la familia en el centro de salud. De esta forma el referente técnico se vuelve un “representante” de la familia ante el prestador de salud que los recibe.

De esta manera establecemos una premisa inicial que indica que desde el aparato estatal en los últimos diez años la atención a la primera infancia ha sido priorizada tomando un nivel de relevancia indiscutible. A su vez, todo parecería indicar que Plan Caif como política central destinada a la atención de la primera infancia, resulta ser uno de los canales más efectivos por donde vehicular esta atención, ya sea por los niveles de cobertura alcanzados (y que se mantienen en crecimiento) como por la metodología adoptada para implementar la propuesta. Ésta logra incorporar la mirada interdisciplinaria que trasciende lo educativo, dando lugar al trabajo en red con la comunidad y la integración de las familias, configurando una modalidad de atención integral que combina aspectos sociales, nutricionales, de salud y educación.

Capítulo 2

Salud: asunto de Estado

En el presente apartado se dará inicio al segundo bloque conceptual el cual intenta incorporar tanto aspectos relacionados con la definición de salud (como categoría utilizada para definir un estado del ser humano) como el conjunto de concepciones y responsabilidades políticas que se construyen en su entorno.

En lo concerniente al concepto de salud la misma fue entendida tomando como referencia la concepción promovida por la Organización Mundial de la Salud, la cual integra aspectos que trascienden la mera ausencia de enfermedad: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946).

Esta misma concepción es retomada en la declaración de ALMA-ATA de 1978 donde además es incorporada la idea de salud como un derecho humano fundamental cuya consecución y protección es responsabilidad de los gobiernos.

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos (...) en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. (Alma Ata V, 1978).

En esta línea la reforma de la salud iniciada en el primer gobierno del Frente Amplio responde a una lógica de justicia social que parte de reconocer la necesidad de que el Estado intervenga como regulador con el fin garantizar el acceso a la política social representando el interés general. De esta manera la salud es entendida como un derecho universal cuya accesibilidad no debe estar librada a las leyes del mercado que producen y reproducen desigualdad social.

En el compilado realizado por González y Olesker respecto a la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud se establece: “Está claro que una política social en que cada uno deba pagar el costo de su servicio social en función de su necesidad es excluyente e injusta. Por ende hay que quebrar el vínculo entre el pago del servicio y su recepción, es decir, refundar el siguiente principio: de cada quien según su ingreso a cada quien según su necesidad” (González, Olesker, 2009:54)

Reforma de la salud: Construcción del Sistema Nacional Integrado

Cabe aclarar que cuando hablamos de la reforma impulsada por el gobierno no desconocemos su complejidad y multidimensionalidad, por el contrario, entendemos que se trata de un proceso de transformación de la realidad institucional cuya implementación, lejos de ser automática es y será producto de intensos debates, negociaciones y acuerdos.

De esta manera planteamos la descripción del proceso de reforma enunciando sus principales modificaciones y fundamentos, para luego dirigir el análisis hacia aquellos aspectos que den cuenta de la priorización de la atención en salud en la primera infancia, analizando las acciones concretas que en este aspecto se traducen desde el Estado en la población.

Iniciamos el análisis poniendo en conocimiento de cuál era el estado de situación del Sistema de Salud Uruguayo en el periodo previo a la reforma y cuál era el marco político que le da sustento.

El gobierno nacional ha conformado un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) desde el año 2008. Esta implementación se da en el marco de la reforma de la salud impulsada por el gobierno del Frente Amplio, la cual forma parte del grupo de las cinco reformas que este gobierno impulsó (Reforma educativa, Plan de equidad, Red de Protección social, Reforma Tributaria) con fines redistributivos e inclusivos.

En el documento elaborado por Olesker se describe la situación del sistema previo a la reforma. En términos presupuestales la salud en Uruguay gastaba en torno al 9% del PBI. Esto implicaba unos 400 dólares por año, significando por mes y por personas 33 dólares o casi 800 pesos. Era inequitativa ya que algunos recibían al primero de marzo de 2005 280 pesos por mes, otros 800 y otros casi 1.500. Era, además, de baja calidad dado que venía priorizado un modelo asistencialista, hospitalario, dejando de lado el primer nivel de atención así como la promoción y prevención en salud. Al mismo tiempo no era sustentable pues presentaba serios desequilibrios en el plano económico y en su capacidad de resolver los problemas de la salud (Olesker, 2007: 58).

Parece pertinente incluir en este análisis el perfil de la población que era atendida en el sector público en el tiempo previo a la reforma.

Si tomamos como variable de análisis el nivel de ingreso, se pudo observar que el acceso a la cobertura de salud mediante este sector (en datos de 2006) estuvo dado por la población de menores ingresos. La misma era amparada principalmente por prestadores integrales públicos (ASSE, Sanidad Militar y Policial y Hospital de Clínicas) así como también existía una importante participación entre aquellos que contaban con algún tipo de cobertura parcial

(Banco de Previsión Social, Policlínicas municipales, seguros parciales médicos o quirúrgicos y otros prestadores) (González, Olesker: 2009).

Por otra parte los estratos de ingreso superiores se concentraban en prestadores integrales del sector privado, dentro de lo que predominan las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC): “Esta situación se agrava al considerar que ASSE fue víctima de un importante deterioro de su red asistencial, por lo que las personas de menores ingresos fueron recibiendo cada vez una atención de peor calidad, convirtiéndose esto en una de las fuertes inequidades constatadas dentro del sistema” (González, Olesker, 2009: 42).

Si tomamos como referencia la estructura etaria de la población y su distribución en los diferentes sectores de atención, las dificultades del sector mutual estarían dadas por el fuerte contraste en relación a la población amparada por el sector público, puesto que dentro de los prestadores integrales del sector privado se concentraba la población de los tramos de mayor edad, en comparación a la de los prestadores integrales del sector público que es más joven. Esto conduce a que el sector privado tenga una tasa de utilización de servicios mayor que la del sector público. “Si combinamos esto con la presencia de un modelo de atención curativo, especializado y basado en las soluciones de alta tecnología, tenemos entonces la principal causa de la explosión del déficit en el sector mutual” (González, Olesker, 2009:42).

Estas dificultades presentadas por el sistema no solo representaban un gran impacto sobre su sustentabilidad general, cuestionando su alcance y modelo de gestión, sino que al mismo tiempo se encontraban entrelazadas con la nueva matriz de necesidades que presenta la población, a la cuales el sistema no estaba pudiendo responder con eficiencia.

En este sentido la reforma también es impulsada partiendo del reconocimiento de aquellos factores de riesgo de índole social y/o cultural que definen el perfil sanitario de la sociedad uruguaya actual. Se identifica:

Por un lado un importante y creciente contingente poblacional, en el cual predominan enfermedades crónicas, tales como la hipertensión y diabetes. Por otro lado, segmentos importantes de población con dificultad para hacer valer sus derechos sociales, de acceso al trabajo, la vivienda digna y la alimentación. En estos sectores es donde se sustenta la natalidad del Uruguay, y es en estos sectores donde se producen las mayores tasas de mortalidad infantil (González; Olesker, 2009:45).

Dentro de este proceso de accesibilidad y universalidad un mojón fundamental estuvo definido por el ingreso de los hijos de los trabajadores menores de 18 años y discapacitados sin límite de edad. Esto fue una decisión política del gobierno, basada en que al asumir la administración

uno de cada 3 uruguayos era pobre y entre los niños y adolescentes era pobre uno de cada 2. Por lo tanto, no hubo dudas de que niños y adolescentes debían ser la prioridad, por lo que el primer colectivo que ingresó al SNIS fue el de niños y adolescentes (González; Olesker, 2009).

El nuevo modelo propuso un cambio en la atención basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). “Ello implica el fortalecimiento de las policlínicas y centros de salud, con el objetivo de darle resolutiveidad a dicho primer nivel, el cual debía resolver el 80% de los casos de salud bajo el objetivo de dar cobertura universal en materia de salud” (Olesker, 2007:59). Se propuso una estrategia de abordaje integral para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, apostando al perfil multidisciplinario de los equipos de salud, con especial énfasis en la educación y la promoción en salud. Por otro lado la reforma enfrentaba al desafío de que el nuevo sistema de salud fuera capaz de incorporar a enormes sectores de la población que estaban excluidos de la atención, debido a factores económicos y culturales. La propuesta implicaba entonces un conjunto de acciones que lograran transformar no solo la estructura organizativa, política y financiera del sistema vigente, sino también aquellos factores que perpetuaban la lógica ineficaz e inequitativa de acceso a la atención.

La construcción del SNIS debió ser acompañada por la aprobación de un conjunto de normas que regularan su implementación. La Ley 18211 de creación del SNIS reglamentada en 2008 además de establecer los objetivos del sistema, establece en su artículo 45 la obligatoriedad de las entidades, tanto públicas como privadas, de brindar a la población un conjunto de programas integrales de prestaciones a ser definidas en la reglamentación de dicha ley.

En el decreto aprobado el 3 de octubre del mismo año, se describe tanto la nómina de programas integrales como el catálogo de prestaciones que toda institución debe brindar a sus usuarios. De esta forma quedan establecidas cuales son las líneas de atención prioritarias para la política, tomando en cuenta la realidad demográfica y epidemiológica del país ⁸.

Particularmente el programa de atención de salud en la niñez, se planteó por objetivo general: “Lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del país desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de salud aplicando una estrategia

⁸ Los 11 Programas Prioritarios que integran los programas integrales de prestaciones son los siguientes: 1) Niñez, 2) Mujer y Género, 3) Adolescente, 4) Adulto Mayor, 5) Salud Bucal, 6) Salud Mental, 7) Discapacidad, 8) ITS-Sida, 9) Nutrición, 10) Usuarios Problemáticos de Drogas, 11) Control de Tabaco.

de APS, coordinadas con otros efectores, con perspectiva de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de esta población” (MSP, 2006: 6).

Otra modificación de gran relevancia planteada por la reforma estuvo dada por la concepción de las cuotas que se pagan a los prestadores de salud por brindar servicio a la población. Como explican Gonzales y Olesker, históricamente la seguridad social pagaba una cuota uniforme a los prestadores de salud sin reconocer los costos diferenciales existentes para la atención. Con la reforma del sistema las cuotas se ajustan por riesgo, según el grupo de población del que se trate, identificando que la población que requiere mayores recursos económicos para su atención está dada por los menores de 1 año y los mayores de 65.

En esta línea también cabe agregar la modificación planteada en torno a las metas asistenciales, las cuales establecen incentivos para el desempeño asistencial de los prestadores en áreas programáticas concretas, definidas por la autoridad sanitaria. Mediante este mecanismo se pretende garantizar la integralidad y calidad de la atención en salud. En esta línea, en varios de los boletines lanzados por el MSP hacia los prestadores de salud, se establecen metas asistenciales relacionadas con el cumplimiento de actividades para la población infantil. En el documento elaborado por el MSP *Derechos y beneficios de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y su correlato legal* actualizado a noviembre de 2011, podemos encontrar el conjunto de prestaciones y/o beneficios planteados específicamente para la atención a la primera infancia. De esta forma se establece por ejemplo el derecho a controles gratuitos integrales según frecuencia por edades hasta 18 años ⁹.

Estos son algunos de los elementos que podemos encontrar en el análisis de la reforma de la salud y su consiguiente creación del SNIS, logrando reflejar el interés particular de fortalecer un modelo de atención con prioridad en la implementación de acciones que promuevan la atención integral de la salud en los primeros años de vida.

A diez años de la creación del SNIS contamos con algunos documentos que aportan elementos de carácter evaluativo, dejando entrever cuales son los principales desafíos para dar continuidad al proceso de reforma sanitaria.

⁹ El paquete de prestaciones completo se encuentra disponible en:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/SNIS-MSP%20-%20Derechos_y_Beneficios_y_su_correlato_legal.pdf

El estudio realizado por Sollazzo y Berterretche en 2011, arroja sus conclusiones en base a entrevistas realizadas a informantes clave (gestores, expertos, entidades profesionales y organizaciones de la sociedad civil) trianguladas con la revisión y análisis documental y de estadísticas. El trabajo nos representa un aporte fundamental en tanto identifica cinco dimensiones que enmarcan el análisis del contenido arrojado por las entrevistas, estas son: Capacidad de conducción de la APS/ Financiamiento de la APS/ Provisión, recursos humanos e integralidad de la APS/ Integración de la APS en el Sistema de Salud y continuidad del cuidado/ Articulación intersectorial y relaciones de la APS con actores sociales y políticos.

Si bien se trata de un estudio realizado con proximidad a los inicios del SNIS, cabe destacar algunas de las conclusiones recogidas para entonces.

Como fue mencionado, uno de los ejes centrales de la reforma estuvo dado por el fortalecimiento de la APS. Si bien los entrevistados comparten esa visión, una de las primeras tensiones estuvo dada por quienes aún enfatizan en los aspectos clínicos por encima de los promocionales y preventivos. En relación a la accesibilidad algunos entrevistados destacan las limitantes geográficas como persistentes, con especial énfasis en las dificultades del medio rural donde los servicios no llegan. Respecto a los recursos humanos del sector, son destacables la escasez de enfermeros y el multiempleo médico que coexiste con su alto grado de especialización.

En relación a la formación de los recursos humanos, no se identifica una política explícita, los entrevistados consideran que no hay una adecuación de la formación para dar respuesta a las necesidades del país. Finalmente, se señala como pendiente pese a estar planteado en las metas prestacionales, el hecho de que la población logre adscribir a un médico de referencia (Sollazzo, Berterretche, 2011).

Desde una visión más actualizada, las jornadas de intercambio realizadas en mayo de 2017 dirigidas por el MSP a 10 años de iniciada la reforma, lograron dar cuenta de algunos de los desafíos que presenta SNIS. Como se observará algunos coincidieron con la evaluación aportada en 2011. Se plantea en primer lugar, trabajar sobre un proyecto de ley Urgencia/Emergencia que permita, a cualquier habitante fuera del área de influencia de su prestador, recibir la atención de urgencia que requiera, estableciéndose los mecanismos de reembolso correspondiente. Al mismo tiempo se plantea continuar mejorando los indicadores de salud, con políticas sanitarias y recursos intersectoriales con metas acordadas, esto en

estrecha vinculación con los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020¹⁰. Se plantea trabajar en la calidad asistencial como objetivo central del SNIS, generando a su vez indicadores de calidad y de esta forma estimular la competencia de los prestadores en las buenas prácticas de salud.

En relación al personal del sector se destaca la necesidad de profundizar las políticas de recursos humanos tendientes a lograr la alta dedicación y compromiso institucional. Lograr una mejor distribución en el territorio, particularmente en las pequeñas localidades y zonas rurales y a mejorar la dotación y valoración del personal de enfermería, así como también promover la capacitación continua. Finalmente se destaca la necesidad de estimular la capacidad resolutive del primer nivel de atención, evitando la sobre utilización de especialistas disminuyendo los tiempos de espera.

De esta manera logramos reconstruir el proceso de reforma de la salud impulsada por el gobierno del Frente Amplio desde el año 2007, dando lugar a la descripción de aquellos aspectos que interpelaba la continuidad del sistema de atención en el formato previo. Se desprende de este recorrido que el principal objetivo del nuevo sistema fue reducir las limitantes que tenían ciertos grupos de la población para poder acceder a la cobertura permanente de la salud, en especial en lo que refiere a niños, mujeres, personas con bajos ingresos, jubilados y pensionistas. La reforma también trajo consigo fuertes modificaciones en el modelo gestión y financiamiento, con el objetivo de garantizar sustentabilidad y transparencia en su implementación. Así mismo se planteó el pasaje del modelo de atención dominante (asistencialista, hospitalario) a uno con énfasis en la atención primaria en salud. En el siguiente capítulo pasaremos a desarrollar los aspectos que vinculan al nuevo modelo de atención con nuestro caso objeto de estudio.

¹⁰ Disponibles en

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20FINAL%202022%20JUNIO%202016.pdf

Capítulo 3

Infancia y Atención Primaria en Salud

Tomando como referencia los elementos descritos en el apartado anterior respecto al proceso de reforma, es que identificamos una relación estrecha entre la protección a la infancia en materia de salud y el argumento de fortalecer el Primer nivel de Atención, por lo que en el presente apartado intentaremos dar luz a esta interrelación.

En este sentido cabe desarrollar algunos de los lineamientos establecidos en el antes mencionado Programa de Salud de la Niñez, el cual propuso “priorizar una mejora en las condiciones de vida de la población infantil y adolescente en situación de pobreza a través de políticas sociales integrales, desarrollando una atención de salud con fuerte énfasis preventivo y de promoción y mayores niveles de accesibilidad” (MSP, 2006: 5).

La implementación de esta estrategia sienta sus bases en la necesidad de contar con una Red de Atención Primaria fortalecida y con sólidos niveles de articulación. En este sentido el Programa parte de la necesidad de “Modificar el modelo asistencialista hacia un modelo apoyado en el concepto de integralidad, prevención, educación y promoción de salud con enfoque de riesgo social, de género y de reducción de daños. La implementación efectiva de una estrategia de Atención Primaria en Salud es un lineamiento programático fundamental. Para ello se establece la priorización de las acciones en el Primer Nivel de Atención” (MSP, 2006: 6).

Al mismo tiempo el Programa incorpora entre sus objetivos la necesidad de realizar alianzas y articulaciones con los actores locales, integrándolos como fuentes valiosas de información a la hora de identificar y abordar las necesidades reales de la población infantil y sus familias en la comunidad en la que están insertos.

Esta estrategia encuentra sustento a nivel jurídico en el artículo 36 de la referida ley 18211 de creación del SNIS, en el cual se establecen cuáles son las competencias y características del primer nivel de atención:

El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez de las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios (Ley 18211: 2007).

Es claro que el conjunto de acciones y estrategias desplegadas por el Estado para articular al abordaje que se realiza sobre la salud de la población, responde a un tipo de racionalidad que apunta a producir ciertas conductas de forma medida y calculada. Las prácticas promovidas bajo esta racionalidad buscan dirigir las acciones del conjunto de la población en un determinado sentido. De este modo se enfatiza en los mecanismos de atención a la salud que le son brindados a la primera infancia identificando espacios factibles de intervención como la familia y la comunidad. Una de las tecnologías disciplinarias descrita por Foucault conocida como *biopolítica* hace alusión a aquellos procesos dirigidos a intervenir y regular los cuerpos humanos (regidos por procesos biológicos). En este sentido el autor expresa: “la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población” (Foucault, 1977:83).

A continuación orientamos el análisis dando lugar al caso en estudio, profundizando en los mecanismos y prácticas que son emprendidos para la gestión de la salud de la primera infancia en el CAIF seleccionado, identificando las particularidades de la realidad local e institucional en la que se inscribe.

ASSE y Primer Nivel de Atención: presencia en el territorio de referencia

Presentación del caso

En el presente apartado pasaremos a describir cómo se configura la presencia de ASSE a nivel local, siendo nuestro prestador de salud objeto de análisis en el territorio a referenciar.

Para abordar este aspecto la entrevista mantenida con el Trabajador Social del CAIF representó nuestra mayor fuente de información. En ese encuentro logramos recoger datos relacionados con el perfil socio económico de los niños que allí concurren, al tiempo que se indagó sobre cuáles son los requisitos que desde el Plan se establecen a la hora de dar ingreso a un niño al centro. Posteriormente indagamos sobre cuáles son los servicios de salud disponibles en el territorio donde las familias recurren cotidianamente para dar respuesta a las necesidades de salud de los niños. Finalmente indagamos acerca de la modalidad que adopta el vínculo entre el CAIF y ASSE tomando en cuenta que existe un convenio vigente entre ambos servicios.

El CAIF Las Hormiguitas se encuentra ubicado en la intersección de las calles Rafael y Dunant

en el barrio Piedras Blancas. Sus límites geográficos están dados por camino Mendoza y la calle Rafael, y respectivamente al Sur y al Norte, bulevar Aparicio Saravia y los caminos Domingo Arena y Repetto. Esta ubicación define su pertenencia al Municipio F, el cual está integrado a su vez por los barrios Manga, Maroñas, Punta de Rieles y Villa García, representados en la zona más al este del departamento. En datos de 2004 la población total de este municipio alcanzaba los 166.968 habitantes equivalentes al 16% respecto a la población total de Montevideo (IMM: Municipio F, 2011).

Actualmente asisten a Las Hormiguitas 155 niños, de los cuales 75 lo hacen en modalidad diaria, es decir en el marco del programa de Educación Inicial. Como fue enunciado anteriormente, más de la mitad de estos niños atienden su salud en alguna de las dependencias de ASSE existentes en la zona. Según el Trabajador Social, las familias se distribuyen casi en forma equitativa para atender la salud de los niños entre los dos Centros de Salud cercanos al CAIF.

De esta manera, una de las posibilidades de atención primaria en la zona está dada por el Centro de Salud Jardines del Hipódromo ubicado en la calle Malinas entre Libia y Rafael. El territorio de responsabilidad del Centro, abarca una extensa área geográfica. Tiene una población que supera los 72.000 habitantes, de los cuales el 60 % de los mismos, son potenciales usuarios de ASSE. Se destaca la heterogeneidad de su población y la variabilidad en la concentración de sus diferentes barrios (ASSE, 2017).

Los niños del CAIF también atienden su salud en el Centro Badando Repetto, también conocido como Capitán Tula, por estar ubicado sobre la calle que lleva ese nombre. La población total del área geográfica de referencia de dicho Centro, según el censo 2011 del INE, es 70.300 habitantes, de los cuales 31.800 son usuarios de ASSE. La distribución por sexo es homogénea, y el rango de edades con mayor población es el comprendido entre los 20 y los 44 años (ASSE: 2017).

Una proporción menor de las familias opta por atender la salud de los niños en la policlínica barrial Santa María (dependiente del Centro Badano Repetto) ubicada sobre la calle Teniente Galeano. La misma cuenta con un equipo de salud básico, integrado por dos médicas de familia, una enfermera y en forma quincenal brindan atención vacunadora y partera.

Plan CAIF - ASSE: Análisis de convenio

Previo a introducirnos en la información recolectada mediante el trabajo de campo, resta introducir los lineamientos que estructuran el convenio mencionado, puesto que en él se establece y legitima la coparticipación de los distintos organismos que integran el Plan CAIF y su aplicación es de alcance nacional. El manejo y comprensión de lo establecido en este acuerdo será lo que sustente gran parte de nuestro análisis posterior, sobre todo al momento de identificar las tensiones que aún persisten entre ambos organismos.

El convenio denominado *Educación y salud en la primera infancia: Por la equidad de oportunidades desde el inicio de la vida* fue celebrado en Montevideo el día 7 de octubre del año 2008 en presencia de autoridades del MSP, MIDES, ASSE, INAU y Plan CAIF.

El documento se inicia estableciendo las competencias generales de cada organismo para luego establecer en detalle las obligaciones que se les asignan, con el fin de implementar acciones que apunten a lograr mayores niveles de equidad en el desarrollo de la primera infancia.

De esta forma se establece que el MSP desarrollara campañas de sensibilización y educación en las siguientes áreas: cuidado de la gestante, preparación para el parto y llegada del hijo, el cuidado de la salud de la madre y el niño, las buenas prácticas nutricionales, el amamantamiento materno y la inclusión del varón.

En cuanto a ASSE las responsabilidades establecidas se encuentran relacionadas con la obligación de captar a los destinatarios de este acuerdo, es decir las embarazadas y la población infantil. El compromiso establecido procura acercar la atención en salud a la población en tanto prevé la realización de visitas domiciliarias cuando se presentan casos de ausencia de controles de salud. Además se establece que ASSE debe brindar información al Plan CAIF sobre los recién nacidos a fin de incorporarlos al programa de experiencias oportunas.

Por su parte Plan CAIF es comprometido a promover y fortalecer las acciones que le son planteadas a los organismos anteriores, en tanto desde el vínculo cotidiano que establece con la población infantil y sus familias puede trabajar en forma asidua sobre las dimensiones enunciadas: prevención y promoción en salud, captación y acercamiento de la población a los servicios disponibles, incorporación de niños y niñas a su propuesta, etc.

Además se le adjudica la responsabilidad de realizar seguimiento del desarrollo integral de los niños que participan de la propuesta a fin de cada uno puede desarrollar al máximo sus potencialidades.

Las obligaciones establecidas para INAU se encuentran relacionadas con su rol centralizador

de la política en cuestión, por lo cual se le atribuyen principalmente responsabilidades de articulación interinstitucional y de capacitación a través de su Centro de Formación y Estudios (CENFORES).

El compromiso para MIDES se vincula a la capacidad institucional de articular acciones de sensibilización y coordinación a nivel territorial que promuevan el logro de los objetivos planteados por el convenio.

En el séptimo apartado del convenio se describen específicamente las obligaciones que involucran a ASSE y Plan CAIF. Allí se establece la necesidad de que ambos organismos trabajen en forma conjunta atendiendo la particularidad de sus competencias.

En esta línea se indica que los equipos técnicos de los centros de salud y los equipos de los CAIF deben articular e implementar actividades educativas y de sensibilización en torno a la preparación para el parto y llegada del hijo, el cuidado de la salud de la madre, padre y del niño, las buenas prácticas nutricionales, el amamantamiento materno, la salud sexual y reproductiva y la salud ambiental.

Es resumen la intersectorialidad parece ser la mejor estrategia para propiciar la adecuada articulación de los actores y por ende, de los recursos de los que disponen. De esta manera la necesidad de trabajar en conjunto para mejorar las condiciones en las que la población infantil accede a los servicios, parece ser asunto de responsabilidades compartidas. Particularmente la articulación con el sector salud en el marco del convenio, resulta fundamental para la promoción del desarrollo ante la necesidad de intervenir desde etapas tempranas de la vida.

No obstante, pese a que dicha intencionalidad encuentra su formalización en el convenio mencionado, es en la operativización de los lineamientos y responsabilidades que allí se establecen donde surgen las dificultades. En el siguiente fragmento el Trabajador Social del CAIF reconoce que si bien la articulación con el centro de salud es necesaria, su configuración no necesariamente circula por vías formales.

El vínculo es un vínculo de tipo no tan formal, sino en realidad uno teje alianzas con los médicos de familia en el barrio, porque a veces yo no digo que no atiendan a las familias, pero a veces si uno deriva a la familia y conversa con el médico con anterioridad eso hace que el tránsito de la familia por ese centro de salud o de esa policlínica barrial sea más ameno (Trabajador Social del CAIF).

A continuación desarrollamos las líneas de análisis definidas a fin de abordar aquellos aspectos que contribuyen a la comprensión del objeto de este trabajo. Las mismas parten de las percepciones recogidas en las entrevistas mantenidas con los referentes de los niños que asisten al centro, en articulación con el marco conceptual preestablecido.

Capítulo 4

Significados y lógicas construidas en torno a la salud de la primera infancia

Las líneas de análisis a continuación desarrolladas encuentran sustento en los elementos teóricos mencionados y en el marco político necesariamente descrito para comprender nuestro tema de investigación. En línea con los objetivos planteados al inicio del documento, entendemos que estos ejes logran enmarcar los resultados surgidos del trabajo de campo. Allí a partir de las entrevistas realizadas, fueron reconstruidas las percepciones de las familias respecto a las necesidades de atención en salud de los niños que asisten al CAIF, lo que se les exige para mantenerlos vinculados y los mecanismos que deben emprender para dar respuesta a estas indicaciones mediante los recursos disponibles en la zona. El acercamiento a esta dinámica se dio bajo la comprensión y posterior vinculación con el proceso de reforma de la salud recientemente sucedido en nuestro país. Los ejes definidos no deben ser tomados por el lector como aspectos independientes entre sí a la hora de mirar nuestro objeto. Como se podrá visualizar existe una clara interrelación entre los mismos al punto de que algunos podrían ser incorporados dentro de otros. No obstante, la determinación de los mismos surge como necesaria a los efectos de ordenar la percepción y expresiones surgidas de las entrevistas.

El primer eje de análisis lo definen las percepciones que las entrevistadas tenían respecto al concepto de salud, es decir, que significado le es atribuido al “estar saludable” y qué dimensiones incorporan a la hora de entender la salud del niño como tal. Entendemos que de esta construcción se desprende la interpretación que las entrevistadas realizan sobre cómo se trabaja la salud de los niños en el Centro. En este sentido todas las entrevistadas entienden la salud como la ausencia de enfermedad.

Para dar respuesta a la pregunta de ¿Cómo cree usted que se trabaja la salud de los niños en el CAIF? todas se refieren al abordaje que realizó el centro ante algún síntoma presentado por el niño en el horario de atención ya sea fiebre, malestar, entre otros.

Si si les pasa un accidente o algo enseguidita están llamando a un médico o te llaman a ti, para saber que él se lastimó pero que está bien (Entrevistada 1).

Yo creo que sí porque a Agustín le salieron esas manchas yo vine le explique a Estefa que para mí era alérgico a la arena, y lo lleve a la policlínica y Martínez me dijo que tiene falta de vitamina A en la piel

y por eso le salen esas manchas y la arena y el sol le hacen más mal (...) ahora dejo de jugar con la arena (Entrevistada 3).

Las familias valoran positivamente el accionar inmediato que realiza el centro ante situaciones de ese tipo, pero solo ante la repregunta lograban identificar elementos que hacen al abordaje de la salud desde una mirada integral, como sostiene la propuesta educativo - pedagógica que se imparte desde Plan CAIF, donde “se brinda un programa alimentario nutricional, otro de promoción y cuidado de la salud, y otro dirigido al desarrollo de las potencialidades de los adultos en el marco de sus comunidades. El trabajo en el Centro se complementa con las intervenciones que se realizan en el hogar” (Plan CAIF: 2018).

En base a esta construcción que las familias tienen respecto al concepto de salud, y ante el desconocimiento sobre todo, de la dimensión socioeducativa que esta conlleva, parecen quedar invisibilizados los objetivos de las acciones que el centro realiza con fines preventivos y/o de promoción de la salud, ya sea a través de las dinámicas y rutinas diarias como en el marco de las actividades abiertas que son planificadas y organizadas en diálogo con el entorno y la comunidad.

El segundo eje de análisis se desprende de los mecanismos de control y contrapartidas¹¹ que les son planteados a las familias a la hora de establecer el vínculo con el CAIF e indirectamente con el Centro de Salud de referencia. En estrecha relación con la línea de análisis antes desarrollada, en lo que respecta a la salud de los niños, las entrevistadas identifican y describen claramente aquellos documentos o acciones que les son solicitadas para dar cumplimiento a la inscripción.

Todas las respuestas coincidieron en este punto: controles de salud y vacunas al día, partida de nacimiento del niño y cédulas de los integrantes del hogar. Así mismo algunas entrevistadas resaltan que esta documentación certificadora les fue solicitada nuevamente en el correr del año y en algunos casos, la solicitud fue ampliada al examen coproparasitario¹². De esta manera las entrevistadas se ven en la obligación, (para ellas “natural”) de demostrar que sus hijos van al médico en el tiempo que les es indicado para su edad.

¹¹ El concepto de contrapartida hace referencia a aquello que se le exige al beneficiario de una política social para justificar su condición de tal. Se refuerza así la idea de que son responsables de su condición, por lo que deben legitimar el uso que realizan de los recursos que la sociedad dispuso para sí (Bentura, Vecinday:2016).

¹² Coproparasitario es el examen que se realiza a las heces del niño para determinar el diagnóstico de enteroparasitosis, comúnmente entendidos como parásitos.

Estas lógicas de control ejercidas sobre la población también se relacionan con las tecnologías políticas de las que habla Foucault, “en particular las que operan en el liberalismo y el neoliberalismo, producen modos de existencia, pues a través de ellas los individuos y colectivos se subjetivan, adquieren una experiencia concreta del mundo. Su propósito es, por tanto, la autorregulación de los sujetos: lograr que los gobernados hagan coincidir sus propios deseos, esperanzas, decisiones, necesidades y estilos de vida con objetivos gubernamentales fijados de antemano” (Castro, 2010:13).

Los mecanismos identificados y enunciados por las entrevistadas son ubicados como parte integrante de una dinámica en la que están acostumbradas a circular, pero no surge de los discursos ningún tipo de reflexión sobre cómo esas lógicas se filtran en sus vidas cotidianas en forma de exigencias, sin tomar en cuenta sus necesidades y/o capacidades particulares para dar respuesta. El foco parece estar en lo que el adulto a cargo tiene que hacer y no en lo que necesita para poder hacerlo, así la salud del niño como derecho queda eclipsada por la obligación del adulto de rendir cuentas a su respecto.

Por otra parte cabe hacer alusión a los criterios adoptados por el centro a la hora de definir la conformación de los grupos, los cuales integran entre 12 y 15 niños cada uno que se atienden bajo la modalidad diaria. El centro cuenta con un solo grupo capaz de brindar atención en horario extendido (8 horas diarias) a los niños que lo integren, por lo que un requisito central para el acceso a esta modalidad radica en que el referente a cargo se encuentre trabajando. También se contemplan criterios relacionados con la vulnerabilidad del niño ante circunstancias identificadas como de riesgo en el entorno familiar o en el entendido de que la permanencia extendida del niño en el centro represente una oportunidad para potenciar su desarrollo global.

Esta selección de los casos nos muestra uno de los principales límites existentes en la propuesta de atención planteada por este centro. Dado el perfil de la población que atiende, la mayoría de los niños podrían ser incluidos bajo alguno de esos criterios, a excepción del factor laboral que presenta un alto nivel de variabilidad.

en realidad nosotros trabajamos con una población básicamente pobre que la mayoría de las personas se encuentra por fuera del mercado formal de trabajo(...)tenemos una población bastante importante de gente que no trabaja directamente y que subsiste como puede de los beneficios que surge de la matriz de protección social vinculada a la pobreza (Trabajador Social del CAIF).

Retomando a Vecinday, la autora afirma que “una vez que el individuo accede al servicio y se constituye en beneficiario, se ponen en juego mecanismos individualizadores. Individualización que, en sentido foucaltiano, implicará la identificación precisa del beneficiario a partir de atributos predefinidos técnicamente, y la activación de sistemas de seguimiento y control individualizados” (Vecinday, 2013: 151).

La otra cara de esta lógica es la que nos describe el Trabajador Social del centro, donde nos explica que la implementación de estos procedimientos está directamente vinculada a la rendición que el equipo debe hacer a la centralidad del Plan mediante el ingreso de los datos actualizados en el SIPI ¹³. De esta manera no solo se sistematizan los datos de la población que es atendida, sino que es la forma de asegurar que INAU continúe transfiriendo la partida necesaria para el normal funcionamiento del centro.

Por lo antedicho podemos decir que: “Las políticas sociales controlan con bases de datos como tentáculos de la cárcel, los movimientos de seres humanos, sus gastos, sus ingresos, sus inasistencias, sus desvíos de la conducta, sus contrapartidas” (Mariatti, 2015: 68). Ese control permanente al que son sometidos los beneficiarios de la política y sus ejecutores es identificado como el único medio necesario y posible para certificar la eficacia de su implementación.

El tercer eje de análisis lo constituyen las fortalezas y debilidades identificadas en torno a la articulación entre las políticas que atienden la salud de la primera infancia en el contexto en el que se desarrollan sus necesidades.

En ese sentido surge de las entrevistas como muchas veces ante la ausencia de respuesta en el primer nivel, surgen otros recursos, políticas o instituciones capaces de suplir las funciones de ASSE como prestador de salud. El punto es, que este suplir no necesariamente surge en forma coordinada o articulada, más bien se trata de diferentes actores de origen diverso y con lógicas de funcionamiento también diversas, con capacidad de responder a una misma necesidad pero de forma aislada. Esto se traduce en infinidad de recursos (humanos, materiales e institucionales) destinados a la misma población objetivo, pero distribuidos de forma ineficiente e inequitativa entre los dispositivos. Al mismo tiempo se agudiza la competencia entre los actores con capacidades desiguales de respuesta, pese a que presentan múltiples puntos de contacto entre sí.

¹³ SIPI/Sistema de Información para la Infancia: el técnico a cargo de ingresar los datos para completar el padrón ingresa al sistema mediante el usuario y contraseña que le es asignado.

En términos generales las entrevistadas responden favorablemente respecto a cómo perciben el acceso a los servicios de salud de ASSE disponibles en la zona. Las dificultades identificadas se explican cuando la gestión que necesitan hacer corresponde a concretar una consulta con especialista. El ejemplo más frecuente en este sentido surge de la primera consulta con odontólogo que debe mantener el niño. Si bien el momento de su indicación es relativa a la percepción del pediatra que lo atiende, una vez indicada no todas las referentes logran concretar la consulta en dependencias de ASSE en un periodo menor a los tres meses.

Esta dificultad en la gestión de especialistas es confirmada por el Trabajador Social del centro quien agrega otras especialidades además del odontólogo para ejemplificar este aspecto.

Sobre todo en lo que tiene que ver con especialistas, lo que tiene que ver con tratamientos ya sea tratamiento psicológico, lo que tiene que ver con salud mental lo que tiene que ver con especialistas como neuropsiquiatra, cardiólogo, fonoaudiólogo, todo lo que tiene que ver con especialidades eso es muy difícil, los tiempos no se corresponden y con la necesidad de las persona y con la realidad (Trabajador Social del CAIF).

En consecuencia surge como, ante determinadas situaciones que requirieron respuesta inmediata para atender algún aspecto de la salud de los niños, la solución surgió de otro dispositivo capaz de tomar y dar respuesta a la demanda de forma rápida y eficiente. Surgen en este sentido espacios como División Salud - INAU¹⁴ o dispositivos como UCC y ETAF¹⁵.

Si bien estos dos dispositivos son ubicados en la órbita de políticas intersectoriales entendidas como aquellas en la que los actores gubernamentales involucrados “no sólo entreguen a un mismo público específico los servicios que son propios de cada uno, sino que de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas que tienen complejas, diversas y relacionadas causas en sus orígenes” (Cunill-Grau, 2014: 8 *apud* Paulo 2017:42) , la realidad es que el diálogo entre los actores que las componen (en lo que atañe a nuestro trabajo apuntamos a la articulación entre INAU - Plan CAIF / ASSE), no logra darse con la fluidez necesaria, sin dejar de señalar que a nivel central ambos dispositivos se encuentran bajo la órbita de MIDES. Esto supone cierta distancia institucional a la hora de gestionar una respuesta, a diferencia de la línea directa que une a un CAIF con División Salud, en tanto ambos se

¹⁴ División Salud- INAU corresponde al área de trabajo del instituto dedicada a la atención en salud (con posibilidad de brindar especialistas) de niños y adolescentes que se encuentren bajo su órbita, dato que es confirmado mediante el N° de SIPI que le es asignado al menor.

¹⁵ ETAF: Equipos Territoriales de Atención Familiar.

encuentran bajo la órbita de INAU.

Así, ante una demanda o necesidad presentada por la familia los distintos dispositivos que la “atienden” parecen emprender una carrera en busca del recurso o servicio que le dé respuesta. En relación a las respuestas obtenidas desde División Salud - INAU, el Trabajador Social del centro indica:

se hacen coordinaciones con División Salud de INAU que eso está bueno que todos los niños que están inscriptos en el SIPI o sea en el padrón del CAIF tienen derecho a la atención en salud de INAU (...) y ahí siempre se encuentran respuestas bastante rápido (Trabajador Social del CAIF).

Estos elementos parecen indicar que las dificultades a la hora de conseguir una respuesta ante una necesidad de atención en la salud del niño, es explicada en cierta medida por el origen del cual parte esa respuesta. Es decir, si se toma en cuenta cual es el organismo gubernamental que está detrás de esa gestión, para el caso de INAU, la articulación desde el CAIF resulta más directa y por ende eficiente, mientras que a la hora de establecer contacto con ASSE (ya sea directamente o a través de los dispositivos mencionados) la gestión de la respuesta resulta ineficiente.

En lo estrictamente relacionado con los servicios ASSE, dos de las entrevistadas afirman que motivadas por la insatisfacción que le generaron las respuestas a nivel local, en oportunidades han decidido trasladarse hacia alguno de los servicios disponibles en el tercer nivel de atención, específicamente al Hospital Pereira Rosell. Asumen que allí las respuestas recibidas parten de considerar una mayor cantidad de elementos a la hora de diagnosticar al niño, o en ocasiones la mera posibilidad de que allí le realicen estudios específicos les proporciona mayor tranquilidad.

Para finalizar, el último eje de nuestro análisis lo constituyen las tensiones identificadas entre Plan CAIF y ASSE como prestador de salud, a la luz de los avances sucedidos al respecto con la última reforma de la salud.

Si bien se obtuvieron valoraciones positivas en relación al acceso a los servicios de salud de la zona, estas remiten a mejoras percibidas respecto a la infraestructura, organización y aumento del personal del servicio al que recurren. Pero estos elementos aún no logran revertir factores como la distancia o los tiempos de espera dentro del Centro de Salud para coordinar la fecha de consulta.

Cuando la necesidad de atención la integra una consulta con alguno de los especialistas mencionados anteriormente, a la espera sucedida dentro del servicio se le suma la espera respecto al día en el que se mantendrá la consulta. Si la consulta es con pediatra o ginecólogo la percepción positiva sobre el servicio se mantiene pese a que también se destacan esperas de horas para obtener fecha de consulta.

Sí me parece que hay una mejoría lo veo que está más organizado para sacar fecha, no tenés que estar yendo y viste que ahora te dan número y podes verlo en una pantalla (Entrevistada 7).

Resulta oportuno incluir en esta sección el análisis de aquellos elementos que, surgidos del trabajo de campo nos han permitido analizar el rol que ocupa en la relación interinstitucional el convenio establecido con ASSE.

En el año 2009 desde Plan CAIF se realizó un relevamiento a nivel nacional con el objetivo de obtener información sobre la implementación del convenio MSP – ASSE – MIDES – INAU - Plan CAIF. A partir de este procedimiento que consistió en enviar a todos los centros un formulario con preguntas básicas, es que se elabora un informe de avance que sistematiza la información recogida y permite la evaluación de algunas de las áreas que el convenio se planteó fortalecer. Al 15 de Diciembre se obtuvieron respuestas por parte de 115 centros de todos los departamentos del Uruguay (38% del total). El 78% de los CAIF que respondieron el formulario, manifestaron haber podido realizar algún tipo de coordinación con diferentes efectores de salud. Algunos, debido a su realidad local, en la que no existen servicios de ASSE próximos al centro, igual han procurado articulaciones con Policlínicas de salud barriales, de la Intendencia o Instituciones de Salud privada (Hauser, Misol: 2010).

En relación a las dificultades los CAIF mencionan algunos obstáculos para el avance del convenio, tales como; falta de recursos de ASSE en zona de influencia del CAIF, escaso compromiso del sector salud en algunas localidades, el desconocimiento de parte de algunos pediatras de la propuesta y metodología de trabajo del programa de experiencias oportunas del CAIF. Este desconocimiento y el pensar al centro como una “guardería” donde el niño pasa todo el día, son algunas de las razones por las cuales desaconsejan a las madres a llevar a sus hijos menores de dos años al CAIF. También se identifican procesos lentos en la comunicación de los actores involucrados entre los equipos de los CAIF y de salud (Hauser, Misol: 2010).

En esta misma línea podemos establecer que del trabajo de campo realizado en el CAIF *las*

Hormiguitas surgen algunos elementos reflejados en el relevamiento nacional. En primer lugar se identifica que el vínculo con los servicios de ASSE no está determinado por mecanismos formales definidos, sino que se establecen independientemente del convenio existente. El Trabajador Social del CAIF explica que el vínculo con las instituciones de salud, en mayor o menor medida se encuentra determinado por el perfil del equipo de salud de turno y no tanto por las intenciones de articulación y coordinación que se establecen en el convenio. Establece que la llegada de las familias al servicio de salud se vuelve más amena si son acompañados por algún integrante del equipo y que, tanto la recepción en el servicio, como el nivel de articulación previa que se pueda realizar quedan, en cierta medida librada al perfil de quien allí los reciba.

En relación a las actividades de prevención y promoción de la salud coordinadas en conjunto, se establece que si bien los servicios de salud, representados por los médicos de familia, suelen participar de los espacios de planificación, a la hora de ejecutar las actividades la participación se vuelve intermitente, ya sea en forma personal o a través del aporte de insumos materiales o informativos.

Consideraciones finales

En las páginas precedentes hemos intentado problematizar mediante el acercamiento a un CAIF, las tensiones generadas entre las exigencias que son planteadas desde Plan en términos de salud, para el ingreso y permanencia de los niños en el Centro así como la oferta de servicios de salud (en gestión de ASSE) disponibles a nivel local. Al mismo tiempo, identificamos necesario enmarcar el análisis de estas tensiones en los objetivos de atención a la primera infancia planteados por la reforma de la salud del año 2007.

Como fue mencionado, uno de los ejes centrales de la reforma estuvo dado por el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. Esto no solo implicó pensar las distintas políticas sanitarias poniendo especial énfasis en la prevención y promoción, sino que también le atribuyó un rol central a las alianzas y articulaciones que se deben establecer con los actores locales, identificándose como fuentes valiosas de información a la hora de identificar y abordar las necesidades reales de la población infantil y sus familias.

En este sentido los centros CAIF no solo representan una vía de llegada directa a la población objetivo, sino que también reúnen la capacidad de enlazar su intervención con las familias y la comunidad en la que se insertan. Esto los convierte en actores propicios para la articulación y coordinación de acciones en conjunto con los servicios de salud.

A estos efectos en el año 2008 se celebró el convenio que involucra a varios organismos, con distintos niveles competencia sobre la atención a la primera infancia (incluidos ASSE y Plan CAIF), con el objetivo de establecer compromisos y metas para lograr mayores y mejores niveles de equidad en el desarrollo de la primera infancia.

A este respecto podemos establecer que del recorrido analítico realizado, surge por una parte que los niveles de articulación interinstitucionales aún se muestran debilitados, pese a que la intencionalidad política se muestre contraria y presente respaldo formales en ese sentido. La percepción de las entrevistas apunta a reconocer las mejoras en términos de infraestructura de los servicios a los que recurren, pero dejan entrever que aún persisten debilidades en relación a los recursos humanos (sobre todo en lo que tiene que ver con especialistas) disponibles para dar respuesta a sus demandas. Esto se traduce en esperas prolongadas que en ocasiones logran ser “salteadas” con la intervención de otro dispositivo que se encuentre trabajando con la familia, capaz de lograr una articulación directa con el servicio de salud. Si bien el CAIF

muchas veces emprende este tipo de articulaciones, dada la necesidad de conseguir respuestas más inmediatas a las disponibles en los servicios locales, las mismas muchas veces provienen de servicios externos a ASSE.

En segundo lugar emergen mecanismos de control incorporados y naturalizados a distinto nivel. Desde la centralidad del Plan sobre la ejecución del proyecto concreto, se traducen pautas que moldean el ejercicio del equipo de trabajo y desde éste se aplica el mismo ejercicio sobre las familias. De esta forma las conductas y acciones son orientadas hacia el cumplimiento de las responsabilidades que les son atribuidas respecto a los niños que allí concurren.

A este respecto Vecinday indica que “los niveles de focalización alcanzados por el Plan CAIF son importantes (...) En 1999, el 81,4 % de niños atendidos pertenecía a familias en situación de pobreza (...) esto parecería indicar que la mayor preocupación consiste en captar a aquellos sectores de población pobre que se mantienen por fuera de un campo de visibilidad, vigilancia y control institucional” (2013,148).

Este modelo dirigido hacia la atención de la salud en la infancia, coincide con lo que Ortega y Vecinday describen como “la proliferación de discursos y prácticas fundamentadas en la necesidad de control de los riesgos por parte de grupos e individuos que se encuentran en situación de riesgo”, lo cual “se corresponde con la atribución de responsabilidad a los comportamientos individuales en la génesis de problemas de orden social” (2009:16).

En relación a cómo las transformaciones del modelo de atención inciden en las prácticas de atención a la salud que emprenden las entrevistadas, se puede establecer que más allá de los avances que presenta la estrategia de la APS planteada por la última reforma, aún persisten limitaciones y resistencias en la organización y la memoria institucional de los servicios (Fernández, Levcovitz, Olesker, 2015).

A su vez, permanecen obstáculos vinculados al perfil de los profesionales, que como indica Fernández, Levcovitz y Olesker “en la formación de los estudiantes se sigue privilegiando la patología compleja, de baja frecuencia y que requiere uso de tecnología; hay carencia formativa en disciplinas sociales, promoción de la salud, abordaje comunitario, prevención, enfoque de género y otras áreas prioritarias desde la perspectiva de la salud colectiva.” (2015:25). Esto se vincula con los desafíos para la APS indicados por Solazzo y Berterretche, quienes establecen que una de las tensiones estaría dada por quienes aún enfatizan en los aspectos clínicos por encima de los promocionales y preventivos.

Esta concepción persistente incide directamente en la forma de intervenir que establecen las instituciones de salud con relación a los actores locales, la cual varía según el valor que se le atribuye al intercambio y al trabajo en conjunto. Pese a que el convenio interinstitucional establece el compromiso de crear dispositivos de trabajo entre Plan CAIF y ASSE con el fin de generar actividades de sensibilización en la comunidad, la no existencia de los mismos limita las posibilidades de establecer acuerdos y alianzas a fin de generar movimientos de mayor impacto, que necesariamente requieren de centros de salud que estén abiertos a este tipo de estrategias.

Para finalizar queremos establecer algunas líneas de investigación que si bien emergen del trabajo precedente, no pudieron ser profundizadas por trascender la capacidad extensiva del mismo. En primer lugar vimos como del trabajo de campo realizado surge como las funciones de cuidado y gestión de la atención médica de los niños que asisten al centro, recae mayoritariamente sobre referentes femeninas. En esa línea se podría profundizar el abordaje del tema aquí presentado, incorporando la perspectiva del género, habilitando la problematización en este sentido.

En segundo lugar resulta interesante profundizar el análisis en la relación que se establece entre la adhesión al FONASA y el vínculo que el usuario necesariamente debe establecer con el mercado formal de trabajo para estar incluido. Surge de las entrevistas que la trayectoria emprendida para la atención en salud, muchas veces incluyó afiliaciones al sistema mutual, pero esta se interrumpió con la caída de la relación laboral formal que la habilitaba, momento en el cual la familia retoma su atención en dependencias de ASSE.

Este aspecto aún hoy es señalado como uno de los principales desafíos establecidos por la reforma, en tanto se plantea alcanzar niveles de aseguramiento universales.

Referencias

Azar P, Llanes J, Sienna M: Informe sobre el Gasto Público en Infancia en Uruguay 1990-2009: Insumos para la elaboración de una estrategia para la infancia y la adolescencia (2006).

Bentura P, Vecinday L: ¿Nuevos abordajes sociales? Asistencia y contrapartidas. Columna FCS. (Noviembre 2016). Recuperado de: http://columnistas.montevideo.com.uy/uc_302436_1.html.

Castro Gómez S: Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. Bogota D.C Siglo del Hombre Editore: Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá: Pensar Universidad Santo Tomás (2010).

Chaves J, Hontou C, Piquinela P: La proximidad en las políticas públicas: tensiones entre el abordaje de la vulnerabilidad social y la evidencia científica (2016).

De Martino M, Vecinday L: Los programas de Transferencia de Renta Condicionada bajo la lupa: olvidos, descuidos e invisibilidades. Revista Em Pauta Teoria Social e Realidade Contemporânea. 2o Semestre de 2015- n. 36, v. 13, p. 63 - 86. Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2015).

Foucault M: Historia de la sexualidad I, La voluntad del saber (1977). Siglo veintiuno editores.

Gil A, Cambón V: El Plan CAIF como política pública de primera infancia. Revista regional de Trabajo Social Vol 28 N.º 62 pp. 64-75 (2014).

González D: El gobierno de la niñez y la adolescencia en situación de calle en Uruguay. Un estudio de la racionalidad de las políticas sociales focalizadas. Biblioteca plural, CSIC Universidad de la Republica (2016).

Mariatti A: La política activa de despolitización creciente. Un estudio concreto de los programas de transferencia de renta condicionada del Ministerio de Desarrollo Social en Uruguay. Revista Fronteras N° 8, Depto de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo (2015).

Martínez C, Piedad C: El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión, núm. 20, pp. 165-193. Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia (julio 2006). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>.

Midaglia C: Alternativas de protección a la infancia carenciada. La peculiar convivencia de lo público y privado en el Uruguay. Colección Becas de Investigación CLACSO - Asdi. Concurso de proyectos de investigación “Pobreza, desigualdad y desintegración social” Programa de Becas Senior CLACSO - Asdi de promoción de la investigación social. Buenos Aires (2000).

Núñez G: El PLAN CAIF en Uruguay: análisis desde una perspectiva de derechos. Trabajo presentado en las XV Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR. Montevideo, 14, 15 y 16 de septiembre de 2016.

Olesker D: Sistema Nacional Integrado de salud cada cual aporta según su ingreso y recibe de acuerdo a sus necesidades. Revista Transformación Estado y Democracia N° 33, Montevideo, (2007).

Ortega E: El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. CSIC Universidad de la República. Edición Trilce (2008)

Ortega E Vecinday L: De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. Revista Fronteras N° 5 pp 11-20. Departamento de Trabajo Social Universidad de la República (2009)

Paulo L: Intersectorialidad como fundamento político y expresión funcional/tecnológica en dos programas sociales de proximidad. Revista Fronteras N°10. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República. Montevideo (2017).

Pinato C: Significados sobre una estrategia de protección integral de la primera infancia. El caso de Uruguay Crece Contigo. Tesis de posgrado: Maestría en derechos de la infancia y políticas públicas. Universidad de la República. Montevideo (2016).

Sollazzo A, Berterretche R: El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 6, pp. 2829-2840 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil (Junio 2011).

Umpierrez G: Accesibilidad simbólica: Barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, en la zona de influencia del Programa APEX-Cerro. - Montevideo, 2012.

Vecinday L: Alteraciones institucionales y tecnológicas de la política de asistencia social en el Uruguay del siglo XXI ¿Hacia un nuevo modelo de gestión social de la pobreza?. Revista Fronteras N° 10 pp 55-57. Departamento de Trabajo Social Universidad de la República (2017).

_____ : Protección social en Uruguay: Transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay. El caso del Plan CAIF 2003-2009. Biblioteca Plural CSIC. Universidad de la República. Montevideo (2014).

Fuentes documentales

ASSE: Policlínicas periféricas descomprimen Hospitales y resuelven 90% de consultas: Autoridades en Jardines del Hipódromo y Badano Repetto. Recuperado de <http://www.asse.com.uy> noticias, (2017).

_____ : Manual de Procedimientos. Reperfilamiento del Programa Aduana. Área Niñez y Adolescencia - ASSE (2014).

Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030 (ENIA): Bases para su implementación. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Comité de coordinación estratégica de infancia y adolescencia. Montevideo (2008).

Fernández Galeano M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, (2015).

Grellet C: El juego entre el nacimiento y los 7 años: un manual para ludotecarias. UNESCO Sector de Educación Monografía No 14 (2000).

Hauser P, Misol S: Informe de Avance desde el Plan CAIF, convenio MSP-ASSE-MIDES-INAU-Plan CAIF, (2010).

Intendencia Municipal de Montevideo, Municipio F: Datos demográficos. Recuperado de <http://municipiof.montevideo.gub.uy/node/154> (Mayo 2011).

Ministerio de Desarrollo Social: SOCAT ¿Que es? Recuperado de: <http://www.mides.gub.uy/14069/socat> (Abril 2013).

Ministerio de Salud Pública : Derechos y Beneficios de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y su correlato legal: Derechos de cobertura asistencial Derechos de atención Prestaciones y beneficios. Dirección General del SNIS - MSP (2011).

_____ González Tabaré, Olesker Daniel Comp: La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005-2009 Montevideo (2009)

_____ Programa prioritario de Atención a la Salud de la Niñez. Dirección General de la Salud División Salud de la Población (2006).

Organización Mundial de la Salud: Documentos Básicos 48a Edición con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014. Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York (Julio de 1946).

Parlamento del Uruguay: Ley 18211; Sistema Nacional Integrado de Salud: Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5271655.htm> (Diciembre, 2007).

_____ Decreto del 3 de octubre 2008 que aprueba el artículo 45 de la Ley 18211. Recuperado de http://msp.gub.uy/sites/default/files/Decreto_y_Anexo_I.pdf

Plan CAIF: Convenio interinstitucional MSP- MIDES- ASSE- INAU- Plan CAIF: Educación y Salud en la Primera Infancia “Por la equidad de oportunidades desde el inicio de la vida (2008). Disponible en: <https://www.plancaif.org.uy/documentos/item/50-convenio-interinstitucional-msp-mides-asse-inau-plan-caif>.

_____ Plan de Trabajo ASSE- Plan CAIF para la implementación del convenio Interinstitucional MSP MIDES ASSE INAU Plan CAIF: Educación y Salud en la Primera Infancia “Por la equidad de oportunidades desde el inicio de la vida”. Disponible en: <https://www.plancaif.org.uy/documentos/item/49-plan-de-trabajo-asse-plan-caif>.

_____ Que es el Plan CAIF? Recuperado de: <http://www.plancaif.org.uy/plan-caif/que-es-plan-caif> (Marzo 2018).

Presidencia- Oficina de Planeamiento y Presupuesto Área Políticas Territoriales: Uruguay Crece Contigo La infancia primero (2012).

Sistema de Cuidados: Plan Nacional de Cuidados 2016-2020. Junta Nacional de Cuidados (Diciembre, 2015).

The Pan American Health Organization: Promoting Health in the Americas. Declaración de ALMA-ATA: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en

UNICEF: 25 años de Plan CAIF. Una mirada en profundidad a su recorrido programático e institucional (2013). Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/spanish/25-anos-CAIF-web.pdf>.

_____ Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2009. 20 años de la Convención sobre los derechos del niño. Montevideo (2009)