



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



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

**Salud, familias y pobreza.**  
Análisis de la categorización familias en “riesgo” en el  
Programa Aduana del Ministerio de Salud Pública

Valeria Fernández González  
Tutora: Yoana Carballo

**2022**

## **Agradecimientos**

Al maravilloso equipo de trabajo que encontré durante mi pasantía de la licenciatura, en una Policlínica Municipal, que supo ser una fuente de motivación y apoyo constante en el imbricado proceso de transformar algunas de mis preocupaciones disciplinares, en lo que hoy constituye el tema de esta monografía.

A cuatro mujeres muy inspiradoras. Mi mamá, por ser la pieza fundamental de mi educación y mis valores, que me llevaron a elegir esta hermosa carrera. Mi mejor amiga Belén, por la incondicional compañía y afecto en todos estos años (Felicidades futura Maestra). Andrea, por ser un punto de referencia y de apoyo en mi recorrido como pasante y por confiar en mí. Y Yoana, por su orientación en este proceso y durante las prácticas pre-profesionales, siendo una guía en mi formación.

A todas las referentes del Programa Aduana en las policlínicas del Municipio A de la Intendencia de Montevideo, quienes colaboraron en la elaboración de esta monografía brindando su tiempo y compartiendo sus experiencias.

A todas las familias con las que tuve el placer de trabajar durante mi pasantía desde el Programa Aduana, y también a la red de compañeras de trabajo que encontré puertas afuera de la policlínica.

¡Gracias!

## Resumen

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

El Programa Aduana centraliza la atención en salud de los niños/as menores de 3 años usuarios/as de ASSE de todo el país. Sus propósitos se orientan hacia el acceso, la calidad y la integralidad de los servicios (Manual de Procedimientos del Programa Aduana, 2014, p.37). La desigualdad de condiciones de vida, provoca que garantizar una atención en salud de calidad y en función de sus necesidades, sea una tarea con un importante énfasis social en los territorios donde se concentran las familias con mayores vulnerabilidades socioeconómicas.

Esta monografía, examina los fundamentos de las prácticas de intervención con familias que se desarrollan desde los equipos territoriales del Programa Aduana, cuando existe una clasificación de los/as niños/as como pertenecientes a una familia en “riesgo social”, entendiendo que tales bases llevan implícita o explícitamente, una visión y posición del sujeto. Para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo en el Municipio A de Montevideo, mediante entrevistas semiestructuradas con las referentes del programa de cada policlínica municipal del territorio definido, que fueron analizadas a la luz de categorías teóricas centrales para este estudio: familias y riesgo social.

En los hallazgos, destaca la diversidad de modalidades de trabajo encontradas, tanto en las formas de ejecución como en las alianzas profesionales, dejando en evidencia la autonomía para tensar los límites del programa. La “Visita Domiciliaria Integral” como herramienta clave es puesta en cuestión, desde la reflexión sobre su propósito y formas de desarrollo. También se presentan y discuten algunas concepciones de riesgo, las distancias encontradas entre la línea programática y su acepción cotidiana, así como la noción del riesgo anclado a los territorios. Finalmente, se reflexiona sobre la importancia de generar espacios de intercambio que colaboren a la unificación de criterios y enfoques, promoviendo prácticas conscientes de la responsabilidad ética profesional, en la construcción de procesos de intervención sustantivos en términos del ejercicio pleno de derechos de los/as niños/as y familias.

Palabras clave: *riesgo social, desigualdad, salud, familias, territorio.*

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introducción.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Consideraciones metodológicas.....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>CAPÍTULO I: Las familias y los riesgos sociales</b>  |           |
| 1.1. Conceptualización sobre las familias.....  | 11        |
| 1.2. Las nociones de riesgo social.....   | 15        |
| <b>CAPÍTULO II: Contextualizando el Programa Aduana y el rol del Trabajo Social en el campo de la salud</b>                             |           |
| 2.1. Programa Aduana. Orígenes y evolución.....   | 18        |
| 2.2. El Trabajo Social en el campo de la salud.....   | 23        |
| 2.2.1. El surgimiento del Servicio Social ligado al preventivismo sanitarista.....  | 24        |
| 2.2.2. Las concepciones actuales de la salud: la política sanitaria y la intervención del Trabajo Social.....                           | 27        |
| <b>CAPÍTULO III - Familias en “riesgo” en el Programa Aduana del Ministerio de Salud Pública: fortalezas, tensiones y controversias</b> |           |
| 3.1 Consideraciones analíticas.....   | 32        |
| 3.2. Modalidades de trabajo.....  | 32        |
| 3.3. El Programa Aduana y la “Visita Domiciliaria Integral” .....   | 37        |
| 3.4. La intervención en situaciones de riesgo social.....   | 40        |
| 3.5. Fortalezas, límites y tensiones del Programa Aduana.....   | 44        |
| <b>Reflexiones finales.....</b>   | <b>48</b> |
| <b>Referencias bibliográficas.....</b>  | <b>51</b> |
| <b>Referencias documentales.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>Anexo 1.....</b>   | <b>56</b> |

## Introducción

Esta monografía se inscribe en la discusión sobre los procesos de intervención con las familias de niños/as menores de 3 años, categorizadas en “riesgo” por el Programa Aduana.

Este programa, es un dispositivo asistencial de atención familiar, que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida y desarrollo humano de los/as niños/as menores de 3 años del país, usuarios/as de los servicios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), promoviendo el acceso universal a sus servicios, mediante acciones interinstitucionales que vinculan a los diferentes niveles de atención (central, hospitalario, centros de salud y policlínicas), y la coordinación con instituciones educativas, sociales y programas prioritarios (Manual de Procedimientos del Programa Aduana, 2014).

El interés por realizar un aporte crítico al Programa Aduana mediante este estudio, nace de las reflexiones y cuestionamientos respecto a las concepciones y prácticas que se reproducen desde éste en los abordajes familiares, emergentes durante mi inserción pre-profesional en 2019-2021, como pasante en una policlínica en el oeste de Montevideo. Cabe resaltar que hasta el año 2020 inclusive, en las pasantías de la licenciatura en las policlínicas, el/la pasante era la única figura representativa de la profesión sin una supervisión directa, lo cual supuso un desafío en términos de construcción del posicionamiento disciplinar, por lo que constituyó un lugar privilegiado para la problematización de los fundamentos sobre los que se asientan las prácticas de intervención con las familias comprendidas por este programa.

El objeto de estudio de esta monografía, es examinar los fundamentos que sustentan los abordajes del Programa Aduana, y las posiciones que se construyen sobre los sujetos de intervención, especialmente de las familias categorizadas como de “riesgo”, desde los equipos de salud, en el Municipio A<sup>1</sup> de Montevideo. La finalidad de ello, es la contribución a la reflexión crítica sobre las prácticas y posicionamientos que se asumen en la “primera línea” de acción frente a familias atravesadas por la pobreza y la vulnerabilidad social.

---

<sup>1</sup> Los barrios que comprenden el Municipio A, son agrupados por el gobierno local según la georreferenciación de los centros comunales que los componen: centro comunal 14, 17 y 18. Los barrios pertenecientes a la zona 14, son Prado Norte, Sayago Oeste, Paso Molino, Belvedere, La Teja, Pueblo Victoria, Tres Ombúes, Nuevo París y Villa Teresa. Los que conforman la zona 17, son Casco del Cerro, Casabó, Pajas Blancas, Santa Catalina, Cerro Norte, La Boyada, Cerro Oeste y zona rural. Y los pertenecientes a la zona 18 son 3 de abril, barrio Artigas, Cabaña Anaya, camino El Tapir, Chimeneas, Condominio 11, El Húmedo, Gori, Jardines de las Torres, Jardines de Paso de la Arena, La Carreta, La Colorada, Las Flores, Las Higuieritas, Las Torres, Los Boulevares, Mailhos, Maracaná, Montecarlo, Municipal 18, Nuevo las Flores, Nuevo las Torres, Parada Nueva, Parque Lecocq, Parque Tomkinson, Paso de la Arena, Paurú, Punta Espinillo, Rincón del Cerro, Santiago Vázquez, Sarandí, y Villa Sarandí. Recuperado de: <https://municipioa.montevideo.gub.uy/>

## Consideraciones metodológicas

Este estudio interroga los abordajes que se producen desde el Programa Aduana en las policlínicas barriales de la Intendencia de Montevideo, a partir de los discursos de las/os profesionales que lo llevan adelante y algunos aportes teóricos de relevancia para la temática.

La estrategia metodológica para indagar estos aspectos, siguió un estudio exploratorio de corte cualitativo, desde la adopción de un enfoque teórico metodológico que entiende a la realidad social como algo concreto, dinámico y cognoscible a partir del análisis de las categorías centrales del objeto de conocimiento, y también de su exploración empírica. Estos elementos, en su conjunción, permiten acceder al conocimiento del objeto planteado, tanto de sus representaciones fenoménicas más inmediatas, como de su esencia, comprendiendo - a la vez que ordenando - las estructuras que lo constituyen (Kosik, 1965).

En este sentido, lo que plantea Kosik (1965), respecto a los procesos de conocimiento y comprensión del mundo ha sido el eje guía durante el proceso de investigación:

"El todo no es cognoscible inmediatamente para el hombre, aunque le sea dado en forma inmediatamente sensible, en la representación, en la opinión, o en la experiencia. El todo, pues, es accesible directamente al hombre, pero como un todo caótico y nebuloso. Para que el hombre pueda conocer y comprender este todo, para aclararlo y explicarlo, es necesario dar un rodeo; lo concreto se vuelve comprensible por medio de lo abstracto; el todo por medio de la parte" (p. 35).

Desde esta perspectiva epistemológica, se pensaron algunas preguntas orientadoras de este estudio: ¿Qué concepciones de familia están presentes en el Programa Aduana?. Estas concepciones, ¿asumen algún rasgo diferencial significativo cuando se trata de familias en situación de pobreza?. ¿Qué supone categorizar a un/a niño/a como de "riesgo social familiar"?. ¿Sobre qué informaciones y datos se construye esa categorización?. ¿Cómo se discuten los instrumentos y prácticas que orientan las intervenciones del Programa?, ¿Se trata de discusiones colectivas entre los diferentes niveles del Programa, o las decisiones son centralizadas?. ¿Se revisan tales decisiones en forma sistemática y permanente?.

Este conjunto de preguntas, nos conduce a los siguientes objetivos:

**Objetivo general:** examinar los fundamentos que sustentan las prácticas de intervención de los equipos territoriales del Programa Aduana en el Municipio A.

### ***Objetivos específicos:***

- Contextualizar el Programa Aduana y su evolución histórica en la política de salud.
- Describir la modalidad de trabajo de los equipos territoriales.
- Identificar las concepciones que orientan la intervención con familias categorizadas como de “riesgo social”.
- Conocer y discutir las principales fortalezas, límites y tensiones que los equipos reconocen en las intervenciones que desarrollan desde el programa.

Se ha escogido llevar adelante el proceso investigativo dentro del Municipio A de Montevideo, donde las personas usuarias de ASSE, pueden atender su salud en 6 policlínicas de gestión municipal, en función de su georeferencia. Dicha elección responde, en primer lugar, al interés personal en la zona y sus servicios, ya que en ella habito y trabajo, aunque por razones éticas, el servicio del que formé parte no estará dentro de la población de estudio.

En segundo lugar, la decisión se debe al hecho de que el Municipio A tiene la mayor concentración poblacional en comparación al resto de los municipios, reuniendo a aproximadamente 207 mil personas, de las cuales el 9,1% son niños/as de 0 a 5 años, un porcentaje bastante más elevado en comparación a otros municipios, de acuerdo al Informe del Censo 2011 elaborado en 2013 para Montevideo y el área Metropolitana, desde la Unidad de Planificación de la IM<sup>2</sup>. Además, de acuerdo a al informe de datos de información física y sociodemográfica por Municipio, procesado en 2018 por la Unidad Estadística de la IM<sup>3</sup>, el 41% de la población infantil menor de 4 años de edad de este Municipio, vive en hogares en situación de pobreza, lo cual lo indica como un espacio socioterritorial que reúne características demográficas, sociales y económicas particulares, que lo constituyen como escenario de singular interés académico para los objetivos de este estudio.

La construcción del dato primario, se realizó a partir de 4 entrevistas semiestructuradas, dirigidas al técnico/a referente del Programa Aduana de las policlínicas del Municipio A<sup>4</sup>, gestionadas por el gobierno departamental. En una de las 5 policlínicas que componen esta red primaria de atención en salud de la zona, no se pudo concretar la entrevista por ausencia

---

<sup>2</sup> Recuperado de: [https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/informe\\_censos\\_2011\\_mdeo\\_y\\_area\\_metro.pdf](https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/informe_censos_2011_mdeo_y_area_metro.pdf)

<sup>3</sup> Recuperado de: <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informacionfisicaysociodemograficapormunicipio2017.pdf>

<sup>4</sup> Las policlínicas del Municipio A dependientes de la Intendencia de Montevideo son seis: Aquiles Lanza, Casabó, La Paloma, La Teja, Parque Bellán y Paso de la Arena, pero por razones éticas, el servicio del que formé parte no estará dentro de la población de estudio.

de referente programático al que entrevistar, mientras que en los demás casos, este rol es desempeñado por Licenciadas en Enfermería.

También se realizó una revisión exhaustiva de las fuentes documentales que estructuran el Programa Aduana, como el Manual de Procedimientos vigente, del año 2014, y la evaluación de Diseño, Implementación de Desempeño (DID) del Programa Aduana (2014), y la revisión bibliográfica sobre los dos temas que vertebran la discusión propuesta, como es la categoría de familias y de riesgo social, a fin de poder analizar el diálogo que entre ellas se produce en el programa seleccionado.

Por ende, este estudio constituye un primer acercamiento a las conceptualizaciones y metodologías que se ponen en juego en el Programa Aduana en el primer nivel de atención, así como sus significaciones y fundamentos, desde el análisis de los discursos que se construyen en las prácticas de intervención social familiar, particularmente con niños/as y familias en situación de pobreza y vulnerabilidad social.

Dadas las características metodológicas de la investigación, no se pretende realizar generalizaciones a partir de estos datos, sino descripciones y reflexiones analíticas sobre las prácticas que se desarrollan en la atención en salud a de los/as niños/as menores de 3 años en el territorio, y sus fundamentos.

En el primer capítulo, se discuten las categorías centrales del estudio: familias, y riesgo social, debatiendo algunas concepciones presentes en la formulación de las políticas de “combate a la pobreza” y en la intervención social con familias. Seguidamente, en el segundo capítulo, se presentan los rasgos generales del Programa Aduana, y se consideran algunos aportes teóricos respecto a la emergencia del Trabajo Social en el campo de la salud, indagando sobre algunas transformaciones y permanencias en el ejercicio disciplinar.

En el tercer capítulo, se presentan los resultados del trabajo de campo a la luz de las referencias analíticas jerarquizadas, y por último, se exponen las conclusiones finales del estudio, dirigidas a fomentar el debate sobre la acción profesional y los procesos de conocimiento como elementos indisociables de una praxis fundada.

## **CAPÍTULO I: Las familias y los riesgos sociales**

En este capítulo, se presentan las referencias analíticas en las que se basa el estudio. En primer lugar, se discute la conceptualización de la categoría “familias” y las visiones y expectativas que se construyen sobre estas, dado que si bien el Programa Aduana está centrado en niños/as menores de 3 años, interesa conocer los fundamentos que se ponen en juego en la intervención social, y ésta se produce en un marco de atención familiar. Y en segundo lugar, se presentan algunas nociones sobre los riesgos sociales, entendidos y abordados a partir de la segunda mitad del siglo XX y principalmente a partir de los años 90 como riesgos individuales, desde el desdibujamiento de la responsabilidad estatal y colectiva en la gestión de las certidumbres sociales.

### **1.1. Conceptualización sobre las familias**

Hay que destacar que los esfuerzos de definición de la categoría familias, encierran su propia complejidad, en tanto referimos a producciones sociales en permanente construcción sociohistórica, por lo que rechazan cualquier intento de conceptualización neutra y ahistórica, lo cual permite dimensionar la complejidad del objeto.

Desde esta premisa, adherimos a los aportes de De Jong (2001), respecto a comprender a las familias como espacios complejos y contradictorios, atravesados por concepciones hegemónicas idealizadas en el imaginario social. Se trata entonces, de una esfera privada de la vida de los individuos, en la que se transita una experiencia subjetiva de construcción de la identidad. En este espacio de socialización primaria, los vínculos familiares determinarán en gran medida el desarrollo personal, tanto en forma positiva como negativa: amor-odio, contención-discriminación, protección-desprotección, seguridad-inseguridad, etcétera (p. 11). Resulta relevante tener presente esta dualidad de posibilidades, así como el amplio espectro existente entre ellas, ya que comúnmente “familia” suele estar asociada a adjetivos positivos, como el afecto, la protección, el amor, entre otros que no necesariamente caracterizan a la totalidad de las familias per se, y que es preciso desnaturalizar en este proceso de conocimiento.

Es por esto, que se incorpora la precisión conceptual realizada por De Martino (2007), al sustituir el término “familia” por “familias”, no como un mero juego de palabras sino como una forma de reconocer la multiplicidad de estructuras familiares existentes, y también de formas de relaciones afectivo-sexuales, desde el rechazo a las intencionalidades de normalización y homogenización de las instituciones familiares (p. 157).

Desde esta línea, también consideramos los aportes de Barg (2000), respecto a observar la funcionalidad de las familias como unidades económicas al servicio de la producción capitalista, a la vez que como institución afectiva y reproductora de la fuerza de trabajo, en la cual se entretajan relaciones de poder y jerarquía. Esto implica, por tanto, la función de reproducción de trabajadores, de mano de obra asalariada, así como también la interiorización y naturalización de las lógicas capitalistas que aseguran la reproducción del sistema de dominación, en la cual el trabajador tiene la necesidad constante de vender su fuerza de trabajo a cambio de un salario para sobrevivir, y con ello dignificar su existencia, sintiendo vergüenza del no-trabajo.

En este sentido, la autora pone de manifiesto las transformaciones históricas acaecidas en las relaciones familiares y su vinculación con el sistema capitalista, desarrollando una crítica desde la profesión a aquellas formas de intervención social de tipo moralizantes, donde la actividad de socioeducación con las familias, está dirigida de forma más o menos consciente, a cumplir con la función de reforzar el adoctrinamiento, imponiendo la demanda de ciertas disposiciones personales en los/as usuarios/as. Estos fundamentos se encuentran presentes en los discursos y prácticas, que apuntan a que las personas sean “responsables” con lo que se les “dá”, ofreciendo una contrapartida de agradecimiento y obediencia tutelar, como si se tratara de un acto de buena voluntad personal, y no de un derecho legítimo (Bargo, 2000). La vigilancia respecto a poder ubicar a qué fundamentos responden las prácticas de intervención que ejecutan los equipos del Programa Aduana en la actualidad, está atravesada por esta discusión, aunque sin el objetivo de catalogarlas, sino de identificar posibles permanencias de este tipo de lógicas.

En la historia, las formas de organización familiar han estado mediadas por relaciones de género, originándose diferentes modelos de familia que han sido captados por las políticas públicas, entre ellos, el modelo nuclear (madre-padre-hijos). A partir de Szymanski (1997), observamos que la convivencia en núcleos familiares basados en una marcada división de roles en función del género, constituidos por un varón proveedor del sustento familiar a

través del trabajo y una mujer relegada a la esfera doméstica, el cuidado del hogar y de los miembros dependientes, no siempre existió ni es natural, sino que se trata de una construcción social que comienza a consolidarse a inicios del siglo XVIII, en un contexto de emergencia de instituciones que presionaron a su consolidación para la vida en sociedad.

Si bien en la actualidad el modelo nuclear burgués no es el dominante en cuanto a frecuencia, sino que convive con una multiplicidad de arreglos familiares, la comparación con el modelo nuclear, que aún conserva una posición hegemónica como formato de convivencia idealizado y normativizado dentro del imaginario social, genera que desde las instituciones – y entre ellas, desde las instituciones de salud – persistan enfoques centrados en la estructura de las familias, más que en la intensidad y formas de relación interpersonal. Desde esa perspectiva, las dificultades emocionales y relacionales que los sujetos puedan manifestar, serán explicadas como consecuencias de la distancia entre su “familia vivida”, con la “familia pensada” (la nuclear), definida como forma natural de convivencia de una familia normal, mientras que el resto de formas posibles son adjetivadas como “desestructuradas”, “disfuncionales”, “incompletas”, etcétera (Szymanski, 1997).

Cuestionar la vigencia de este modelo en la actualidad, en un escenario social que exige a la mujer una inserción en el mercado laboral, que no se ha traducido aún en una distribución equitativa de la carga de trabajo no remunerado que se realiza en los hogares, como han evidenciado los estudios de Batthyány et. al. (2015), es una tarea que continúa pendiente, tanto en las organizaciones familiares, como posiblemente también en el foco de las políticas públicas en general, y en las de salud en particular, en relación a dónde y en quién se ubican las responsabilidades familiares respecto al sustantivo rol de las familias como productoras de salud de los/as niños/as.

Retomando a De Jong (2001), podemos analizar que en la sociedad capitalista burguesa, las familias se han convertido en el lugar de depositación de la responsabilidad social por la conducta de sus miembros: “todo lo que le suceda a una persona será centralmente producto de lo que la familia hizo con ella” (p.14), puesto que se parte del enfoque parsoniano de la familia entendida como “célula básica de la sociedad”<sup>5</sup>, convirtiéndola en absoluta responsable de las conductas individuales, del destino de los hijos, y a su vez de la sociedad en su conjunto.

---

<sup>5</sup> Según este autor, la familia era entendida como sinónimo de parentalidad, ya que refería a una “unidad” familiar compuesta por padres e hijos, donde los lazos de parentesco eran una condicionante necesaria para la pertenencia al sistema (Parsons, 1970, 31-32).

El Trabajo Social permanece en proceso de construcción y consolidación de una perspectiva crítica de la intervención profesional, mediante el cuestionamiento y la ruptura con sus esquemas originarios vinculados al conservadurismo voluntarista, tal como planteó Barg (2000), y otros autores de relevancia en la edificación de dicha perspectiva para el Trabajo Social, como José Paulo Netto (1992). Este autor, nos recuerda que el origen de la profesión como tal, es decir, “como práctica institucionalizada, socialmente legitimada y legalmente sancionada”, se dió en torno al tratamiento de las expresiones de la “cuestión social”<sup>6</sup>, en el marco particular de una sociedad burguesa fundada en el capitalismo monopolista de fines del siglo XIX e inicios del XX (p. 4). Momento histórico en el que los patrones de acumulación capitalista se incrementan significativamente a la par de la acumulación de la miseria, y emergiendo las políticas sociales como forma de intervención sobre tales expresiones, desde un Estado capturado por el capital, que aumenta sus funciones como estrategia de cohesión social, socializando los costos de reproducción de la fuerza de trabajo, de forma que “incide en la organización y en la dinámica económica *desde adentro*, y de forma continua y sistemática” (Netto, 1992, p. 11). Aspecto político de la intervención profesional que no debe perderse de vista, particularmente en la intervención con familias.

Esta transformación procesada en el interior de la profesión en cuanto a los fundamentos ético-políticos de la intervención social, implica asumir una postura ya no centrada en los “problemas de la familia”, ni en interpretarlos para “corregirlos”, sino en el reconocimiento de las potencialidades para promover transformaciones en el plano microsociales, a partir de la incidencia en forma directa en la vida cotidiana de las familias, desde el conocimiento de las lógicas macrosociales que lo atraviesan y determinan, y también del poder de ese campo familiar y cotidiano para instituir transformaciones sociales.

En síntesis, es necesario poder desligarnos de la usual visión romántica de la familia, y del estructural-funcionalismo parsoniano, que coloca a la familia nuclear como modelo a seguir en cuanto a estructuras, roles y funciones, asumiendo una posición epistemológica de desnaturalización de las familias, comprendiendo que éstas no son instituciones espontáneas, sino que se encuentran indefectiblemente ligadas al desarrollo sociohistórico de las sociedades, y a los modos culturales de organización social de la vida.

---

<sup>6</sup> A partir de Netto (2001), podemos definir a la “cuestión social” como la confluencia de problemáticas de índole económica, política, social, cultural, histórica, etcétera, las cuales son constitutivas del capitalismo, y por ende, no pueden superarse sin una transformación de las bases sistémicas, sino apenas reformarse para su perpetuación (p. 63).

## 1.2. Las nociones de riesgo social

Según el Manual de Procedimientos del Programa Aduana (2014), la noción de riesgo social se conceptualiza en principio desde una visión epidemiológica, considerándolo como “una probabilidad aumentada de que ocurra un daño” (p.133). En segundo lugar, se hace referencia al desarrollo conceptual de las ciencias sociales, en cuanto a entender los riesgos sociales como “recurrencias empíricas en las que es posible identificar situaciones de vulnerabilidad social ligadas a categorías de población, definidas por diversos criterios (ciclo vital, nivel educativo, clase social, sexo, etcétera”, a partir de Filgueira y De Armas (2006). Por tanto, en la conceptualización de riesgo que se realiza desde el programa, se entiende que “la nueva arquitectura de riesgos” guarda estrecha relación con la estructura de edades de las poblaciones, el acceso diferencial a la riqueza, oportunidades y recursos, cambios en los arreglos familiares, infantilización de la pobreza, entre otras variables, cuya modificación está ligada a la estructura de bienestar que ofrece el Estado a través de sus políticas, y la adecuación de las mismas a las necesidades cambiantes de las familias (p.133).

Martínez (2008), una autora que analizó distintos regímenes de bienestar latinoamericanos, y cómo en ellos se conjugan las tres esferas de producción de capacidades para el enfrentamiento de los riesgos vitales, mediante la generación de condiciones de protección y seguridad social (mercado, Estado y familias), identificó que el mandato de cumplimiento de los roles de género sigue imperando en las políticas públicas desde una concepción tradicional de la familia. Esto, en un contexto en el que la flexibilización y precarización laboral hacen de la actividad masculina, un medio insuficiente para la obtención de los recursos económicos para la reproducción social y material del grupo, por lo que la mujer – a la par de un proceso de creciente emancipación que puso en jaque los mandamientos culturales que tradicionalmente organizaban la vida familiar – se ve obligada a conciliar las tareas de cuidado históricamente atribuidas, con su presencia en el mercado laboral para su independencia económica y la resistencia a la caída en la pobreza (De Carvalho, 1997).

En esta misma línea entendemos que “à política social nas décadas de 1980 e 1990, ha marcado sensivelmente pelos proceso de focalização, descentralização, e responsabilização das famílias que continuam repercutindo intensa e profundamente nos padrões de proteção social do século XXI” (Mioto, en De Martino, 2013, p.9). Es decir, que desde entonces asistimos a un corrimiento en la corresponsabilidad Estado-familias en la provisión del bienestar, hacia una responsabilización de estas últimas en la generación de estrategias para el

sostenimiento de sus miembros, sin un Estado social que la dote de las capacidades necesarias y suficientes para hacerlo, sino que, por el contrario, limita su órbita de actuación a la asistencia en las situaciones en que las familias no logran reproducir ese sostén.

En este aspecto, cabe resaltar que en el período de reforma estatal de fines del siglo XX, las políticas sociales dejaron de tener como población objetivo al trabajador y su familia, para pasar a atender a los pobres, transformándose en políticas de “lucha contra la pobreza”, entendida ésta como una situación transitoria dependiente de las decisiones – o malas decisiones – tomadas por los propios pobres, para cuya “salida” se requiere la “activación” individual de la persona a través de la inserción en el mercado laboral, invisibilizando las contradicciones sistémicas que la generan (Baráibar, 2001; Merklen, 2013).

En este sentido, como señalan Ortega y Vecinday (2009), cuando hablamos de procesos de individualización, hablamos de la pérdida de soportes colectivos de las personas para sus vidas, siendo la responsabilización individual la clave básica para la gestión de lo social, cuando ésta está gestionada desde un enfoque de riesgo, generando un desdibujamiento del componente colectivo en el establecimiento de soportes vitales, y provocando que los factores de riesgo, sean asociados con poblaciones y territorios específicos. En esta línea, las autoras refieren a la instalación de una moralidad en la que “el individuo es responsable de sí mismo, desconociendo que depende de condiciones que escapan a su aprehensión” que aleja la responsabilidad de las instituciones, y la centra en la inadecuación del yo (p.16).

Desde una perspectiva neoliberal, las exigencias socioculturales de la etapa flexible del capitalismo a la que se asiste a partir de la década de 1970, incluyen un fuerte mandato social de autoconstrucción del “destino” personal, a partir de la creencia en la meritocracia, demandando al individuo el afrontamiento individual de los riesgos de la existencia vital en forma independiente. Ésto, sin considerar la desigualdad de condiciones socioeconómicas existentes para ello, ya que se parte de la premisa de que los resultados obtenidos son proporcionales a los esfuerzos realizados, y que la voluntad personal es motor suficiente para lograr cualquier propósito (Castel, 1997). De este modo, se coloca en las sombras el componente “social” de los riesgos, frente al quiebre de las instituciones de bienestar que en Europa - y no tanto en Latinoamérica - fundaron la propiedad social.

Este sistema de pensamiento se encuentra presente en las políticas no contributivas, las cuales son consideradas “beneficios” que deben otorgarse al menor número posible de personas,

luego de una demostración de la carencia y valoración de “merecimiento”, a efectos de proteger la cohesión social mediante la contención de la “peligrosidad” de hallarse en tal circunstancia. En palabras de Castel (1997), los individuos destinatarios de la asistencia social, se encuentran en una “zona de vulnerabilidad”, en tanto no acceden a sostenerse del “soporte privilegiado” de la estructura social, que para este autor, es fundamentalmente el empleo, el cual asegura un lugar dentro de la sociedad y cobertura frente a los riesgos de la existencia. Por el contrario, la exclusión del sistema productivo, ante la falta de condiciones para la permanente adaptación a los cambios tecnológicos y necesidades variables de un sistema cada vez más flexible, perpetúa la vulneración social.

En sintonía con lo referido previamente sobre los fundamentos de la formulación de las políticas, Baráibar (2001) nos señala cómo este desplazamiento de la problemática del trabajador al pobre, que reorienta las acciones públicas hacia el “combate a la pobreza”, no ha logrado reducir de forma significativa los niveles de pobreza e indigencia, ni la desigualdad social (p. 40). Por el contrario, esta “aparición pública” del problema de la pobreza, resulta paradójal, en tanto a la vez que la expone, oculta algunos de sus elementos más relevantes, nos plantea la autora, los cuales están asociados a un proceso desmaterialización en las respuestas ofrecidas por la política pública, minimizando así el componente económico de la intervención, bajo la bandera del apoyo a las capacidades y potencialidades de los recursos de los propios pobres, acoplándose a las lógicas de la vida en situación de pobreza (Baráibar, 2011).

Las concepciones de riesgo que operan en el trasfondo de las intervenciones estatales centradas en la normalización de los comportamientos individuales, respaldadas en el prestigio institucional de la medicina y del preventivismo, ha sido la estrategia de justificación de lo que Donzelot (1986), denomina como prácticas de policiamiento familiar, es decir, la penetración en la esfera privada de la vida familiar, bajo lógicas de control.

En suma, las estrategias individualizadoras de los riesgos en las que se fundamentan tales políticas públicas, se relacionan cada vez más al comportamiento del individuo y su “ambiente” familiar, ofreciendo un “tratamiento” de modificación de las conductas humanas mediante el uso y abuso de las tareas de socioeducación, ubicando la responsabilidad de la desventaja social en el propio desaventajado, a la vez que quitando el foco de las bases que las producen.

## **Capítulo II: Contextualizando el Programa Aduana y el rol del Trabajo Social en el campo de la salud**

En este capítulo, se expone una presentación del Programa Aduana y su origen, mencionando sus principales transformaciones y haciendo hincapié en algunas observaciones recogidas la Evaluación DID del Programa Aduana (2014), que impulsaron un reperfilamiento programático, del cual emergió, mediante un proceso participativo interdisciplinario, el manual de procedimientos vigente, en el que se revisaron sus enfoques y objetivos. Posteriormente, se recuperan algunos aportes teóricos respecto al contexto de surgimiento del Trabajo Social como profesión y sus demandas institucionales, reflexionando particularmente sobre algunos cambios y permanencias en el campo de la salud.

### **2.1. Programa Aduana. Orígenes y evolución**

El Programa Aduana fue creado para la captación temprana de recién nacidos en las maternidades públicas y su referenciación a centros de salud o policlínicas barriales en donde atenderán su salud, según su área de residencia, con el propósito de reducir la mortalidad infantil mediante la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos saludables. Dicha propuesta de captación y seguimiento de la población infantil, surge en el área Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública (MSP), comenzando a funcionar en Montevideo en 1974. Desde entonces, se ha extendido territorialmente hasta abarcar la totalidad del país, así como también el alcance etario de su población objetivo: en el año 2007, la cobertura del programa se extiende hasta los dos años de vida, y en el 2011, hasta los tres años, apostándose a la continuidad de la generación de garantías para la cobertura asistencial en los primeros años de vida (Manual de Procedimientos del Programa Aduana, 2014, p.22-23).

En términos generales, este programa es uno de los dispositivos asistenciales para la atención en salud, dispuestos desde ASSE para su ejecución en el Primer Nivel de Atención, en un contexto de reforma de las políticas públicas en general, y del sistema de salud en particular. Este proceso de reforma fue impulsado en el año 2005 tras la asunción del gobierno central

por el Frente Amplio, y se reglamentó en el año 2007, mediante la Ley N° 18.211<sup>7</sup> sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Este programa se integra por tres componentes con diferentes funciones: el Componente Central, ubicado en la sede de la Red de Atención Primaria (RAP) en Montevideo, con visión nacional del dispositivo; el Componente Hospitalario, compuesto por las maternidades en las que se captan a los/as recién nacidos/as, e integrado principalmente por el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR); y el componente del Primer Nivel de Atención (centros de salud y policlínicas periféricas). Este último nivel, el cual apoya el seguimiento en salud de niños/as hasta los 3 años de vida, y de la población infantil que egresa de las salas de internación hospitalaria, en cada zona geográfica de referenciación de los efectores de salud pública, es en el que se centra esta investigación (Manual de Procedimientos del Programa Aduana, 2014).

Los lineamientos generales del Programa Aduana consisten en la contribución a la mejora de la calidad de vida y de la salud integral de los/as niños/as del país usuarios/as de ASSE, mediante el acceso universal a servicios de calidad en función de sus necesidades, a través de los servicios que vinculan a los diferentes niveles de atención (policlínicas, centros de salud y hospitalarios), considerándose dicho programa un “instrumento privilegiado” dentro del Plan de Equidad (2008), para el cumplimiento de las acciones a desarrollar para la protección social de los/as niños/as en cuanto a aumento de la cobertura y mejora de la calidad de la atención a dicha población en materia de salud.

La evaluación de DID del Programa Aduana realizada desde el Área de Niñez y Adolescencia de ASSE, con el objetivo de generar conocimiento para favorecer la concreción de tales resultados en la vida de niños/as de 0 a 3 años, arroja algunos resultados clave para el “reperfilamiento” del programa, que se implementa a partir del 2014 y que lo rige hasta la actualidad:

En primer lugar, la lógica interna desde la cual se diseñó el programa, involucra una cadena causal: “el fin (disminuir la morbimortalidad), el propósito (crecimiento adecuado y desarrollo integral) y el componente (cumplir con los controles adecuados) cuentan con relación de causalidad” (Manual de Procedimientos del Programa Aduana, 2014, p. 9).

---

<sup>7</sup> Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

No obstante, se identifican dos aspectos que complejizan la lectura causal que propone el programa. En primer punto, el grado de influencia ejercida por los controles pediátricos en el cumplimiento del propósito y del fin del programa, lo cual presenta grandes dificultades para su medición, así como también la importancia de que tales controles se ajusten a las variables de desarrollo integral (seguimiento psicosocial, cognitivo y motriz). Y en segundo punto, la incidencia de los factores familiares sobre los controles pediátricos, en tanto depende fundamentalmente de las familias y/o referentes adultos/as la asistencia a los mismos.

La compleja interacción entre estos elementos, podría abrir puertas a otro tipo de estudios investigativos desde las disciplinas médicas. No obstante, la consideración de tales aspectos es de importancia para este estudio, a efectos de evidenciar lo significativo de repensar y reflexionar sobre el ejercicio profesional de quienes participan, en este caso, de la atención a la salud de los niños/as menores de 3 años. En esta línea, es vital considerar el sustantivo rol de las familias como productoras de salud de los/as niños/as, en las posibles estrategias y acciones socioeducativas que podrían desplegarse desde los equipos de salud, para efectuar acciones dirigidas a los objetivos que se propone el Programa Aduana.

Cabe destacar a partir del Manual de Procedimientos del Programa Aduana (2014) - el cual es producto del reperfilamiento impulsado por la evaluación - la importancia de la incorporación de la prevención del maltrato infantil y la violencia intrafamiliar en las consultas programadas. Precisamente, la violencia intrafamiliar es uno de los indicadores de riesgo social que la política operacionaliza para la priorización de la intervención desde el programa, definido éste como un factor de riesgo social. Además, otros indicadores como la presencia de un embarazo no controlado, de captación tardía del mismo o con un total de menos de 4 controles, la discapacidad intelectual o patologías a nivel de salud mental en el/la cuidador/a principal del niño/a (en tratamiento o no), el consumo problemático de sustancias psicoactivas por parte del/los referente/s adultos/as, el fallecimiento de hermanos en la primera infancia, antecedentes legales relacionados con la crianza de otro hijo, la situación de pobreza extrema, madre de edad menor o igual a 17 años, madre con primaria incompleta, madre con desvinculación previa de otro(s) hijo(s), madre jefa de hogar sin redes de apoyo, madre en situación de calle, y también el incumplimiento de los controles pediátricos mínimos requeridos de acuerdo a las pautas del Programa Nacional de Salud de la Niñez<sup>8</sup> del

---

<sup>8</sup> De acuerdo a las pautas del Programa Nacional de la Niñez del MSP, se considera que un niño, niña o lactante está “mal controlado” o presenta controles de salud insuficientes, cuando se hay un control menos del estipulado para su edad. En los primeros 6 meses de vida, según dicha pauta, debe haber un control de tipo mensual, es

MSP, son también situaciones identificadas por el Programa Aduana como factores de riesgo social en los primeros 3 años de vida de un/a niño/a (p. 136-137).

Por otra parte, una de las acciones de mejora de la intervención del Programa Aduana, acordadas entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) y ASSE, fue:

“profundizar la incorporación del enfoque de “desarrollo integral” del niño en los controles pediátricos considerando contenidos o aspectos psicosociales, cognitivos y motrices que ayuden a mejorar la calidad de la atención en salud, alineados con las principales tendencias en prevención a nivel internacional” (Evaluación DID del Programa Aduana, 2014, p.20).

Desde este punto de partida, se justifica la pertinencia de estudiar las concepciones que desde los equipos de salud se tienen de las familias usuarias, y particularmente, de aquellas familias en las que se identifica la presencia de factores que el dispositivo encuentra riesgosos para el desarrollo vital de los/as niños/as menores de 3 años, en un espacio socioterritorial atravesado por la desigualdad en cuanto a condiciones de vida, así como también, profundizar respecto a qué nos referimos cuando hablamos de “riesgos sociales”.

Por otra parte, en cuanto a los sistemas de gestión humana, la evaluación externa referida con anterioridad destacaba que “el Programa Aduana no cuenta con indicadores oportunos y de calidad para el seguimiento de la gestión y por ende para la toma de decisiones” (p. 18). En el Manual de Procedimientos del año 2014, se señala como debilidad la baja cobertura de ingresos de datos estadísticos al Módulo Aduana del Sistema de Gestión Asistencial (SGA), dado que implicaba un sistema de registro múltiple, en el que como mínimo, se debía completar la historia clínica del/la niño/a, el carné del/la niño/a, la planilla de parte diario de ASSE, la planilla de Programa Aduana y la Tarjeta de Seguimiento<sup>9</sup>, en un tiempo acotado, por lo que el registro informático representaba una sobrecarga de tareas para los recursos humanos.

Respecto a ello, podría ser interesante estudiar cómo ha incidido en la atención en primer nivel, la incorporación de la Historia Clínica Electrónica (HCEA) en los servicios de ASSE hasta la fecha, en la que aún quedan algunos servicios adheridos al formato papel, así como

---

decir que, si a los 6 meses un/a niño/a no cuenta con 6 controles, uno por mes, está “mal controlado” o los controles que reúne son inferiores a lo recomendable para el monitoreo de su salud a su edad.

<sup>9</sup> La Tarjeta de Seguimiento del Programa Aduana, es un formulario estandarizado en formato cartón, en el que se registran datos básicos del/la niño/a (peso, talla, perímetro craneal, enfermedades, “riesgos” observados, datos de la madre y de la vivienda, etcétera), que deben actualizarse en cada consulta y archivar.

también la incorporación de la consulta telefónica como medida de atención, control, seguimiento y protección frente al contexto de pandemia sanitaria por COVID-19. En esta línea, sería relevante conocer sus implicancias en la sistematización de los registros y seguimiento de niños/as menores de 3 años, a efectos de observar posibles potencialidades y obstáculos identificados por los equipos para la atención en salud de niños/as catalogados en “riesgo” social.

En cuanto a otros elementos del Programa Aduana, como son la llamada “visita domiciliaria integral”, la referenciación desde el nivel hospitalario al primer nivel, y el intercambio y coordinación con el nivel central y también de manera horizontal, la referida evaluación arroja el dato de la existencia de una alta autonomía y diversidad en cuanto a las formas de ejecución del Programa Aduana en el primer nivel de atención, la importancia de definir e implementar reuniones periódicas entre los tres niveles, contar con redes de comunicación y coordinación con otros programas que abordan a la misma población, como por ejemplo Uruguay Crece Contigo implementado por el MIDES, y capacitar en habilidades humanas y técnicas a quienes realizan la entrevista inicial en las maternidades y las visitas domiciliarias integrales.

De acuerdo con el Manual de Procedimientos del Programa Aduana (2014), entre octubre 2011 y julio 2012, se capacitaron para la realización de las visitas domiciliarias integrales, 319 técnicos (aproximadamente 17 técnicos por departamento), con un fuerte componente de Licenciados/as y Auxiliares en Enfermería. Sobre esta temática, se destaca en dicho documento la importancia de integrar los recursos materiales, humanos y fundamentalmente el tiempo para la adecuada realización de las actividades. En cuanto a los resultados y los procesos a los que se enfrentan los técnicos que llevan adelante esta tarea, se identifica en los talleres de capacitación la preocupación respecto la ausencia de espacios internos para canalizar e intercambiar sobre las situaciones, mecanismos de apoyo colectivo frente a los estados de ánimo que producen las situaciones vividas en el acercamiento a los hogares, e incluso malestares internos en los equipos a causa de la invisibilización del trabajo "puertas afuera", entendido como algo fácil y liviano de realizar, incluso como un “salir de paseo” (p.26).

En suma, la Evaluación DID (2014) y el Manual de Procedimientos resultante, nos hablan de un dispositivo que se complejiza, a medida que ahonda en los múltiples aspectos que hacen a la realidad sobre la cual interviene. Se trata de un programa que actualmente implica

múltiples órdenes internos (componentes) y variados actores para su desarrollo (diversidad de profesiones y diversidad de familias), donde la consigna base puede interpretarse como: hacer posible la accesibilidad a la salud a todos los niños/as, monitorear el estado de la misma en forma variable de acuerdo a sus necesidades, y centralizar recursos específicos de acuerdo a sus necesidades de salud, desde una perspectiva integral.

A pesar de estos lineamientos programáticos generales, y de la generación de categorías concretas para la clasificación de situaciones entendidas como de riesgo para el desarrollo y crecimiento infantil, poco se conoce sobre los posicionamientos teóricos y metodológicos desde los que se trabaja en el plano de la cotidianidad y el contacto directo con la población, en relación a dónde se ubican las causas, los fundamentos, las explicaciones, las responsabilidades y las posibles respuestas en función de ello, de los equipos del primer nivel de atención en salud. De similar forma, se desconocen también las posibles mejoras que hayan producido las innovaciones en sistemas informáticos en lo que refiere al proceso de atención y seguimiento, y de sus dificultades en el escenario actual, frente a las limitaciones de la presencialidad, las nuevas estrategias generadas, las formas actuales de instrumentar el acercamiento a los domicilios, entre otros aspectos que se encuentran dentro de los objetivos a los que se prevé dar respuesta a través de esta investigación.

## **2.2. El Trabajo Social en el campo de la salud**

A continuación, se exponen algunas referencias en vínculo al origen, recorrido y transformaciones del rol del Trabajo Social en el campo de la salud, entendiendo a los campos como espacios sociales estructurados, con propiedades específicas, en los que se pone en juego un interés común que le da razón de existir y que lo define, así como también intereses particulares que ponen en marcha disputas de poder - y en este caso, también del saber - inherentes a un área específica, con sus correspondientes espacios legitimados, oferentes y demandantes, como es en este caso, la salud. (Bourdieu, 1990).

### **2.2.1. El surgimiento del Servicio Social ligado al preventivismo sanitarista**

El Servicio Social en el Uruguay, de acuerdo con autoras como Ortega y Mitjavila (2005), tuvo su origen en el período neobatllista, en las décadas de 1940 a 1960, en tanto etapa en la

que, conjuntamente a otras transformaciones a nivel institucional<sup>10</sup>, se produjo un proceso de expansión de la medicalización social, en cuyo marco, la profesión se institucionalizó como disciplina marcadamente femenina, jerárquica y técnicamente subordinada en el campo médico-sanitario (p.212).

Dicha medicalización de la sociedad, implicó una ampliación y profundización de las formas de interpretación, comprensión e intervención en las problemáticas del campo social, desde una perspectiva médica tradicional, en la que se diferenciaba entre comportamientos y conductas “saludables” y “enfermas”. En este contexto, los orígenes de la profesión estuvieron asociados a las ideas higienistas<sup>11</sup>:

“El Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad, determinando, por lo tanto, que la construcción del espacio profesional se encuentre genéticamente ligada al área de la salud” (Ortega y Mitjavila, 2005, p. 212).

Estas estrategias disciplinadoras a las que refieren las autoras, tienen lugar en un marco sociohistórico particularmente ligado a los procesos de expansión de la intervención estatal en su proceso de modernización social. Las políticas sociales tendieron a adelantarse a los potenciales reclamos y reivindicaciones de derechos, como forma de evitar las luchas sociales, protegiendo así la cohesión social, respondiendo a las problemáticas de origen social en forma paliativa, e invisibilizando las causas que las generan la “cuestión social”.

Es en este marco de expansión, incluida la de las normativas del conocimiento científico, que concentraba el poder hegemónico de la organización de la vida, se produce lo que las autoras denominan como una “progresiva endogenización de los modelos etiológicos<sup>12</sup>” (Ortega y

---

<sup>10</sup> A partir de Barrán (2009), podemos identificar cuatro pilares de la sociedad de la sensibilidad “civilizada” que se gestó a fines del siglo XIX e inicios del XX. Estos pilares eran el trabajo, el ahorro, el orden y la salud e higiene, los cuales fueron deificados, a la vez que demonizados el ocio, el lujo, el juego, la suciedad y la sexualidad. Sin embargo, estas instituciones sacralizadas “tenían tendencias monoteístas” afirma el autor metafóricamente, en alusión a la construcción de instituciones sociales orientadas a estos nuevos valores: el trabajo, la escuela, la iglesia y la medicina, las cuales forjaban sutilmente la coherencia interna entre el sujeto y el nuevo orden socioeconómico.

<sup>11</sup> De acuerdo con Mitjavila (1999), el higienismo ubicaba los riesgos para la salud en prácticas o situaciones concretas (ambiente físico, condición social, costumbres, etcétera) consideradas como totalidades en sí mismas, para cuya modificación se generaban estrategias básicamente discursivas.

<sup>12</sup> A partir de Ortega y Mitjavila (2005), podemos ubicar en el período neobatlista de nuestro país (años 40 a 60 del siglo XX), un proceso de crecientes transformaciones económicas, políticas y sociales a nivel institucional, con una particular expansión en los procesos de medicalización de la sociedad, que implican una reorganización del saber el dicho campo. Las problemáticas de salud, en este contexto, dejaron de ser explicadas en función de las causas sociales que lo generan (por ejemplo, el deterioro físico del cuerpo, como resultado del trabajo obrero en condiciones de insalubridad), sino que por el contrario, se individualizan las causas de tales problemáticas, reorientando la “culpabilidad” de las mismas hacia el individuo, su comportamiento y su ambiente familiar,

Mitjavila, 2005, p. 214), lo cual implica que los problemas de salud sean asociados al comportamiento del individuo y su ambiente familiar, invisibilizando sus causas asociadas a procesos societarios más amplios. Un claro ejemplo, es que desde esta lógica se explicaría que la plumbemia – envenenamiento producto del contacto con ambientes contaminados por los tóxicos de desechos basurales, que afecta particularmente a dos barrios del Municipio, como son La Teja y 3 ombúes – afecte la salud de los/as niños/as, dependiendo de la higiene de la familia, reforzando así el mandato sanitarista de responsabilidad de los adultos referentes de ese/a niño/a, en la gestión de ambientes más saludables, y la observación de una “disfuncionalidad”, cuando se produce la enfermedad, independientemente de las condiciones con las que se cuente para su evitación, y de las desigualdades que operan en dichas condiciones.

En la conjunción de la expansión de la medicalización social, y también de la judicialización de la sociedad, en tanto el ámbito jurídico, al igual que el médico, fue apropiándose progresivamente de espacios que no son propiamente jurídicos, es que surge el Servicio Social como profesión (Ortega y Mitjavila, 2005).

Entonces, la gestión de lo social en tiempos de consolidación del Estado “de bienestar” batllista, se caracterizó por la anticipación en las respuestas sociopolíticas a las problemáticas sociales que pudieran poner “en riesgo” la cohesión social, la transformación en los modelos etiológicos que organizan el saber en el campo de la salud, quitando el foco de las causas profundas que generan las problemáticas para ubicar dicha responsabilidad en los comportamientos individuales, e institucionalizando nuevos espacios de atención a la salud: las policlínicas (Barrán, 1992; Ortega y Mitjavila, 2005).

En dicho contexto de expansión y transformación de los aparatos institucionales del Estado, podemos observar desde la óptica foucaultiana, lo que el autor denomina como el perfeccionamiento del poder disciplinario. Este poder, en esencia, busca “enderezar conductas”, moldearlas a lo que se considera correcto, normal y útil, para lo cual se requiere un aparato de coacción y control efectivo. El perfeccionamiento de dicho poder, implica que el individuo interiorice esas normas, es decir, que se autoadministre la disciplina, al punto en que ésta se encuentre tan instalada en su ser que las conductas que realice, sean concebidas

---

desde un discurso preventivista (“si hubiera venido antes...”). Esto encierra la necesidad de mano de obra saludable para el capital y fomenta la cercanía de los centros de salud y policlínicas a la ciudadanía como mecanismo de preservación de la fuerza de trabajo, marco en el que no casualmente se institucionaliza el Servicio Social como disciplina feminizada y jerárquicamente subordinada al campo médico-sanitario, señalan las autoras.

para sí mismo como propias, elegidas, y entendidas como lo más correcto, normal y útil para sí (Foucault, 1989). Cabe preguntarnos cuánto de este “buen encausamiento” de las conductas asociadas a la salud, desarrollo y crecimiento de los niños en sus primeros 3 años de vida, “protege-controla” en términos de Morás (2012) el Programa Aduana en su accionar socioeducativo con las familias en la actualidad.

Por otra parte, las tareas solicitadas al Trabajo Social en la salud que más se destacan actualmente en el trabajo en los servicios de salud, son: el acompañamiento a familias y usuarios/as en situación de vulnerabilidad social (tanto a licenciados como becarios, en este último caso, y en la actualidad, con orientación profesional acorde a las demandas de la situación), coordinación con otros servicios e instituciones de la zona de georreferenciación y del Estado, participación en las redes interinstitucionales y vecinales del territorio y sus proyectos, realización de talleres y actividades socioeducativas abiertas a la comunidad, así como también participación en programas y espacios enfocados en diferentes poblaciones, como la infancia, la adolescencia, la mujer y los/as adultos/as mayores, etcétera.

En el sentido de lo discutido previamente en cuanto al control y la protección social, considero que las tareas demandadas al Trabajo Social en la salud (así como también en otros espacios ocupacionales), encarnan estas tensiones, especialmente en actividades o demandas específicas como la realización de acercamientos al domicilio de usuarios/as, acciones de “seguimiento”, entre otras, por lo que es responsabilidad del propio profesional (o pre-profesional), construir junto al equipo de trabajo y también junto a los usuarios y usuarias, el sentido de las acciones que realiza, posicionando su práctica de forma crítica.

### 2.2.2. Las concepciones actuales de la salud: la política sanitaria y la intervención del Trabajo Social

Siguiendo la reconstrucción histórica que nos ofrece Barrán (1992), la sociedad uruguaya de los años 90 del siglo XX, comprendía a la salud como un valor supremo, cuyo poder era monopolizado por el médico (profesional, universitario, y - en dicha época - hombre), frente al cual “el paciente” se sometía de forma incuestionada. Si bien el poder médico que se afianzó durante el siglo pasado continúa presente en nuestros días, ya es comprendido internacionalmente que la salud no puede abordarse solamente desde el ángulo de la biomedicina.

La salud, hoy entendida como un derecho, es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). Si bien esta definición es un poco ambigua al referir a un “bienestar” sin clarificar qué significa ello ni quién lo decide, o cuánto de la idea de un “completo bienestar” responde al uso tradicional de la palabra “normal” en medicina como sinónimo de “saludable”, ésta definición rompe con la noción negativa de la salud que proponía el enfoque mecanicista asistencialista, instalando una definición que integra la dimensión social a la biológica, comprendiéndola en tanto fenómeno complejo que requiere abordarse desde la interdisciplinariedad, para comprender su multidimensionalidad (Moreno, 2008).

En la evolución del concepto de salud, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, resultante de la Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud en 1986, significó un hito hacia un cambio paradigmático integral que le otorga relevancia social al concepto de salud como política de Estado a nivel internacional. Esto quedó de manifiesto - por ejemplo - en la afirmación de que valores como la paz, la justicia, la equidad social, la educación, etcétera, son “prerrequisitos” o condiciones para la salud, que viabilizan las posibilidades de los Estados para “proporcionar los medios” para que toda la población tenga igualdad de oportunidades para controlar el estado de su salud, bajo la consigna “salud para todos en el año 2000” (p. 2-3).

En referencia a las repercusiones de estos lineamientos internacionales en nuestro país, podemos observar a partir de Antía, Castillo, Fuentes y Midaglia (2013), que a inicios del siglo XXI, el Ministerio de Salud Pública comienza a consolidarse como organismo rector del sistema sanitario en su totalidad, puesto que, si bien poseía altos niveles de cobertura durante el siglo XX, ésta no se encontraba universalizada. Por el contrario, durante el pasado siglo, el sistema de salud uruguayo se caracterizaba por la fuerte presencia de los prestadores de salud de carácter mutual sin fines de lucro, dirigido a los sectores socioeconómicos altos y medios-altos, en coexistencia con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que cubría a los trabajadores formales y sus familias en base a los aportes a la seguridad social, con un subsector público asistencial dirigido a los sectores vulnerables y a los trabajadores pertenecientes al sector informal del mercado de trabajo:

“Hasta el año 2005 el 50,8% de la población se atendía en los centros públicos – trabajadores informales, desempleados y personas en situación de pobreza o

indigencia – mientras que el resto de población veía cubiertas sus demandas asistenciales en alguna Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) (43,6%) o en diferentes seguros privados parciales integrales, el 2,1% de la población.” (Antía, et. al., 2013, en base a datos del INE 2007 en MSP 2009).

Durante el primer gobierno del Frente Amplio, se dio inicio a la construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de transformar el modelo dual de salud existente, mediante el financiamiento solidario del mismo, modernizando el modelo de gestión y fortaleciendo el rol del MSP, con base en dos grandes pilares: la atención primaria y la prevención. Ello implicó la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la inclusión de grandes sectores de la población al mismo, incrementando los niveles de solidaridad en el financiamiento del sistema (Antía, et. al., 2013, p.183).

En este sentido, la Ley N°18.211 referente a la creación, funcionamiento y financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007), se propone:

“Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos” (Art. 4 inc. B, p. 2).

Por otra parte, en relación a la Atención Primaria en Salud, el SNIS le otorga un papel fundamental dentro de la Red de Atención, así como también a la interdisciplinariedad:

“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 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 a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.” (Art. 36, p. 7).

No obstante, como señalan Antía, et. al. (2013), a pesar de la gran expansión que se produjo en la cobertura asistencial en el período (Entre agosto del 2007 y agosto del 2008, la cobertura se expandió de 724.830 personas, a 1.337.536 personas), todavía quedaba casi un 30% de la población por fuera del FONASA, lo cual configura tratamientos diferenciales

múltiples: desde los colectivos con arreglos corporativos específicos, como militares y policías, hasta personas que son excluidas de la participación en el fondo por encontrarse informalmente insertas en el mercado laboral, o sin los recursos suficientes para integrarlo, por lo que su cobertura depende de ASSE, mediante comprobación de insuficiencia económica del núcleo familiar.

La superación de la dualización en materia de salud, así como de la imagen históricamente construida de la salud pública como “salud para pobres” no es tarea sencilla, y ha requerido tanto el incremento de presupuesto y de salarios de médicos, pero puede decirse que aún opera en el imaginario social la idea de que la atención en salud en una IAMC constituye un signo de status social. En concordancia con Antía et. al. (2013), mientras que ASSE continúe posicionándose como único responsable de la atención en salud de los sectores más vulnerables de la sociedad, difícilmente pueda desprenderse la salud pública del estigma de “atención para pobres”, permaneciendo con dificultades para superar la imagen asociada a la asistencia médica de la población en situación de pobreza (p.186).

Es en este contexto nacional e internacional, que toma relevancia el aporte del Trabajo Social en el ámbito de la salud, en tanto disciplina que desde su surgimiento está ligada a una funcionalidad específica de “resolución” de las necesidades asociadas a la reproducción social y sus tensiones.

Aportes más recientes para pensar a la propia profesión, como los de Mallardi (2016), invitan a trascender ese origen funcional del Trabajo Social en el capitalismo monopolista con el propósito de atención de las manifestaciones de la cuestión social, de forma parcializada, individualizada, familiarizada, territorializada, e incluso psicologizada, que interviene sobre sus expresiones o “consecuencias” más evidentes y no sobre las causas estructurales que las generan, para comprenderla como un “complejo social” que convive en la tensión entre las necesidades de la reproducción social y las respuestas elaboradas estatalmente, en un marco en el que confluyen múltiples determinantes objetivos y subjetivos, entre los que destacan las estrategias que desarrolla el Estado para atender estas necesidades, y la capacidad de los sujetos para interpelar esas estrategias políticas y plantear sus demandas.

Desde esta concepción, el Trabajo Social se aparta de la tradicional instrumentalidad que se le asocia desde sus orígenes sanitaristas, integrando equipos interdisciplinarios, intersectoriales y con la comunidad, desde donde aportar a la construcción de estrategias colectivas que impliquen un impacto sustantivo en la salud de individuos y colectivos, mediante acciones

orientadas a la reducción de las inequidades de acceso a servicios de salud del conjunto de la ciudadanía, fomentando espacios de encuentro y participación. Estos lineamientos de su quehacer profesional, son un reflejo del Código de Ética, el cual establece entre sus principios fundamentales:

“Compromiso con el pleno desarrollo de los Derechos Humanos de individuos, grupos y otros colectivos, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y otros acuerdos internacionales derivados o complementarios de la misma. Defensa y profundización de la Ciudadanía, en los aspectos civiles, sociales, económicos, culturales y políticos, promoviendo el acceso real a los bienes materiales y culturales producidos socialmente, sin discriminación de género, edad, opción sexual, etnia, condición social, económica, opción religiosa o política.” (Código de Ética profesional del Servicio Social o Trabajo Social del Uruguay, 2001, p.3).

En este sentido, podemos reflexionar a partir de Bauman (2001), respecto a la defensa que se realiza desde la disciplina a las bases de protección que se construyeron en los Estados de bienestar europeos de las primeras décadas del siglo XX. Su consolidación significó un momento sociohistórico de preocupación por el otro, por quien se hallaba en situación de desventaja, sin interesarse en motivos, ni en indagar si el sujeto “merece” o no ser asistido, pues se creía firmemente que el bienestar individual era responsabilidad colectiva y que toda persona “merece” tener “mínimos” sobre los cuales sostenerse para proyectar su vida, sin requerir para ello “razones especiales” para ser un sujeto moral que se interesa por el bienestar y los derechos de cada ser humano. Aunque también es importante no perder de vista que la construcción de estos Estados de bienestar, no fue sólo un resultado en el marco de un triunfo de las intenciones éticas de la sociedad civilizada moderna, ni tampoco sólo el fruto de las conquistas realizadas por el fuerte movimiento obrero de la época, sino que también el capital requería de una mano de obra en condiciones mínimamente atrayentes en cuanto a educación, salud, alimentación, y seguridad social en general), lo cual se convierte en responsabilidad estatal a través de las políticas sociales.

## **CAPÍTULO III - Familias en “riesgo” en el Programa Aduana del Ministerio de Salud Pública: fortalezas, tensiones y controversias**

### **3.1 Consideraciones analíticas**

El análisis que se desarrolla a continuación, apunta a un examen de los fundamentos que sustentan las prácticas de intervención de los equipos territoriales que desarrollan el Programa Aduana, desde las líneas analíticas presentadas en los capítulos anteriores, siendo una invitación a reflexionar sobre la praxis profesional.

No obstante, es preciso tener en cuenta que los datos que se presentan y las reflexiones, se basan en los discursos de los propios agentes de intervención, por lo que pueden existir apreciaciones diversas sobre las mismas entre el equipo técnico, aspecto que se buscó matizar entrevistando a la Referente de Programa Aduana.

Al tratarse de una investigación exploratoria, cuyos datos primarios se elaboraron mediante entrevistas semiestructuradas, que por ende, dieron lugar a la introducción de otras temáticas consideradas de importancia por las entrevistadas, es relevante incluir algunos aspectos que, aunque no estuvieron inicialmente planteados como objetivos del estudio, resulta útil tenerlos en cuenta para un mejor acercamiento al objetivo general.

En este sentido, los aspectos jerarquizados en la entrevista, apuntaron a conocer la modalidad de trabajo de los equipos, las formas de intervención en las situaciones catalogadas en “riesgo” social, y las concepciones existentes sobre el mismo, y las fortalezas, límites y tensiones identificadas en la implementación del Programa Aduana. Además, se decidió dedicar un apartado a la discusión sobre la “visita domiciliaria integral”, a partir de que esta herramienta fuera tematizada por todas las entrevistadas con suma relevancia, e incluir algunas reflexiones vinculadas a los sistemas de información y la pandemia sanitaria por COVID-19.

### 3.2. Modalidades de trabajo

En primer lugar, hay que destacar que en todos los equipos de trabajo existe una diversidad de profesiones intervinientes en el Programa Aduana, desde roles y formas de participación diferentes. El rol que se visibiliza con mayor carga de funciones, y que coincide con la referencia programática en todos los casos contemplados en el estudio, es el de las Licenciadas en Enfermería. Junto a ellas, la totalidad de las entrevistadas refieren a becarias y Licenciadas en Trabajo Social, y a Pediatras, como profesiones y profesionales participantes del Programa Aduana en su actividad cotidiana, de forma interdisciplinaria, tanto sea que éstas se encuentren dentro del equipo de trabajo “fijo” de cada policlínica, como cuando no (este es el caso de las Licenciadas en Trabajo Social, que en el año 2021 comenzaron a incorporarse a los equipos de atención en primer nivel de la Intendencia), logrando encontrar el aporte de la mirada disciplinar a través de un profesional externo al equipo:

“Si bien acá no tenemos Trabajadoras Sociales, tenemos el contacto de una Trabajadora Social a la cual llamo y le digo: “mirá tenemos esta situación, ¿cómo podemos hacer?” (...) entonces hablás con la Pediatra, con la Médica de Familia, con el Coordinador, nos comunicamos con la referente de trabajo social de la zona, con la referente en violencia, somos varias cabezas pensando cómo abordar y acompañar a esa familia.” (Entrevista 1).

Lo expuesto en este fragmento a modo de ejemplo, nos sugiere reflexionar sobre las bases de la práctica interdisciplinaria, entendiendo que ésta nace de la adopción de una actitud de disponibilidad a pensar y generar acciones con los otros, asumiendo compromisos y responsabilidades que no son estrictamente “lo tuyo”, ni “lo del otro”, sino con lo que se encuentra en ese intersticio que los une y que representa un trabajo colectivo. Esto no se genera en forma inmediata por la mera conformación de un equipo de trabajo, sino que es imprescindible la disposición al diálogo y construcción colectiva, desde la confianza en el otro, en sus conocimientos y habilidades (Novogrebelsky, 2017).

Aún así, también se puede identificar la idea de que los procesos vinculados al acceso a servicios, prestaciones y recursos, sean de algún modo entendidos como “propiedad exclusiva” del Trabajo Social, en tanto la dimensión asistencial es por la cual la profesión es conocida y reconocida desde sus orígenes:

“(…) Generalmente en las VDI<sup>13</sup> abris la veta - sin querer meterme en otras áreas - de ver con qué canastas cuentan, si tiene la asignación, si están cobrando ese dinero que te dan por Bienvenido Bebé, si hicieron el trámite de la cédula, y ya con esas respuestas empezás a trabajar y actuar.” (Entrevista 1).

“Todo lo que es por ejemplo trámites de documentos, de prestaciones sociales, es lo que ella [la becaria de Trabajo Social] hace en esa instancia y a veces capta madre, o binomio madre-hijo o familias, que después vienen acá a seguir con el apoyo que ella les da de asistencia.” (Entrevista 2).

Por otra parte, las entrevistadas refirieron aunque con una frecuencia menor, al trabajo con Médicas de Familia, Odontólogo, Partera, Nutricionista, Coordinadores, internos de Medicina, Administrativas, así como también profesionales pertenecientes a otras instituciones, con los que se realizan abordajes en conjunto con familias que pertenecen a la órbita de atención de ambas. Por ejemplo, Maestras y Directoras de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) y de Educación Inicial, operadoras de Uruguay Crece Contigo, de los Centros Comunales Zonales, de las Comuna Mujer, entre otras. Se destaca que en dos de las cuatro entrevistas, se mencionó el aporte realizado en intervenciones del Programa Aduana por operadores de Equipos Territoriales de Atención Familiar (ETAFA) y de Servicios de Orientación, Consulta y Atención Territorial (SOCAT), dispositivos de atención ciudadana de MIDES, cuya actividad fue interrumpida en los años 2020 y 2021 respectivamente.

En cuanto a la organización del trabajo, las nurses entrevistadas refieren asumir la totalidad de las tareas inherentes a los registros del Programa Aduana: revisión de los partes diarios, completado de tarjetas de seguimiento, registro de controles en el sistema informático, elaboración de estadísticas solicitadas por la Intendencia de Montevideo. Además, junto al “sub-equipo Programa Aduana” integrado por becarias y Licenciadas en Trabajo Social, y Peditras - y en algunos casos, también por otra licenciada en enfermería - realizan entrevistas en contexto domiciliario y la intervención de mayor proximidad con las familias clasificadas como “de riesgo” para el programa, aspecto que se desarrolla en el cuarto apartado de este capítulo.

Esta actividad de registro y revisión de los mismos a cargo de las nurses, permanece con una dificultad que se había identificado previamente en la evaluación del programa que tuvo lugar

---

<sup>13</sup> Visita Domiciliaria Integral, denominación utilizada en el Manual de Procedimientos del Programa Aduana (2014).

en los años 2012 y 2013, informada en la Evaluación DID del Programa Aduana (2014): el registro múltiple y la falta de indicadores oportunos para el seguimiento de los/as niños/as. Esta situación se refleja claramente en los siguientes pasajes seleccionados:

“Tenemos un sistema de registro... una ficha del Programa Aduana que ya viene impreso (...) no hemos podido de otra manera, ni con la computadora, todavía seguimos con ese registro manual a papel, a cartón.” (Entrevista 3).

“No tenemos un buen sistema de alerta de las situaciones, porque en realidad si uno no revisa las tarjetas esporádicamente o asiduamente, no se da cuenta si un niño viene con atraso de controles. A no ser que saque fecha y no venga, bueno, eso es fácil de detectar [mediante la revisión de los partes diarios], ahora si no ha sacado fecha mucho, ahí sólo revisando las tarjetas una por una es que te das cuenta” (Entrevista 2).

En los tiempos de la informatización de la información, se puede intuir que la demanda de incorporación de sistemas que permitan el monitoreo y seguimiento - de personas - es creciente inclusive en el área de la protección social, e incluso desde sus propios técnicos, en tanto, considerando específicamente este programa, facilitaría tareas largas y tediosas como la descrita, a la cual como vemos, se destinan muchas horas de recursos humanos.

Es por esto que los Sistemas de Información para la Protección Social (SIPS), se han introducido en la política pública, destacando sus efectos positivos en cuanto a transparencia, eficiencia y mejora en la “resolución de problemas”, pero esto no implica que estén exentos de efectos adversos para la población en cuanto al uso de su información, o que no puedan derivar en prácticas de vigilancia y control sobre la pobreza, asociando a ésta, al delito (Vecinday, 2020).

El actual Sistema Informático del Programa Aduana (SIPA), es un módulo dentro del Sistema de Gestión Asistencial (SGA), al cual las informantes consideran muy viejo y poco funcional, ya que no pueden ingresar más datos que los preestablecidos por el sistema, y además no está integrado a la Historia Clínica Electrónica de ASSE. Al utilizar este sistema durante mi pasantía laboral, pude ver que en efecto, no es posible realizar otro tipo de registros que excedan a los datos del físicos del/la niño/a, el establecimiento o no de un control pediátrico, contacto telefónico o VDI, y el “resultado” de este contacto, y en el caso de clicar un “sí” en el casillero “riesgo social”, seleccionar entre los factores predefinidos desde el programa detallados en el capítulo anterior, por lo que no hay lugar para redactar las líneas de acción

que se estén desarrollando. Por lo tanto, en las situaciones en que se lleva adelante un proceso de intervención con las familias de los/as niños/as, es preciso utilizar otros formatos de registro en forma complementaria, lo cual abre la discusión respecto a qué se registra y quiénes tienen acceso a ello.

Sin llegar a considerar aún los efectos de una posible introducción de la tecnología de los SIPS en el Programa Aduana, en relación al manejo de la información para la toma de decisiones cada vez más automatizadas, podemos señalar que en el contexto pandémico, la expansión de comunicación digital desde las instituciones de salud, en formatos de mayor cotidianeidad para los/as usuarios/as (creación de páginas de difusión vía facebook, consultas a través de videollamadas que conectan consultorio-hogar, comunicaciones vía whatsapp, mayor accesibilidad y disponibilidad de ambas partes al contacto telefónico, por mencionar algunas de las modificaciones que pude observar durante mi inserción en la pasantía en tiempos de pandemia y que también fueron referidas por las entrevistadas), tuvieron un impacto positivo en cuanto a favorecer la continuidad asistencial y en el asesoramiento frente a la expansión del COVID-19.

Aún así, siguiendo a Vecinday (2020), también es importante reflexionar sobre los impactos negativos que se advierten en cuanto a la intromisión en la privacidad de los pobres, habilitando una mirada estigmatizante de la asistencia pública:

“(…) no trajo al niño, y si vos te fijabas en el celular la última conexión había sido a las 3 de la mañana y la consulta acá empezaba a las 8 de la mañana, entonces nos mintió, no trajo al niño porque se quedó hasta muy tarde con el celular, pero cuando tiene que traer al niño al control no lo trae. Entonces este... uno da... pero cuando ya ves que das, das, das, y no vas a cambiar nada, cansa, cansa y terminas bajando los brazos.” (Entrevista 4).

En este sentido, Karsz (2007), plantea que ubicar a los sujetos en el lugar de beneficiarios de algo que se “da” y no como destinatarios de una política, implica una suposición implícita de que están siendo favorecidos, “beneficiados”, desconociendo así las condiciones objetivas que determinan la vida del sujeto, provocando que algunos derechos estén siendo vulnerados, y por ello esté previsto que determinadas políticas lo contemplen como población destinataria. Además, entender a las políticas públicas como una “ayuda”, es entender a las prácticas de los/as técnicos/as como un ejercicio de caridad, es decir, dependiente de su

voluntad personal, del merecimiento de los/as usuarios/as determinado por el juicio de los/as profesionales, y en definitiva, como algo que no constituye un derecho legítimo.

Continuando con la modalidad de trabajo frente al contexto de pandemia sanitaria, una cuestión emergente compartida entre las entrevistadas, fue el surgimiento del Programa Apoyo Alimentario, lanzado por la Intendencia de Montevideo a inicios del 2021, en el marco del Plan de Apoyo Básico a la Ciudadanía. Este programa cubre a niños/as de 0 a 3 años cuyas medidas antropométricas de peso y talla indican un déficit nutricional, y embarazadas cuyo valor de Índice de Masa Corporal (IMC), se encuentra por debajo del mínimo esperado en relación a las semanas de gestación, lo cual es identificado como un riesgo para desarrollo y crecimiento infantil. El ingreso al programa implica un monitoreo y seguimiento permanente de las familias por parte de los equipos territoriales de salud en cuanto a su evolución nutricional en forma integral, durante el plazo de un año y cuenta con un componente económico del valor de \$2.800 mensuales, que son asignados a la cédula de identidad del adulto referente del niño/a. Este monto sólo puede ser destinado a alimentos en algunos comercios adheridos, con restricciones varias en relación a qué cosas sí y qué cosas no pueden ser compradas (por ejemplo, pañales, productos de limpieza, comida “chatarra”, son algunos de los artículos prohibidos), tutelando la administración de los recursos suministrados a la familia, y habilitando en forma aún más cercana la penetración de los saberes expertos en la organización del espacio doméstico de los pobres.

En este sentido, y sin ignorar las virtudes del Programa de Apoyo Alimentario - que comparte la población objetivo con el Programa Aduana - no debe perderse de vista que se produjo en un contexto pandémico, en el que la sociedad entera se encuentra recibiendo constantemente a través de los medios de comunicación y de la propia socialización en los diferentes grupos, pautas generadas por el conocimiento experto para “evitar riesgos”, así como también consejos desde la psicología para sobrellevar el encierro, mensajes desde los/as educadores y maestros/as respecto a cómo manejar el vínculo con niños/as, consejería nutricional y física para disminuir el aumento de la obesidad en el confinamiento, entre otras normas validadas por el peso de la ciencia, que invaden y estructuran la vida del individuo, a la vez que lo responsabilizan por los resultados que obtenga en estas áreas.

### 3.3. El Programa Aduana y la “Visita Domiciliaria Integral”

En la totalidad de las entrevistas, las referentes ahondaron en forma espontánea en lo que, de acuerdo al Manual de Procedimientos (2014), se denomina como la “Visita Domiciliaria Integral (VDI)”, por lo que se entiende necesario dedicar un apartado a analizar y reflexionar sobre este aspecto, que aunque no estuviera incluido dentro de los objetivos del estudio, emergió en el proceso de revisión de los datos recabados en el trabajo de campo.

En todos los casos, esta actividad fue identificada como la principal acción que se desarrolla desde el programa, llevándose a cabo en cada policlínica un determinado día de la semana, mediante un vehículo, en el que generalmente una dupla o tríada de trabajo integrada por el “sub-equipo” al que referimos anteriormente, se moviliza hacia los domicilios previamente priorizados en función de factores de riesgo biológicos o sociales. La discusión sobre estos factores, se continúa en el siguiente apartado.

Si bien en una de las entrevistas, se plantea que esta acción constituye “una pata” del Programa Aduana, y no su totalidad, se identifica a partir del diálogo con las referentes, que el dispositivo suele estar asociado a la ejecución de la visita domiciliaria integral, y no con la atención cotidiana en salud de los/as niños/as.

En este sentido, cabe resaltar que el Manual de Procedimientos (2014), define a la “visita domiciliaria integral” (VDI), como un escenario complementario a la atención en consultorio, en el cual se producen actividades de carácter social y sanitario (educación y promoción en salud, detección y tratamiento oportuno de enfermedades y rehabilitación), con el objetivo de “mejorar y ampliar la información sobre los aspectos del entorno cotidiano que inciden en la salud de todos y cada uno de los miembros del grupo” (p. 67).

En consonancia con esta concepción de la VDI, una de las entrevistadas plantea que:

“La visita no es solamente “te visito”, tiene toda una connotación por detrás, para ver a ese bebé, para ver ese vínculo, tu mirada se amplía, abris un abanico de posibilidades, ves como están, ves como viven, pero no “de chusma”, sino para ver en qué uno puede aportar, siempre y cuando la familia te lo habilite. (...) O sea que plan aduana excede la visita y el control, y la tarjeta y que venga todo los meses.” (Entrevista 1).

En el sentido de lo anterior, a partir de algunos aportes de Bourdieu (1999), cabe recordar que la entrevista - una de las herramientas de intervención del/la Trabajador/a Social - se realiza para entender al otro, para comprender su realidad desde su posición, y no desde la nuestra, desde una actitud empática, teniendo siempre presente que en una entrevista se ponen en juego relaciones de poder, distribuido en forma asimétrica. Es por esto que cuando penetramos el domicilio de una familia, por más que nos expresen simpatía y nos reciban con las puertas abiertas, no se anula el hecho de que se trata de una invasión a su espacio privado, quedando dicha privacidad expuesta ante nosotros, quienes ocupamos en ese momento una posición de poder.

Por lo tanto, la realización de entrevistas, - y particularmente, de entrevistas en contexto domiciliario - no requiere simplemente una la capacidad de realización, sino que implica una habilidad, una adopción consciente de una actitud tendiente a reconocer y minimizar la violencia simbólica resultante de dicha desigualdad de poder (Bourdieu, 1999). Para ello, es necesaria una reflexión permanente sobre estas inequidades existentes entre el/la entrevistador/a y el/la entrevistado/a, a fin de lograr una comunicación no violenta, que viabilice la comprensión de la realidad subjetiva y también objetiva de la persona, desde su propia óptica del mundo.

De no tener presente la importancia de reducir al máximo las expresiones de violencia simbólica en una entrevista, dicha distancia entre las partes en relación dialógica, puede originar prácticas violentas en forma más o menos explícita, en tanto los objetivos de su realización se ven atravesados por prenociones y juicios de valor, que nos impiden comprender a la persona en su situación. Este atravesamiento, se hace presente en las acciones y discursos de responsabilización de las personas, en la sospecha de sus palabras, en la tipificación de sus acciones, a partir de los propios intereses y frustraciones que tengamos como técnicos intervinientes:

“(…) Y la mujer se puso a llorar, pero es que le digo... nosotros te damos todo lo que esté a nuestro alcance, todo lo que podamos conseguir, todo lo que podamos ayudar, pero vos lo único que tenés que hacer es darle la teta a la nena.” (Entrevista 4).

Entonces, es preciso considerar lo que indica Bourdieu (1999), respecto a hacer consciente el encuadre en el que realizamos cada entrevista, dar a conocer explícitamente por qué y para qué la hacemos, qué haremos con esos datos que la persona nos proporcione, siendo respetuosos del espacio privado de los/as usuarios/as y de la confidencialidad en el manejo de

la información que la persona nos está proporcionando en cada contexto, desde una escucha activa y metódica, con el propósito de “ponerse mentalmente en su lugar” (p. 532). Esto no debe confundirse con intentar mimetizarnos con la persona entrevistada, o negar la distancia simbólica existente para caerle mejor, sino emplear ese posicionamiento y esa escucha, para comprender la realidad desde una óptica que viabilice la construcción colectiva de transformaciones en la calidad de vida de las personas.

Cuestionar la demanda de responsabilización-activación en términos de Merklen (2013), que recae sobre las familias y los sujetos en situación de pobreza, desde una representación social de “familia” resultante del sentido común burgués, que interpreta subjetivamente que las acciones que algunas familias tienen o no tienen, son “por falta de voluntad”, porque “no quieren”, porque “no hay interés en las familias”, sin contemplar la incidencia de causas más profundas, estructurales y violentas, que excluyen a ciertas familias de diferentes ámbitos de participación social, inclusive del campo sanitario, en tanto su realidad material, social, cultural, económica, no se “ajusta” a lo demandado social y moralmente. En este sentido, entendemos que hablar en términos de “ajuste/desajuste”, “norma/desvío”, “funcionalidad/disfuncionalidad”, implica una concepción de fondo de las manifestaciones de la cuestión social, como expresiones resultantes de “malas decisiones” tomadas por los sujetos, y que por ende, podrían revertirse mediante un cambio de actitud, posicionamiento que desconoce la influencia de las desigualdades sociales existentes a nivel macrosocial, en los individuos, en sus realidades, en la conformación de subjetividades, lo cual provoca una reproducción acrítica de la dinámica excluyente y expulsora de las instituciones.

### **3.4. La intervención en situaciones de riesgo social**

Tal como se introdujo en el segundo apartado del primer capítulo sobre las nociones de riesgo social, el Programa Aduana parte de una visión epidemiológica de los posibles riesgos vitales, entendiendo que la probabilidad de ocurrencia de sucesos perjudiciales para la calidad de vida de un niño/a, aumenta en función de la presencia de determinados factores de riesgo, construyendo una serie de indicadores, presentados en el capítulo anterior. Algunos de ellos son: madre menor de edad, madre con primaria completa, madre con desvinculación previa de otro/s hijo/s; los cuales dan lugar a interrogarnos sobre las concepciones de familia y de género en las que se basa el programa, al conceder mayor relevancia al rol materno que al

paterno en cuanto a la producción de condiciones de vida saludable para los/as niños/as (Manual de Procedimientos del Programa Aduana, 2014).

Esta preponderancia del rol materno sobre el paterno, tiene su correlato en los discursos y prácticas que se generan actualmente desde el programa, en tanto en la totalidad de las entrevistas realizadas, las informantes refirieron al intercambio con “la madre”. Por ejemplo, al diálogo sobre el estado de salud del/la niño/a en el espacio de la policlínica se realiza con las madres que son las que mayormente llevan a los/as niños/as al control, el contacto telefónico también es con ellas, las entrevistas en domicilio también, e incluso mencionaron a abuelas y tías, pero no a padres, a varones. Con la finalidad de ofrecer una guía para el lector, se contó la cantidad de veces que en las entrevistas, se dijeron las palabras madre(s) y padre(s). Mientras que se dijo “madre(s)” un total de 18 veces, padre/padres se dijo solo 2 veces: una, refiriéndose a los abuelos paternos de los/as niños/as, y otra, al consumo de sustancias psicoactivas. Se aclara que en las preguntas orientadoras, no se mencionó ni a la figura materna ni a la paterna, sino que se usaba la palabra familias. La guía de entrevista utilizaba la palabra “familias”, y se presenta en el Anexo 1.

Ahora bien, al dialogar con las entrevistadas respecto a qué cuestiones implican la presencia de “riesgos sociales”, hicieron referencia al “listado” de indicadores de riesgo, que forma parte del “Formulario de clasificación de riesgo al alta de la maternidad”, el cual consta de un encabezado en el que se completan los datos personales y de contacto del/a niño/a recién nacido y de su madre, y un listado en el que se marca la presencia de tales indicadores, el cual se completa previo al alta hospitalaria, y se envía por correo al equipo de la policlínica barrial en la que se realizan los controles del/la niño/a (Manual de procedimientos del Programa Aduana, 2014, p. 128).

Una de las entrevistadas, al consultarle respecto a cómo se define la categorización de riesgo social de un niño/a, hizo referencia al reperfilamiento programático procesado en el 2014, y el manual de procedimientos resultante:

“(…) Yo participé, eran reuniones cada 15 días en el CHPR, con un montón de técnicos y de referentes de lo que es Programa Aduana, y en ese reperfilamiento se hizo un manual donde se estipularon todos estos riesgos, o sea se catalogaron estos riesgos: riesgo 1 es todo esto que te comenté [consumo de sustancias, violencia, bajo peso, edad gestacional, etcétera], y riesgo 2 es que no hay riesgo o es leve. Todo esto sale de eso, de reuniones que hubieron prácticamente durante todo un año entero (...)

donde se hizo un libro que se llama reperfilamiento, y de ahí salió todo lo que se considera riesgo y se socializó a todos los servicios, como para que manejemos todos el mismo lenguaje” (Entrevista 1).

Pero también se hallaron otras concepciones de riesgo:

“Riesgo social tiene que ver por una parte con la cobertura de las necesidades básicas, si están satisfechas o no, y algunas cuestiones que tienen que ver con la salud mental. (...). Por el contexto en el que estamos acá, el 95% de las familias lo tiene (...) si no es el techo es el baño, si no es el baño es el piso, si no es el piso es el acceso... el acceso a la educación” (Entrevista 2).

Este enfoque del riesgo, amerita un análisis a la luz de los aportes de Castel (1986), quien plantea que:

“Un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables” (p. 229).

Esto implica, de acuerdo con la perspectiva del autor, entender que las políticas de tipo preventivas - en este estudio, sociosanitarias - intentan anticiparse a estos sucesos indeseados (inicialmente, la mortalidad infantil, actualmente, dificultades en el desarrollo cognitivo, motriz y psicosocial) a partir de la detección de algunos factores, contruidos como los “factores de riesgo”, a la vez que disuelven la noción de sujeto o individuo como un todo integral, dividiéndolo en una combinación de factores, que además suelen ser abordados por separado desde las políticas sociales en general.

Establecer de forma probabilística y abstracta un conjunto de factores de riesgo, y encontrar que una porción de la población reúne algunos de esos criterios definidos, no es suficiente para determinar la existencia real de un peligro inminente en los/as niños/as, sino una señal, ya que el punto de partida se ubicó en una definición general de peligros a prevenir, y no en la observación o experimentación de cómo se conjugan los mismos en la realidad concreta (Castel, 1986). De tal forma, confundir la identificación de factores de riesgo con la existencia de un peligro, o por el contrario, el reconocimiento de factores de protección con una plena seguridad y bienestar, puede ocasionar dificultades, en tanto, como indica Mitjavila (2002) en base a Beck, “inicialmente, os riscos adquirem existência só no conhecimento (em

principio, científico), momento a partir do qual eles podem ser transformados, magnificados, dramatizados ou minimizados”, ya que son relativamente invisibles para quienes los vivencian, producto de la naturalización dada ante la desigual distribución social de los riesgos (p. 133).

Al respecto, una de las entrevistadas planteaba que la naturalización de los riesgos sociales por parte de los/as usuarios/as de los servicios de salud, muchas veces constituye un límite en las intervenciones, exigiendo una especial cautela desde los equipos técnicos:

“A veces cuesta que la familia pueda dar ese paso o pueda venir (...) Pasa que si la familia no identifica una situación como un riesgo, no va a hacer un movimiento para salir de eso, entonces es un trabajo muy fino, muy delicado. A veces las respuestas son más lentas de lo que uno quisiera, pero no tiene que ver con los equipos, sino con que la intervención tiene que ir despacito” (Entrevista 1).

Al respecto de la distribución social de los riesgos, Beck (1998), plantea lo siguiente:

“Tanto los riesgos como las riquezas son objeto de repartos, y tanto éstas como aquéllos constituyen situaciones: situaciones de peligro o situaciones de clase. Sin embargo, tanto aquí como allá se trata de un bien completamente diferente y de otra disputa sobre su reparto. En el caso de las riquezas sociales, se trata de bienes de consumo, de ingresos, de oportunidades de educación, de propiedades, etc. (...)” (p. 32-33).

En este sentido, si bien el autor refiere a la desigualdad en el reparto de los riesgos de tipo biológico (mutaciones genéticas causadas por la radiactividad, por ejemplo), hay que considerar que coloca como extremos opuestos las riquezas y los riesgos, basándose en las desigualdades de clase, entendiendo que el reparto de los riesgos, al igual que el de la riqueza, sigue un proceso de desigualdad social. Por ende, en un extremo hablamos de la acumulación de abundancia, y en el otro, de la acumulación de carencia: carencia de bienes de consumo, de ingresos, de oportunidades de todo tipo, de propiedades, de alimentos, de cuidados, de estimulación oportuna, etcétera.

Por otra parte, al indagar sobre la definición de las categorizaciones de riesgo, también se obtuvieron respuestas que centralizan la problemática a territorios específicos:

“Para mi el riesgo social es vivir ya en el barrio. (...) Nosotros los consideramos a todos los niños que viven en la zona, de riesgo, porque la mayoría de los que se atienden acá viven en asentamientos y zonas de riesgo” (Entrevista 4).

Como plantea Hamzaoui (2005) respecto a la territorialización de la pobreza, es preciso advertir cuando “lo social se convierte en un fenómeno local y se territorializa, mientras la economía se globaliza y se desterritorializa” (p. 44), ya que desde ese enfoque, los riesgos que afectan a la pobreza, parecerían presentarse como cuestiones *de* los territorios y *de* los pobres, y no como cuestiones que se manifiestan *en* ellos por razones más profundas que se asientan en la base de la estructura socioeconómica vigente.

Hablamos entonces, de una relevancia territorial “por defecto”, en tanto el territorio es destacado socialmente no por sus potencialidades, sino por sus ausencias: “es el lugar donde están los pobres”, un espacio en el que se presenta la desestructuración del trabajo y de las protecciones sociales, a la vez que un conjunto de “respuestas” estatales que toman esta dimensión como punto de anclaje e identidad, desde un enfoque que apuesta excesivamente a sus capacidades y recursos como si su sólo movilización fuera suficiente para la “resolución” de problemáticas de carácter social, deseconomizándola (Baráibar, 2009, p. 60).

Es en este sentido, que Karsz (2004) plantea la discusión respecto a la importancia de poder discernir en cuanto al uso del término exclusión, dado que su uso cotidiano para referir a la exclusión de alguna esfera de participación social, sea ésta de tipo laboral, recreativa, familiar, grupos de pares, etcétera, no debe confundirse con una exclusión social de tipo totalizante, donde el sujeto es colocado en una posición marginal dentro de la sociedad, adoptando lo que el autor llama un “status negativo” predestinado por el origen socioeconómico de su familia, y como vimos a partir de Hamzaoui (2005) y Baráibar (2009), también por el espacio territorial que dicha familia ocupa.

### **3.5. Fortalezas, límites y tensiones del Programa Aduana**

El último de los ejes temáticos explorados en el trabajo de campo, apuntó a la identificación de posibles aspectos a potenciar y a mejorar en la intervención territorial del Programa Aduana, de acuerdo a la perspectiva de sus ejecutores directos.

Una de las cuestiones más llamativas, es la diversidad de opiniones recibidas respecto al funcionamiento de trabajo en equipo y con las redes comunitarias, para realizar procesos de intervención en situaciones consideradas de riesgo social:

“[La principal fortaleza] El equipo. Siempre encontrás respuesta. Siempre. Yo sé qué puerta tocar, a quién llamar, y siempre encontrás una respuesta. No queda una situación, cualquiera sea, que no tenga una respuesta del equipo, y si en el equipo no tenes el profesional, como por ejemplo Trabajadora Social, vos levantás el teléfono y tenés una respuesta afuera. Pero esas son las redes que uno construye”. (Entrevista 1).

“Es muy difícil abordar esas situaciones, te sentís solo. Te sentís solo frente a una situación que no sabes cómo abrazarla”. (Entrevista 2).

“No, no, no tenemos tiempo [para el trabajo en red]. Eso no se hace la verdad que no. (...) En una época hubo [espacios de discusión], se comenzó a trabajar con los socat, hacían reuniones una vez por mes y se estudiaba una familia, se trabajaba sobre esa familia y eso estaba buenísimo pero como te digo todo va cambiando y bueno, hemos hecho de todo digamos en el transcurso de estos años, pero es según quién está.” (Entrevista 3).

Según la sistematización realizada por Romano et. al. (2007), en un documento que recoge la experiencia de trabajo de algunos Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) de ASSE, entendemos a los equipos de trabajo como una “construcción permanente” que tiene inicio al trabajar juntos, formar la grupalidad, y recorrer un proceso de aprendizaje colectivo que permita un funcionamiento orientado a una tarea:

“El equipo es una integración organizada, adecuada a cada lugar, sostenida en una actitud de cooperación, que requiere a la vez firmeza y flexibilidad en los planteos; rompiendo con lo cotidiano de trabajar o asistir “según mi exclusivo entender o saber”, sin caer en la omisión de acción en el “trabajar con otros”” (Romano et. al., 2007, p. 137).

Además, con base en los aportes de Mito (2001), podemos decir que el trabajo en redes comunitarias - muchas veces, resultante de una depositación en el tercer sector de ciertas acciones antes desarrolladas por el Estado, las cuales reflejan el retraimiento de las instituciones iniciado en la posmodernidad bajo el lema de la “libertad” - podría y debería responder a un ideal emancipatorio, que contemple la realidad de las familias junto a ellas,

sus potencialidades y sus recursos, desde el reconocimiento de la importancia del fortalecer la dimensión colectiva de problemáticas que afectan a colectivos, frente al creciente aumento de una forma de “respuesta” Estatal de carácter sectorizada, parcializada y focalizada, que individualizan tales problemáticas. Por todo esto, la realización de intervenciones en equipo y con las redes comunitarias, no es una cuestión de elección sino de ética y también de responsabilidad para asegurar una mejor atención.

Por otro lado, todas las entrevistadas negaron la existencia de espacios formalmente constituídos para la reflexión interdisciplinaria sobre la intervención del Programa Aduana, ni tampoco entre niveles, lo cual fue observado por ellas como una debilidad. Esta carencia de intercambios que tendrían la potencialidad de enriquecer el pensamiento colectivo y las prácticas, colabora con la permanencia de la alta autonomía y diversidad de formas de ejecución del Programa Aduana, aspecto ya observado desde la evaluación de ASSE (2013) como una desventaja para el programa desde una mirada externa, y como podemos ver a partir de los testimonios de las entrevistadas, también desde dentro. Si bien la autonomía y la diversidad son conceptos que - al igual que “familias” como discutimos en el primer capítulo - suelen asociarse políticamente a una connotación positiva, también pueden generar efectos adversos, reproduciendo concepciones distorsionadas sobre los objetivos y alcances del programa, a raíz de la falta de intercambio y problematización desde lineamientos comunes:

“El Programa Aduana solo puede derivar, informar y derivar. Y las intervenciones en realidad son como del equipo pero no... Se informan en las tarjetas, pero por ejemplo al SGA eso no se puede ingresar. La Trabajadora Social por ejemplo hace informes de situaciones específicas, y eso se manda por correo para el centro de salud cerro que es nuestro referente” (Entrevista 3).

Por otra parte, un límite identificado por una referente del programa, es en relación a las dificultades para generar vínculos de calidad y confianza con los/as usuarios/as:

“Generalmente esas familias que tienen esos problemas se van aislando, vienen cada vez menos, tú las visitas, se quedan sin teléfono, cambian el teléfono, no las encontrás, a veces van cambiando las direcciones, los vas siguiendo por aquí, por allá, encontrás algún familiar que te da algún dato, pero tenemos dificultades para llegar” (Entrevista 2).

En esta línea, es interesante tomar en cuenta el concepto de “trabajo sobre los otros” que elabora Dubet (2006), en relación a la actividad de transformación que realizan unas personas sobre otras, particularmente los profesionales de las áreas de la educación, la salud, y el Trabajo Social, con el objetivo de inculcar pautas culturales y morales, a través de la socialización que se produce en el marco de las instituciones. Muchas veces, esta acción se produce en forma de orientación socioeducativa, de construcción colectiva de un abanico de opciones para la toma de decisiones de la persona, por sí misma. Sin embargo - como se planteó en el apartado referido a la modalidad del trabajo en el programa - el poder establecido en esta relación desigual (por ejemplo, en cuanto al uso de sistemas de información al que tenemos acceso desde la salud, donde el conocer un número de cédula de identidad o simplemente un nombre, permite conocer dirección, teléfono, bucear entre consultas realizadas, observar cuales no realizó, cuales están pendientes, qué diagnóstico resumió la psicóloga o qué recetó la psiquiatra, entre otras posibilidades que no son negativas o perjudiciales en sí mismas), exige ser combinado con una actitud de permanente vigilancia epistemológica, para convertirse en una práctica que acerque, y no que aleje:

“Vamos a la casa porque no trajo al niño y le preguntamos ¿qué pasó fulana que no llevaste al niño? y dice no porque tuve que llevar a mi hijo que se clavó un alambre al Saint Bois. Y no había registro alguno. Entonces le digo ay que raro, ¿no te dieron nada?. Sí, sí, me dieron un remedio y lo curaron. Y le digo bueno ta entonces yo el martes voy a verlo, que raro que no hay nada en la historia clínica porque todas las entradas a puerta están, y sabés que te miente. Siempre escriben, todo ingreso lo escriben.” (Entrevista 4).

Por todo esto, es significativo no perder de vista la importancia de interrogar las concepciones de riesgo que operan en el trasfondo de las intervenciones estatales y en base a las cuales se justificaron y aún justifican acciones de vigilancia, control y castigo sobre los sectores más desfavorecidos de la sociedad, revisando nuestras propias prácticas profesionales con otros, cuestionando los sentidos, fundamentos y propósitos.

## **Reflexiones finales**

Las reflexiones que aquí se exponen, no pretenden cerrar la discusión de la temática explorada, sino que por el contrario, retoman los objetivos de este estudio para continuar profundizando en su reflexión.

La intervención con familias es un proceso que requiere interrogarnos acerca de los modos actuales de convivir en grupos. Como vimos en el primer capítulo, el conocimiento de las transformaciones históricas que los moldean, es elemental para comprender su diversidad de estructuras y de formas de vinculación.

Este recorrido adquiere una complejidad mayor, cuando hablamos de familias categorizadas como “en riesgo”, en tanto las metamorfosis macrosociales a las que asistimos en la actualidad, afectan negativamente sus condiciones de vida cotidiana, a la vez que punzan a su “normalización”, por sus propios - y escasos - medios. Escasas son también las respuestas estatales, e igual de escasas son las posibilidades de estas personas de encontrar seguridad social y estabilidad en la dinámica excluyente del mercado laboral actual.

Sin embargo, como vimos en el segundo capítulo, el concepto de salud va más allá de la supervivencia de las personas. La salud implica un estado de plenitud integral del ser humano, que exige responsabilidad colectiva: Estado - mercado - familias. Por el contrario, el enfoque de riesgo individualiza la problemática social, ubicándola en el sujeto de intervención que la encarna. Por supuesto, la probabilidad de que ocurra un perjuicio para la salud y el bienestar de una persona, aumenta, ante los factores que el Programa Aduana operacionaliza: frente a la pobreza extrema, la convivencia con la violencia, la situación de calle. ¿Y cuál es el común denominador? La desprotección social, la ausencia de soportes colectivos, la escasez de posibilidades para el desarrollo humano.

Con cierto paralelismo, podemos decir que el trabajo de intervención no sólo requiere analizar al otro y a sus condiciones, sino también a nuestras condiciones profesionales al servicio de éste: cuáles son nuestras redes, nuestras posibilidades institucionales, nuestros recursos teóricos, también nuestras habilidades y debilidades personales. Reflexionar en forma interdisciplinaria sobre las dificultades y los aciertos que se identifican en las propias prácticas, promoviendo el debate para la construcción colectiva, y revalorizando estos espacios y tiempos de intercambio como una cuestión de implicancia ética y de formación

profesional, es el camino para enriquecer nuestras prácticas, independientemente de cuál sea nuestra formación específica, para poder sustentarlas en un enfoque profesional crítico.

Particularmente, al Trabajo Social afecta la herencia del contexto de emergencia y constitución de la profesión como tal, asociado a una intervención higienista, técnicamente subordinada, y en la que destaca su accionar práctico. De aquí la importancia de considerar lo que plantea Claramunt (2009), respecto a acompañar la práctica de un proceso de investigación, comprendiendo el valor de la dimensión investigativa para respaldar la acción en el conocimiento, lo cual se entiende también como una clave para potenciar la tan discutida autonomía profesional.

En el tercer capítulo, pudimos explorar una pequeña parte del quehacer cotidiano del Programa Aduana y sus contradicciones: multiplicidad de tareas en simultáneo, diversidad de alianzas ocupacionales, enfoques y prácticas variados, desgaste inclusive a nivel emocional - acompañadas de variadas anécdotas que tuvieron lugar en el trabajo de campo, pero que se prefirió no exponer - soledad, pandemia, el deber de acompañar sin sentirse acompañado.

Un aspecto no señalado, es que el Programa Aduana no cuenta con recursos económicos propios para el abordaje de situaciones consideradas de riesgo social, en tanto no es algo que involucre solo al sector salud, sino que es indispensable, como el propio manual lo expone, la vinculación con otros programas y recursos estatales y comunitarios para la protección social de las familias afectadas por tales situaciones, descartando el abordaje en solitario.

Para esto, se entiende necesaria la elaboración y manejo de una guía de recursos sistematizada, actualizada y fundamentalmente, socializada entre los equipos de trabajo, aspecto que se tematizó con recurrencia en los espacios de reunión entre pasantes de las policlínicas municipales durante mi experiencia. En este sentido, como planteó una de las entrevistadas: “saber qué puerta tocar para obtener una respuesta”, es reflejo de un proceso de conocimiento y cultivación de vínculos con las redes y recursos territoriales y estatales, que hacen posible su funcionamiento coordinado, para lo cual es preciso concientizarnos de que las respuestas que ofrecemos a la ciudadanía, tienen repercusiones en la vida cotidiana de los usuarios y usuarias, responsabilidad que debe ser dimensionada.

Por último, y respondiendo al objetivo general de examinación de los fundamentos que orientan las prácticas de intervención del Programa Aduana, entendiendo que estas bases conllevan explícita o implícitamente una forma de concebir al sujeto de intervención, podemos concluir que existe un amplio abanico de posiciones al respecto: desde las prácticas que tienden a ser ejecutadas en forma individualizada e individualizadora, donde la respuesta es que no hay respuesta, colocando al sujeto de intervención en una posición pasiva y “paciente”, hasta praxis más críticas, fundadas en la importancia del conocer y el hacer con otros, donde el sujeto - individual, familiar o colectivo - de la intervención, y las redes, adquieren un carácter activo y dirigido a la mejora de la calidad de vida de forma integral.

Como ya se ha aclarado con anterioridad, el propósito aquí no es catalogar prácticas para encasillarlas o reducirlas al discurso que se elaboró de ellas, entendiendo que si bien las palabras demostraron enfoques, esto sería insuficiente si nuestro propósito fuera definir las. Por el contrario, la intencionalidad no es otra que la de reabrir la discusión respecto al porqué, el para qué, y al servicio de quiénes se lleva adelante en los territorios el Programa Aduana, un dispositivo perteneciente al campo de la salud; un campo donde el Trabajo Social nace, se desarrolla, y permanece tensando los límites de lo establecido, entendiendo que no está de más recordarnos que lo que reflexionaba Bauman (2001) hace veinte años:

“El futuro del trabajo social, y más generalmente, del estado de bienestar, no depende hoy de hacer más precisas y más estrictas y centrar mejor las reglas, las clasificaciones, el procedimiento, ni de reducir la variedad y complejidad de las necesidades y problemas humanos. Antes bien, depende de los niveles éticos de la sociedad en que todos vivimos. Son esos niveles éticos, mucho más que la racionalidad y la diligencia de los trabajadores sociales, lo que hoy está en crisis y amenazado (...). Es una decisión de hace cien años, el asumir la responsabilidad de nuestra responsabilidad, una decisión de medir la calidad de la sociedad, por la calidad de sus criterios éticos, la que celebramos hoy” (p. 98).

Finalmente, las reflexiones presentadas sobre los fundamentos que en la actualidad sustentan las prácticas de intervención con familias categorizadas en “riesgo” social desde el Programa Aduana en las policlínicas municipales del territorio estudiado, pretenden disparar nuevas interrogantes respecto a qué formas de abordaje familiar se quieren instituir, desde qué bases éticas y teóricas, y cuál es el camino a recorrer para ello, entendiendo que se trata de un tránsito que exige ser pensado, aprendido y recorrido en forma interdisciplinaria.

## Referencias bibliográficas

- Antía, F., Castillo, M., Fuentes, G., Midaglia, C. (2013). La renovación del sistema de protección uruguayo. El desafío de superar la dualización. EN: *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, v.22, n.2, 171-194). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2973/297330013008.pdf>
- Baráibar Rivero, X. (2009). Tan cerca, tan lejos: acerca de la relevancia “por defecto” de la dimensión territorial. EN: *Fronteras*, n.5 59-71. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7245>
- Baráibar Ribero, X. (2011). Acerca de los procesos de desmaterialización de la pobreza y sus impactos en las políticas sociales. EN: *Fronteras*, n. esp., pp. 39-46. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/25651>
- Barg, L. (2000). *La intervención con familia. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Ciudad de Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Barrán, J. P. (2009). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay: Tomo II. El disciplinamiento (1860-1920)*. Montevideo: Ed. de la Banda Oriental.
- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Montevideo. Montevideo: Ed. de la Banda Oriental.
- Batthyany, K. (ed). (2015). Los tiempos del bienestar social: género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay. Udelar. FCS. MIDES. InMujeres. Recuperado de [https://ciedur.org.uy/site/wp-content/uploads/2021/06/Ciedur\\_Los-tiempos-del-bienestar-social.pdf](https://ciedur.org.uy/site/wp-content/uploads/2021/06/Ciedur_Los-tiempos-del-bienestar-social.pdf)
- Bauman, Z. (2001). ¿Soy acaso el guardián de mi hermano? EN: Bauman, Z (2001). *La sociedad individualizada*. Madrid: Cátedra. pp. 87-98.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. EN: *Sociología y cultura*. México: Grijalbo. pp. 135-141.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires, Paidós.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En: VV.AA. *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.
- Claramunt, A. (2009.). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. EN: *Fronteras*, n. 5, pp. 91-104. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/28649>
- De Jong, E. (2001). Trabajo social, familia e intervención. EN: De Jong, E., Basso, R. y Paira, M. (Comp.). *La familia en los albores del nuevo milenio*. Buenos Aires: Espacio. Pp- 1-47.
- De Martino, M. (2007). Familias y Políticas Sociales en los Noventa. Gubernamentalidad: una perspectiva analítica. EN: De Martino, M. y Morás, L. E. (comp.) *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual*. Montevideo: Cruz del Sur.
- De Martino, M. (2014). *Familias y Estado en Uruguay. Continuidades críticas 1984-2009*. Lecturas desde el Trabajo Social. CSIC. UDELAR. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4624/1/demartino-fcs-2014.pdf>
- Dubet, F. (2006). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos ante la reforma del Estado*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1989). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: S. XIX.
- Hamzaoui, M. (2005). El trabajo social territorializado. Las transformaciones de la acción pública en la intervención estatal. Valencia: Nau libres. PUV. Recuperado de [https://naullibres.com/wp-content/uploads/2019/06/9788476427088\\_L33\\_23.pdf](https://naullibres.com/wp-content/uploads/2019/06/9788476427088_L33_23.pdf)
- Karsz, S. (2004). *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.

- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. España: Gedisa.
- Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. Madrid: Grijalbo. Recuperado de [https://proletarios.org/books/Karel\\_Kosik\\_Dialectica\\_de\\_lo\\_concreto.pdf](https://proletarios.org/books/Karel_Kosik_Dialectica_de_lo_concreto.pdf)
- Mallardi, M. (2016). *Transformaciones familiares y Trabajo Social. Debates contemporáneos y contribuciones analíticas*. Pp. 45-106.
- Martínez, J. (2008). ¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Latina. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/clacso/index/assoc/D1179.dir/bienestar.pdf>
- Merklen, D. (2013). Las dinámicas contemporáneas de la individuación. EN: Castel, R. et al. (Ed). *Individuación, precariedad, inseguridad. ¿Desinstitucionalización del presente?* (pp. 45.86). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mioto, R (1997). Familia e Servicio Social. Contribuicoes para o debate. En: *Servicio Social y Sociedade*. Año XVIII. N°55. Pp. 114-117.
- Mioto, R. (2001). Nuevas propuestas y viejos principios. EN: *Fronteras*. DTS-FCS. n.4, pp. 93-102.
- Mitjavila, M. (2002). O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, v.2, n.14, pp. 129-145*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ts/a/F4shn8L6zk5QYMPjrYFW9hq/?format=pdf&lang=pt>
- Morás, L. E. (2012). *Los hijos del Estado. Fundación y crisis del modelo de protección-control de menores en Uruguay*. Montevideo: SERPAJ.
- Moreno, G.A (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. EN: *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación*. v.9, n.1, pp. 93-107.
- Netto, J. P. (1992). *Capitalismo Monopolista y Servicio Social*. Sao Paulo: Cortés.
- Netto, J. P. (2001). Cinco notas a propósito de la “cuestión social”. EN: Borgianni, E., Guerra, Y., y Montaña, C. (Orgs.). *Servicio social crítico. Hacia la construcción del nuevo proyecto ético-político profesional*. San Pablo: Cortez. pp. 55-69.

- Novogrebelsky, D. (2017). ¿Es posible una práctica interdisciplinaria? EN: *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Espacio Interdisciplinario. UDELAR. Psicolibros Universitario. pp. 223-236. Recuperado de <http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/Salud%20Mental,%20Comunidad%20y%20DDHH-VERSI%C3%93N%20DIFUSI%C3%93N.pdf>
- Ortega, E., Mitjavila, M. (2005). El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay: una indagación genealógica. EN: *KATÁLYSIS*, v.8, n.2, pp. 211-224. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2926015.pdf>
- Ortega Cerchiaro, E., Vecinday, L. (2009). De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. EN: *Fronteras*, n. 5, pp. 11-20. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7278>
- Parsons, T., Bales, R. (1970). La estructura Social de la Familia. EN: *AAVV La Familia*. Barcelona: Ediciones Península. Pp. 31-65.
- Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C. Frontera, G. (2007). El trabajo en equipo. Una mirada desde la experiencia en equipos comunitarios de salud mental. EN: *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. v.71 n.2 pp. 135-152. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/06\\_asm.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/06_asm.pdf)
- Szymanski, H. (1997). Teorías y “teorías” de familias. EN: Brant de Carvalho, M. (org). (1997). *A família contemporânea em debate*. 2ª Edição. São Paulo.
- Vecinday, L. (2020). Sistemas de información y prácticas de vigilancia en la protección social: controversias, tensiones y desafíos para el Trabajo Social. *Revista Plaza Pública de la Facultad de Ciencias Humanas de la UNCPBA*. Recuperado de <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/862>

## Referencias documentales

ASSE (2014). Manual de Procedimientos del Programa Aduana. Montevideo.

Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?8431.50137>

AGEV (2014). Programa Aduana 2012-2013. Montevideo: Boscana. Recuperado de:

[https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/sites/default/files/evaluacion/Aduana\\_0.pdf](https://transparenciapresupuestaria.opp.gub.uy/sites/default/files/evaluacion/Aduana_0.pdf)

Código de ética profesional del Servicio Social o Trabajo Social en el Uruguay (2000). Montevideo. Recuperado de: <https://www.adasu.org/prod/1/46/Codigo.de.Etica..pdf>

IM (2013). Informe Censos 2011: Montevideo y Área Metropolitana. Recuperado de:

[https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/informe\\_censos\\_2011\\_mdeo\\_y\\_area\\_metro.pdf](https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/informe_censos_2011_mdeo_y_area_metro.pdf)

IM (2018). Información física y sociodemográfica por Municipio. Recuperado de:

<https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informacionfisicaysociodemograficapormunicipio2017.pdf>

Ley Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud N° 18.211

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

OMS (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa. Recuperado de:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>