

Facultad de Ciencias Sociales
X jornadas de investigación

Derechos humanos, seguridad y violencia

13 y 14 setiembre de 2011



Viejas y nuevas
formas de gestión
social en el campo
de la primera
infancia

Elizabeth Ortega
Laura Vecinday



Viejas y nuevas formas de gestión social en el campo de la primera infancia¹

El trabajo propone reflexionar, desde un abordaje sociohistórico, acerca de las diferentes representaciones sobre la primera infancia que, siendo construidas socialmente, alcanzaron cierta materialización institucional en dispositivos de intervención sobre los problemas considerados relevantes.

Desde principios del siglo XX las preocupaciones sociales al respecto estuvieron asociadas a tres tipos de problemas: el abandono, la mortalidad infantil y las prácticas de crianza.

El primer problema condujo a propuestas estatales vinculadas a dispositivos de encierro. En el caso de la mortalidad infantil una serie de organizaciones, disposiciones reglamentarias, organismos internacionales constituyeron un entramado institucional cuyo objetivo fue la vigilancia organizada en torno a la familia, en particular la figura de “la madre” respecto a las prácticas de crianza. Dichos dispositivos fueron organizados a partir de procesos de medicalización de la sociedad.

Actualmente, la mortalidad infantil se ha constituido en un fenómeno estadísticamente residual. Es posible afirmar que la preocupación central de los operadores del campo de la primera infancia se centra en el desarrollo de sistemas de vigilancia y cuidado volcados hacia la promoción de prácticas de crianza promotoras del desarrollo infantil. En ese sentido, los aportes de las neurociencias se constituyen en fundamento central de estas intervenciones. La familia y, más específicamente, el ejercicio de la maternidad continúan siendo los espacios privilegiados en la búsqueda de transformaciones comportamentales tendientes a disminuir los riesgos para el desarrollo psicomotor del niño.

Palabras clave: Gestión social, medicalización, primera infancia,

Prof. Dra. Elizabeth Ortega. ortega-ely@hotmail.com
Prof. Dra. Laura Vecinday. laurave@adinet.com.uy
DTS-FCS

¹ Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011.

Introducción

El presente trabajo pretende reflexionar acerca de algunos dispositivos de gestión de lo social implementados para dar respuesta a los problemas de la primera infancia considerados socialmente relevantes.

Surge de las investigaciones realizadas por las autoras² que los problemas relacionados con el abandono, la mortalidad infantil y las prácticas de crianza, en la que actualmente se denomina como primera infancia, constituyeron temas centrales a partir de los cuales se organizó una serie de intervenciones dirigidas especialmente a las familias pobres que, con diferentes modalidades, se instalaron durante todo el siglo XX y se extienden hacia el XXI.

Dichas modalidades de intervención se apoyaron en una serie de mecanismos institucionales que se fueron construyendo a lo largo del período y que incluyó la intervención de organismos internacionales, la construcción de bases de datos cada vez más sofisticadas, la creación de instituciones nacionales especialmente dirigidas a dar respuesta a estas problemáticas, así como la constitución de un cuerpo de agentes profesionales de diferentes formaciones particularmente entrenados para intervenir en las situaciones que se planteaban como problemáticas.

En el presente trabajo, en un primer momento, se hará referencia a la conformación del entramado institucional que se construyó hacia principios del siglo XX en torno a la primera infancia. En un segundo ítem se reflexionará acerca de las modalidades que comenzaron a prevalecer hacia mediados del siglo XX y, por último, se pondrá especial énfasis en las actuales modalidades de gestión de las políticas sociales dirigidas hacia la primera infancia.

² Ortega, Elizabeth 2011 *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del servicio social en el Uruguay (1955-1973)*. Montevideo: Ed Udelar – CSIC Biblioteca Plural

Vecinday, Laura. *Transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay. El caso del Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF) 2003 – 2009*. Tesis de Doctorado, Flacso – Argentina, 2011.

Las percepciones sociales y las formas de gestión dirigidas hacia la “primera infancia”

En primer lugar cabría aclarar que la denominación de “primera infancia” al período que transcurre hasta los cinco años de edad comenzó a utilizarse recientemente. La “invención” de la primera infancia ha sido precedida por un primer reconocimiento social de la infancia que coincidió con un período donde el conocimiento científico permitió cierto control de la mortalidad infantil gracias a las disciplinas del campo médico y social que dirigían parte de su atención a esta etapa vital. La “invención” de la infancia habilitará la organización de prácticas de cuidado familiar antes impensadas y junto con ellas se institucionalizará la promoción de aquellas que se consideran adecuadas socialmente (higiene, control de salud, alimentación, vestimenta, educación para la crianza).

La invisibilización de la infancia, propia de la que Barrán (1992) caracteriza como “barbarie”, fue acompañada de la conceptualización del niño como un hombre pequeño, o sea una etapa de la vida no diferenciada, donde prevalecía el uso, aceptado por todos, del castigo corporal, la convivencia de todos en los hechos más diversos de la vida cotidiana y la indiferenciación de espacios donde se desarrollaba la vida en común. Dicha sensibilidad comenzó a cambiar hacia fines del siglo XIX, con la confluencia de factores que resultaron clave: la reforma varelana en la educación, la creación de las primeras instituciones dirigidas a la protección de los niños, así como nuevas modalidades de atención familiar a la infancia.

Recién a partir de la construcción de esa sensibilidad “civilizada” el niño será visualizado como una entidad diferente, le comenzarán a ser prohibidas partes de la vida cotidiana, y reservadas sólo para él otras, se crearán dispositivos arquitectónicos que separarán al niño de los adultos, así como comenzarán a prevalecer formas de tratamiento diferenciadas a la interna de la familia.

En ese sentido Barrán (1995: 55) hace referencia a la importancia del saber médico en la construcción de la infancia, un saber médico “de una ambivalencia notable, de un cientificismo tan moralizador, tan cargado de objetivos sociales y éticos, que el estudioso ve allí con diafanidad el nuevo papel que el médico se arrogó en la modelación del hombre disciplinado”.

Esas formas que adquirió el saber médico en una sociedad tempranamente secularizada como la uruguaya permitieron que en muchos sentidos la medicina ocupara espacios que anteriormente eran privativos de la religión.

Como plantea Barrán (1995: 57) los médicos del Novecientos no promovían el castigo físico del niño, tan frecuente y aceptado socialmente en épocas anteriores, recomendando sí el fomento de la obediencia a los adultos, “el deseo ‘brutal’ del niño sería doblegado por medio del cariño –y la amenaza de retirarlo- y de la seguridad que la autoridad bien fundada debía ostentar”.

Un caso particular fue el referido a los consejos médicos sobre la lactancia materna, donde se la recomendaba frente a otras prácticas anteriores en que los niños eran amamantados por nodrizas, pero se enfatizaba la inflexibilidad en los horarios del amamantamiento y, fundamentalmente, mediante modalidades estrictas, el momento del destete.

Entre otros autores es Boltanski (1974: 7) quien destaca el papel de lo que comienza a denominarse puericultura, a partir de 1890, como un “saber autónomo que se organiza en torno a algunos principios fundamentales para formar un cuerpo coherente de conocimientos teóricos y de reglas prácticas” respecto de la crianza de los niños en el seno de la familia. Destaca cómo la formación de ese cuerpo de conocimientos, relacionados intrínsecamente con el saber médico, que se presentan como reglas en forma de prohibiciones, pueden ser reinterpretados y modificados en función de los saberes y de los valores de las familias pertenecientes a diferentes clases sociales.

Los textos de puericultura que se multiplicaron a lo largo de las primeras décadas del siglo XX contenían enseñanzas acerca de la crianza de los niños que apuntaban a la madre como principal destinataria. Los consejos se fundamentaban en una enseñanza basada en la “razón”, en contraposición a la costumbre o la rutina, predominantes en las prácticas anteriores y “no civilizadas”. Se destacan aquellos que conllevan mensajes alusivos a la importancia del orden en el hogar, de la correcta utilización del tiempo, todas las acciones de cuidado debían estar debidamente planificadas y ordenadas. Las reglas de puericultura tendrían fundamentalmente un efecto en la regulación de la vida privada, en particular de las familias pobres, a las que se consideraba más propensas a su desconocimiento, siendo ello considerado un factor que ocasionaba la permanencia en esas situaciones de pobreza.

Plantea Boltanski (1974: 40) que a partir de 1900:

“no se deja que sea la madre la que opte entre métodos diversos, ya que no se toma la naturaleza como guía. ‘Contrariar la naturaleza’ es en cierta forma el objetivo que se propone la nueva puericultura. (...) Hay que sustituir las vagas indicaciones de la naturaleza por las órdenes racionales del médico. (...) Nadie, salvo el médico, puede instruir a la madre en sus deberes (...)”.

Es en ese sentido que también Donzelot (1986: 23) plantea que “esa alianza entre el médico y la familia repercutirá en la vida familiar e inducirá su reorganización en por lo menos tres direcciones: el cerramiento de la familia contra las influencias negativas (...), la constitución de una alianza privilegiada con la madre (...) y la utilización de la familia por el médico contra las antiguas estructuras de enseñanza, la disciplina religiosa y el hábito del internado”.³

El diagrama institucional que se fue conformando en las primeras tres décadas del siglo XX⁴ otorga indicios del grado en que la medicina dominaba espacios cada vez más amplios de la vida social, cumpliendo un papel preponderante en la definición de políticas y formas de intervención que dieran respuesta a los problemas planteados.

Durante el pasaje del siglo XIX al XX, se produce una extensión de aquellas concepciones que atribuyen al medio una fuerte influencia en el origen de las condiciones sanitarias de la población, siendo el higienismo la corriente que incorpora la valoración del conocimiento científico de la medicina, el culto a la salud y a la higiene como valores absolutos que atravesaron todos los ámbitos de la sociedad. Como observa Barrán (1995: 229) en Uruguay:

“(...) el higienismo invadió el parlamento, la escuela, la cárcel, la fábrica, el cuartel, la ciudad, la casa, el rancho, el tiempo del trabajo y el del descanso; el médico comenzó a intervenir de oficio –no a pedido del enfermo– en el examen antropométrico de los presos y la determinación científica de su alimentación; en el examen preventivo de los trabajadores; en el estudio de las disposiciones lumínicas y de cubaje de aire del espacio fabril, (...)”.

Dicho avance de las concepciones del higienismo tuvo su soporte institucional instalado en la sociedad uruguaya, a través de dispositivos que formaban parte de dos de

³ Traducción propia del portugués.

⁴ Período que Panizza (1990) denomina como batllismo temprano, y que aparece definido en los aspectos políticos, sociales y económicos por la impronta del pensamiento de José Batlle y Ordóñez quien ocupó la presidencia de la república en dos períodos durante esos treinta años.

los sistemas más fuertemente integradores: la educación y la salud,⁵ siendo los médicos higienistas agentes relevantes en ese diagrama de elementos de carácter disciplinador, en sentido foucaultiano.⁶

Educación y salud, por tanto, han sido las esferas institucionales de mayor injerencia en los estudios sobre la primera infancia y en la difusión de recomendaciones acerca de las pautas y comportamientos “deseables” en relación al desarrollo, cuidado y protección de este grupo de población. Los servicios de educación inicial en Uruguay se registran desde 1892, año en que se crea el primer Jardín de Infantes público. El temprano surgimiento de servicios de esta naturaleza no significó la expansión de los mismos manteniendo una expresión mínima hasta bien entrado el siglo XX. Midaglia (et al. 2009) recorren históricamente la matriz de protección social dirigida a la infancia y adolescencia, y señalan que las prestaciones orientadas a la primera infancia ganan terreno desde 1970 y fundamentalmente a partir de 2002.

“Hasta los años 70, la atención a la primera infancia le correspondió a la familia. En ese período, los servicios dirigidos a este grupo de población se inscribían fundamentalmente en el sector salud. Esta pauta de atención se revierte claramente a partir de los 80, debido a los importantes cambios sufridos por las familias tras las modificaciones en el mercado de empleo y a raíz del propio proceso de modernización social. Considerando estas nuevas problemáticas, el tratamiento a la primera infancia ha ocupado un lugar relevante, sobre todo en el nuevo siglo.”

Fue el de la mortalidad infantil⁷ uno de los indicadores en el que se centró la atención, tanto desde el ámbito político como desde el académico, a lo largo de todo el siglo XX. Pellegrino *et al* (2008: 20) indican que

“habitualmente es uno de los indicadores utilizado para evaluar el estado sanitario de una población, debido a la vulnerabilidad de los niños a esa edad respecto a condiciones medioambientales y socio económicas adversas”.

⁵ Filgueira (1994) indica que el diseño de las políticas sociales en las primeras tres décadas del siglo XX se estructuró sobre cuatro pilares: las leyes y resoluciones concernientes al mercado laboral, la política de retiro de la fuerza de trabajo, la instrucción pública y el sistema de salud.

⁶ En ese sentido es interesante el análisis que realiza Foucault (2006) comparando las diferentes formas de construcción de relaciones de poder y de saber que se establecen a partir de los que denomina “modelo de la lepra”, “modelo de la peste” y “modelo de la viruela”.

⁷ La tasa de mortalidad infantil es la razón, en un determinado año, entre el número de muertes de niños menores de un año y el número de nacidos vivos en dicho período de tiempo. Se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad (numerador) en el período dado de un año, dividido el número total de nacidos vivos (denominador), durante el mismo período de tiempo, multiplicado por mil.

Señalan las autoras, a su vez, que hacia 1900 la tasa de mortalidad infantil era de alrededor de 100 por mil, la más baja de la época, pero, en lugar de tener un retroceso continuado como ocurrió en la gran mayoría de los países, muestra dos largos períodos de estancamiento: en torno a 100 por mil en las cuatro primeras décadas del siglo XX y en valores aproximados a 50 por mil desde fines de la década de 1940 a fines de 1970.⁸

Birn, Pollero y Cabella (2003: 3) estudian el punto de vista de cuatro salubristas⁹ que tuvieron un papel destacado en el Uruguay de las primeras décadas del siglo XX, respecto del análisis del estancamiento de la mortalidad infantil. Indican que Uruguay contaba con sistemas completos de estadísticas vitales al iniciarse el siglo XX y observan como un avance el hecho de contar con un Registro Civil organizado desde 1879: “la preocupación por el reducido tamaño de la (población), agravado por el temprano descenso de la natalidad, estimuló la obsesión por enumerar escrupulosamente los nacimientos y las muertes”.

Las autoras destacan que durante las primeras décadas del siglo la medicina prácticamente no contaba con herramientas para combatir las enfermedades infecciosas y que el descubrimiento de las sulfamidias hacia fines de la década de 1930 y de los antibióticos en la década de 1940, se transformaron en armas adecuadas para la lucha contra las dolencias infecciosas.

Vale la pena observar los factores a los cuales los cuatro salubristas atribuyen el estancamiento en la mortalidad infantil:

“a diferencia de otros de América Latina, los expertos en salud pública de Uruguay nunca culparon exclusivamente a la ignorancia materna por los rezagos de su evolución, sino que la incluyeron en una larga lista de factores que abarcaba las deficiencias de la vivienda, las razones climáticas, la mala calidad de la leche, la falta de higiene colectiva, la miseria en general y la falta de coordinación institucional” (Birn *et al.*, 2003: 17).

Dos de los problemas que más preocupaban a los cuatro médicos salubristas eran el abandono de los hijos y la ilegitimidad, asociando ambos fenómenos al incremento de la mortalidad infantil.¹⁰

⁸ En 1938 el nivel de la mortalidad infantil era exactamente el mismo que el primer año del siglo, aproximadamente 93 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. (Birn, Pollero, Cabella: 2003).

⁹ En el trabajo citado se estudia el pensamiento de Joaquín de Salterain, Julio Bauzá, Luis Morquio y Augusto Turenne.

¹⁰ “En 1924 más del 10 por ciento de los recién nacidos eran depositados en el torno y cerca del 40 por ciento de los niños que llegaban a las casas de expósitos moría antes de cumplir su primer aniversario” (citado de Morquio, 1927, en Birn, Pollero, Cabella, 2003: 20).

En términos generales es posible afirmar, entonces, que hubo elementos contextuales que favorecieron la construcción de un universo de factores cuantificados y cuantificables en torno al problema de la mortalidad infantil. Las autoras (Birn, Pollero, Cabella 2003: 22) destacan “la temprana introducción del Registro Civil, y la adopción de la tradición francesa de recopilación estadística”, como elementos que facilitaron el manejo de la información:

“No debe olvidarse que fue la elite médica quien creyó y difundió la preocupación por el menoscabo poblacional que provocaba la mortalidad infantil en un país que comenzaba a reconocer –y a temer– la escasez del aumento de su población”.

Este tipo de práctica, que se relaciona con la valoración y el manejo de los datos poblacionales, permitió ampliar la mirada médica sobre otros problemas que anteriormente permanecían ajenos a su influencia.

Esas preocupaciones constituyeron el sustrato que justificaría el acondicionamiento de un espacio social destinado a la consolidación de profesiones que tuvieran que, de algún modo, darles algún tipo de respuesta. Varias son las profesiones u ocupaciones (visitadoras escolares, enfermeras visitadoras, visitadoras sociales, visitadoras sanitarias) que tienen sus orígenes en ese período histórico, en una situación de subordinación en el campo médico sanitario, fuertemente marcadas por su condición de depositarias de ese mandato social: ser quienes acercaban a la familia, en el seno del hogar, los consejos de la medicina (Ortega, 2008).

A partir de 1934 se produce en Uruguay un fuerte impulso institucionalizador que se traduce en la creación del Ministerio de Salud Pública, del Consejo del Niño, así como la sanción del Código del Niño y del Código Penal en un período donde se desarrollaba la primera dictadura militar del siglo.

La bibliografía consultada destaca la presencia de la corporación médica en la elaboración del Código del Niño, que se sustenta, fundamentalmente, en la legitimación de “una intervención estatal discrecional sobre esta suerte de producto residual de la categoría infancia, constituida por el mundo de los ‘menores’” (Leopold, 2002: 60) constituyendo un punto esencial la indistinción entre “menores” abandonados y delincuentes. Esa denominada “doctrina de la situación irregular” según Morás (1992) constituye el fundamento del sistema construido en la década de 1930 y que mantiene parte de su influencia hasta entrado el siglo XXI.

La instalación del modelo preventivista, hacia mediados de siglo XX, se produce asociado a una inflexión en los modos de intervención en lo social, particularmente en el ámbito de la salud: se trata de una transformación de los presupuestos, de los objetivos y de los instrumentos de abordaje de los problemas simultáneamente sociales y sanitarios. El denominado preventivismo pasa a apoyarse en modelos etiológicos endógenos (Laplantine, 1991), transportando un cambio fundamental en la consideración del papel del individuo y de la familia en las formas de gestión de lo social. Dicha inflexión estuvo asociada, en el caso uruguayo, a “cambios en la institucionalidad, con el surgimiento de nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, la formación de nuevos agentes sanitarios, la influencia de organismos internacionales en los modelos de gestión en el campo de la salud” y en el papel de las diferentes categorías profesionales (Ortega 2008: 126).

En el contexto de esos cambios, los programas denominados “materno infantiles” ocupaban la mayor atención y la mayor parte de las intervenciones iban dirigidas, como en el modelo anterior, a reforzar la llegada de la indicación médica al hogar. Quizá lo que se pueda destacar como un cambio fundamental es que las propuestas y contenidos presentes en las intervenciones preventivistas en el ámbito de la salud constituyen una de las manifestaciones incipientes que los procesos de individualización social adoptan en la vida contemporánea (Ortega, Vecinday, 2009).

Las formas de intervención de las profesiones del campo médico sanitario cada vez estarán más dirigidas a los resortes individuales y familiares que se consideraban parte esencial de la etiología de aquellos comportamientos que eran catalogados como “patológicos” y que tenían efectos adversos en los procesos de crianza de los niños. Las modalidades de explicación de los problemas sociales como manifestaciones de problemas ocasionados en decisiones individuales comienza a ejercer un fuerte influjo en la transformación de los dispositivos de intervención en lo social.

Las estrategias preventivistas de abordaje de los problemas sanitarios, instalada hacia mediados del siglo XX, han tenido un desarrollo que incluso ha trascendido el campo de la salud, en las últimas décadas, lo cual ha conducido a algunos investigadores a destacar, por ejemplo los aspectos “persecutorios” de las estrategias de promoción de la salud típicas del preventivismo (Castiel y Alvarez, 2007: 462):

“la prevención se ha vuelto un elemento obsesivo en el campo de la salud y parece más bien ser una de las manifestaciones que acompaña el ambiente de alta desconfianza, incertidumbre e inseguridad que afecta el mundo moderno”.

Es así como se introduce con fuerza renovada la cuestión de la responsabilidad del individuo en la prevención de las enfermedades, y se atribuye a la noción de “estilo de vida” un estatus relevante a la hora de justificar la responsabilidad individual en el cuidado de la salud. De esta forma, lo que se ha denominado “salud persecutoria” se presenta como un efecto secundario de la promoción de la salud,

“como si el camino responsable para una buena salud dependiera esencialmente de acciones responsables individuales, sin cambios en el importante nivel de responsabilidad de empresas, de instituciones y en las relaciones políticas y económicas entre países” (Castiel, Alvarez, 2007: 464).

Por otra parte, en respuesta a este tipo de atribuciones se instituye

“una estrategia de arquitectura social e ideológica apoyada en la premisa de la accesibilidad absoluta de la cognición y la primacía incondicional de la razón. Se reduce todo el complejo proceso, que tiene como objetivos cambios sustantivos, a meras alteraciones adjetivas comportamentales, (...) dependiente de refuerzos normativos basados en estrategias de concientización a partir de enfoques comunicacionales”¹¹ (Castiel, 2010: 63).

La alianza entre las disciplinas médicas y sociales se fundó sobre una división del trabajo en la que los agentes médicos recomendaban medidas de higiene para la prevención de las enfermedades y los agentes del campo social se encargaban de la difusión de prácticas “saludables” dirigidas a las familias y fundamentalmente a las madres. Esta división del trabajo profesional acompaña el desarrollo de los dispositivos de protección social dirigidos a la infancia desarrollados hasta nuestros días.

A su vez, el entramado institucional destinado al cuidado de la infancia se ha complejizado junto con las transformaciones en la familia y el creciente ingreso de la mujer al mercado de trabajo. De esta forma, los dispositivos de protección y cuidado han tomado un mayor protagonismo en la medida en que la familia y, en particular, las madres comienzan a ejercer funciones en el campo productivo. Paradójicamente, asistimos hoy a ciertas modificaciones de estos soportes protectores construidos en el

¹¹ Traducción propia.

apogeo del Estado de Bienestar y que significaron la asunción creciente de funciones que fueron expropiadas a las familias frente a lo cual se apela nuevamente al papel central que éstas deben desempeñar en el cuidado de sus miembros. Esto no significa que la familia y su incapacidad relativa para proteger a sus integrantes haya perdido centralidad a la hora de justificar la intervención sociopolítica sobre la misma. Sí se aprecian transformaciones así como también ciertas continuidades en las modalidades de respuestas construidas institucionalmente para hacer frente a las demandas y requerimientos de cuidados y protección.

La integración al mercado de trabajo, la acción reguladora del Estado, y las redes de parentesco y la comunidad empiezan a sufrir transformaciones a lo largo del período que afectarán su función protectora. Este proceso ha sido bien señalado por Lasch (1984) quien acuñó la expresión “socialización de la reproducción” que proletarizó la paternidad, de forma análoga a la “socialización de la producción” a partir de la cual el campesino y el artesano se convirtieron en asalariados. De este modo, las familias experimentaron un fuerte sentimiento de incapacidad para hacer frente a sus problemas y desafíos vitales sin contar con la orientación del conocimiento experto representado en la figura de los profesionales.

La familia es tratada como un objeto a modelar mediante estrategias que ya no significan una expropiación de funciones familiares por parte de las instituciones sociales –modalidad más bien característica del Estado de Bienestar y bien señalada por Lasch (1984) -, sino que proponen la “intrusión de sistemas abstractos” en el hogar para capacitar a la familia en el desarrollo de sus funciones. Se advierte como tendencia el tránsito desde modalidades de intervención básicamente sustitutivas de la familia hacia modalidades básicamente prescriptivas sobre la familia (Vecinday, 2003: 71). En ese sentido, es posible afirmar que el espacio ocupacional de las profesiones asistenciales se ha expandido y la emergencia de nuevos agentes profesionales en el campo de la atención a la primera infancia es expresión de esta ampliación.

El desarrollo psicomotor infantil gana centralidad dentro del conjunto de preocupaciones vinculadas a las intervenciones en la primera infancia ocupando el lugar que otrora situaba a la mortalidad infantil como principal núcleo vertebrador del desarrollo de prácticas de cuidado. La adopción de nuevas medidas y estrategias de protección dirigidas a este sector poblacional se funda en la constatación de que en la primera infancia “los riesgos observados en la salud, que se reflejan fundamentalmente

en problemas en el crecimiento y desarrollo, se traducen en bajos logros académicos en la edad escolar y en mayores probabilidades de deserción y rezago”¹². La permanente referencia a los déficits esperables a partir de “riesgos observados en la salud” –es decir, en el crecimiento y el desarrollo– abona la emergencia de un campo permeable a la incorporación de agentes profesionales portadores de saberes específicos donde salud y educación aparecen fuertemente interrelacionadas aunque con un peso asimétrico. De este modo, se observa una creciente medicalización de los aspectos vinculados al desarrollo en la primera infancia, que en una etapa vital posterior se observará en las intervenciones sobre el aprendizaje o más exactamente sobre las “dificultades” de aprendizaje. La profesión médica y las tecnicaturas médicas ganan peso frente a las propias instituciones educativas ya sea en la prevención, identificación temprana o en el tratamiento de alteraciones en el desarrollo en la primera infancia. Y también ganan peso frente a las familias que son demandadas desde ambas esferas institucionales para participar activamente en la promoción de prácticas de crianza que condensan cada vez menos sentido común y afectividad espontánea y cada vez más conocimiento experto, intencionalidad conciente y racionalización.

Los procesos de medicalización del desarrollo infantil permiten comprender la casi mecánica adopción formalizada del enfoque de riesgo para el análisis de los problemas vinculados a la primera infancia. El enfoque de riesgo nace en el marco de estudios epidemiológicos, pretendiendo describir situaciones de ciertos grupos poblacionales, al tiempo que discriminar atributos conductuales y/o contextuales que, a nivel individual, permiten explicar la emergencia de la enfermedad. En la medida en que la epidemiología procura conocer para administrar e investigar para anticipar, su preocupación incluye un polo poblacional y otro individual. Es razonable esperar que tanto el funcionamiento bipolar como el campo semántico que estructuran el enfoque de riesgo, no resulten ajenos para la profesión médica y las tecnicaturas de la salud:

“Cuando el riesgo se particulariza en la idea de estilo de vida, las estrategias de intervención sociopolítica se centran en las formas en que los individuos organizan su mundo social cotidiano. Las decisiones individuales son portadoras de escenarios de riesgo o seguridad y las estrategias basadas en el enfoque de riesgo promueven la adopción de ciertos comportamientos y el repliegue de otros considerados ‘indeseables’” (Mitjavila y Vecinday, 2011: 82)

¹² Modelo de atención a niños menores de 4 años y sus familias. Informe de difusión pública de resultados del año 2005 - MIDES – PIAFRS

Así mismo, los procesos de medicalización del desarrollo infantil aparecen reforzados por los avances en el conocimiento científico. Tanto las neurociencias, desde el propio campo médico, como las ciencias sociales, desde cierta externalidad, han contribuido a fortalecer este embate medicalizador. Las primeras han centrado parte de sus preocupaciones en el origen biológico de ciertas características y comportamientos:

“La comprensión del impacto de los problemas del desarrollo psicomotor y emocional de los niños en la pobreza y consecuentemente el papel de las alteraciones en este desarrollo, como mecanismo que contribuye a la reproducción de la pobreza y la exclusión, se ha visto enriquecida por los recientes aportes de la biología y las neurociencias.” (GIEP, 2007: 91)

De este modo, fenómenos como la criminalidad, la exclusión o toda otra forma de “desvío comportamental” pueden ser rastreados en sus orígenes a partir de una comprensión más acabada del funcionamiento neurológico estrictamente o biológico en su expresión más amplia.

“Puede resultar arriesgado afirmar que los procesos que condicionan la exclusión se instalan tan tempranamente y que podría hablarse de ‘una biología de la exclusión’. Pero si recordamos las características de la fragmentación social así como las condiciones que deberían desarrollarse a efectos de una inserción creativa en el mundo actual, comienza a ser más claro el precoz inicio de una historia de exclusión.” (GIEP, 2007: 92)

“La salud emocional, las habilidades sociales y las capacidades cognitivas lingüísticas que aparecen en los primeros años son importantes pre-requisitos para el éxito escolar. Nuevamente aparece confirmado, desde la biología, cómo estas carencias tempranas condicionan el fracaso escolar y la posterior inserción social.” (GIEP, 2007: 93)

Por su parte, las ciencias sociales también hacen su aporte a la creciente medicalización de los aspectos vinculados al desarrollo infantil. Contribuyeron en tal dirección, tanto los estudios de Terra y cols. – en los que básicamente se correlacionan problemas de pobreza, desnutrición y desarrollo psicomotor- como los más recientes productos del Grupo Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP), centrados en la identificación de factores de riesgo y protección en el desarrollo psicomotor en la infancia temprana.

Las cada vez más sofisticadas formas de medición de ciertos comportamientos, presentes en la primera infancia, su categorización de acuerdo a criterios de clasificación cada vez más medicalizados, conducen, al parecer, a una creciente fragmentación y tecnificación en las formas de abordaje implementadas por las profesiones del campo socio sanitario que, en última instancia, siguen siendo

depositarias de fuertes mandatos socioinstitucionales de una sociedad hipermedicalizada.

Reflexiones finales

La tarea de comprender las viejas y nuevas formas de gestión social sobre un grupo poblacional en particular exige el rastreo y la identificación de las condiciones socio-históricas y las racionalidades que posibilitaron unas y otras dotando de cierta materialidad a cada dispositivo de intervención. En ese sentido, parece observarse la relativa persistencia de algunas bases institucionales que dan soporte a las intervenciones sobre la primera infancia y que conducen a la jerarquización del papel de la familia, la promoción del desarrollo de determinadas prácticas de crianza (siempre contrapuestas a otras desplegadas “normalmente”), la determinación de prescripciones sobre el ejercicio de la función materna.

Quizá el tránsito del higienismo al preventivismo constituye una de las mayores rupturas observadas en la ingeniería social de los dispositivos de intervención que, desde el campo médico sanitario, tuvo una extensión a otras áreas que anteriormente eran ajenas a su influencia. Dicho tránsito tuvo su sustento en la transformación de los modelos etiológicos que intentaban explicar el origen de las enfermedades: se trata de una transformación de los presupuestos, de los objetivos y de los instrumentos de abordaje de los problemas simultáneamente sociales y sanitarios, jerarquizando al individuo frente al medio. Tal jerarquización, a su vez, contribuye fuertemente a la expansión de los procesos de medicalización de la sociedad, que, por su propia naturaleza tienden a individualizar lo social, en un sentido amplio, y a clasificar el mundo social en términos de salud y enfermedad, de normal y patológico. Es sobre estas operaciones básicas de clasificación que se montan los discursos y estrategias de intervención que promueven, en nombre del autocuidado o del cuidado de los “dependientes”, la transformación de pautas, creencias, comportamientos, valores, etc. Interpretar los acontecimientos y procesos del mundo social en tanto problemas de salud y enfermedad, y desde ese lugar, intervenir sobre los comportamientos humanos equivale a desconocer que,

“La imagen de la infancia propia de cada época y de cada clase social depende, pues, de las condiciones objetivas de existencia de los niños, pero también de las reglas por medio de las cuales los adultos pretenden criarlos. Debido a que la infancia es menos una ‘naturaleza’ que una definición social; toda puericultura, toda pedagogía, incluso cuando pretenden romper con los ‘prejuicios’ anteriores sobre la infancia y adaptarse a la particularidad infantil, suscitan, al enunciar un cuerpo de reglas sistemáticas que la mayor parte de las veces depende de modo inmediato de las condiciones objetivas de existencia del niño, y sobre todo de sus esperanzas de vida, una definición nueva de lo que es y de lo que debe ser la infancia”. Boltanski (1974: 142)

Referencias bibliográficas

Barrán, José Pedro (1992) *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento*. Tomo 2. Montevideo: EBO

_____ (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Tomo 3. Montevideo: EBO.

Birn, AE y Pollero, Raquel y Cabella, Wanda (2003) *No se debe llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900 – 1940*. EIAL. Estudios Interdisciplinarios de América latina y el Caribe. Volumen 14. N° 1. Enero julio.

Boltanski, Luc (1974) *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Ed. Laia

Castiel, Luis David; Alvarez-Dardet, C. (2007) La salud persecutoria. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, jun. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2010. Epub 15-Maio-2007. doi: 10.1590/S0034-89102006005000029.

Castiel, Luis David (2010) Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada. En Caponi, Sandra, et all (org) *Medicalização da vida, ética, saúde pública e indústria farmaceutica*. Brasil: Ed. Unisul.

Donzelot, Jacques. (1986) *A policia das familias*. 2° edición. Rio de Janeiro: Ed Graal

Filgueira, C y Filgueira F. (1994) *El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay*. Montevideo: Ed. Kellogg Institute

Foucault, Michel (2006) *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France: 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica

Grupo de Interdisciplinario de Estudios Psicosociales (GIEP). (2007). Desarrollo infantil e integración en la sociedad uruguaya actual. En DE MARTINO y MORAS (comp.) *Sobre cercanías y distancias. Problemáticas vinculadas a la fragmentación social en el Uruguay actual*. Montevideo: Ediciones Cruz del Sur.

Lasch, Christopher (1984) *Refugio en un mundo despiadado. Reflexión sobre la familia contemporánea*. Madrid: Ed. Gedisa.

Leopold, Sandra. (2002) *Tratos y destratos, políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. Tesis de maestría. Montevideo.

Midaglia, C. y Antía, F.y Castillo, M. (2009) *Repertorio de Programas Sociales. La protección social a la infancia y la adolescencia*. Instituto de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales. En convenio con el programa INFAMILIA del Ministerio de Desarrollo Social.

Mitjavila, Myriam; Vecinday, Laura. (2011) *El enfoque de riesgo como dispositivo individualizador en el campo social*. En: Lorente, B. (org). *Transformaciones del Estado Social. Perspectivas sobre la intervención social en Iberoamérica*, pp 79 -104. Madrid – Buenos Aires: Miño y Dávila Editores,

Morás, Luis Eduardo (1992) *Los hijos del Estado. Fundación y crisis del modelo de protección-control de menores en Uruguay*. Montevideo: SERPAJ Uruguay- FCS.

Ortega, Elizabeth (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo: Trilce.

_____ (2011) *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del servicio social en el Uruguay (1955-1973)*. Montevideo: Ed UdelaR – CSIC Biblioteca Plural

Ortega, Elizabeth y Vecinday, Laura (2009) “De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social” en *Revista Fronteras*, nº 5. Segunda época, mayo de 2009. pp 11-20.

Panizza, F. (1990) *Uruguay: Batllismo y después. Pacheco, militares y tupamaros en la crisis del Uruguay batllista*. Montevideo: EBO

Pellegrino, A, Cabella, W, Paredes, M, Pollero, R, Varela, C. (2008) “De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX”. En Departamento de Sociología, *El Uruguay del siglo XX. La sociedad*. Colección dirigida por Benjamín Nahum. Montevideo: EBO.

Vecinday, Laura. (2003) El proceso de globalización y su impacto en los patrones de regulación sociopolítica. *Revista Serviço Social e Sociedade*, No. 76. São Paulo: Editora Cortez

Vecinday, Laura *Transformaciones institucionales y tecnológicas del esquema de protección social en el Uruguay. El caso del Plan de Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Plan CAIF) 2003 – 2009* Tesis de Doctorado, Flacso – Argentina, 2011.

Fuentes Documentales

Modelo de atención a niños menores de 4 años y sus familias. Informe de difusión pública de resultados del año 2005 - MIDES – PIAFRS

Organiza:
Comisión de Investigación Científica



Apoya:

