



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



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

Trabajo Social y el campo de la Salud en el marco del Plan CAIF

Camila Zurano

Tutora: Mag. Beatriz Liberman

2023

Agradecimientos

A mis padres Patricia y Gustavo, por el continuo apoyo e impulso para que llegue este día.

A mi tutora, Beatriz Liberman, por acompañarme en este proceso de aprendizaje y sus aportes.

A mis amigas y amigos, por su afecto y compañía.

A todas las profesionales entrevistadas, que dispusieron su tiempo y experiencias.

Índice

1- Introducción	4
2- Construcción del objeto de estudio	6
Objeto de estudio	6
Objetivo general	6
Objetivos específicos	6
3- Justificación	7
4- Estrategia metodológica	8
5- Implementación	9
6- Antecedentes de investigación	11
7- Contextos institucionales	12
La Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA)	12
Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (CCEPI)	14
Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF)	15
Sistema de Salud	19
8- Marco Teórico	22
Construcción de la infancia	22
Surgimiento del Trabajo Social como profesión	24
Abordaje desde el campo de la salud	28
Trabajo social y el campo de la salud desde un abordaje teórico	30
9- Análisis	34
Rol del Trabajo Social	34
Quehacer profesional	37
Técnicas e Instrumentos	42
Trabajo Social y su relación con el campo de la Salud	47
10- Reflexiones finales	60
11- Bibliografía	63
12- Anexo 1- Pautas de entrevista	69
13- Anexo 2- Transcripción de entrevistas	71

1- Introducción

Este documento corresponde a la Tesis de la Licenciatura en Trabajo Social, perteneciente al plan 2009, de la Universidad de la República. (UDELAR).

El contenido de esta monografía realiza un abordaje sobre el rol del Trabajo Social en los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), y el vínculo que tuvo con el campo de la salud durante el período 2015-2020. Para alcanzar este propósito, se realizó un análisis a partir de fuentes documentales vinculadas al período de estudio, correspondientes a las autoridades de Plan CAIF, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y entrevistas semi-estructuradas a profesionales que integran el equipo de trabajo en los CAIF y el campo de la salud.

El desarrollo de este estudio tiene como propósito contribuir a la comprensión del rol que adquiere el Trabajo Social en los CAIF y su intervención con el campo de salud, permitiendo reunir y colocar en cuestión diversas tensiones existentes entre lo institucionalmente establecido y las prácticas efectivamente realizadas.

El Plan CAIF constituye una política pública que desde sus inicios atraviesa diversos contextos históricos e institucionales, sin embargo, se mantiene como la política de atención a la Primera Infancia primordial a nivel nacional. Por otra parte, la perspectiva de salud en Uruguay y a nivel mundial se ha centrado a lo largo del tiempo en el desarrollo de políticas de prevención y cuidado.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1948, p.1).

Es así que, en lo que refiere a la Primera Infancia, se efectúan intervenciones en materia de salud desde una perspectiva de derecho y desarrollo integral. En este sentido, tomando como referencia al Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia (CCE) en el documento de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030 se establece que:

Garantizar la equidad al inicio de la vida y durante la primera infancia constituye, sin duda, un lineamiento de alta prioridad. Implica no sólo a los niños y niñas que viven en contextos de pobreza, sino también la universalización del acceso a servicios de cuidado de calidad desde la concepción. (CCE, 2008, p. 35).

Por ende, contribuir a la comprensión del rol que adquiere el Trabajo Social vinculado al campo de la salud en el marco del Plan CAIF, es de suma significación en lo que refiere al desarrollo integral de la Primera Infancia, entendiendo que el profesional construye vínculos directos con las familias e interactúa con diversas instituciones de la zona en la que se ubica el centro.

2- Construcción del objeto de estudio y marco metodológico

Objeto de estudio

El rol del Trabajo Social y su relación con en el campo de la salud en el marco del Plan CAIF durante el período 2015-2020.

Objetivo general

Contribuir a la comprensión del Trabajo Social y su relación con en el campo de la salud vinculado a la Primera Infancia en el marco del Plan CAIF, durante el período 2015-2020.

Objetivos específicos

- Identificar las prácticas relacionadas al campo de la salud que realiza el Trabajo Social en relación a la Primera Infancia en el marco del Plan CAIF.
- Indagar sobre el rol esperado del Trabajo Social en el Plan CAIF y su accionar con el campo de la salud.
- Analizar las tensiones entre lo establecido institucionalmente y las prácticas realizadas por el Trabajo Social en el Plan CAIF vinculado al campo de la salud.

3- Justificación

A nivel personal, desde la experiencia de las prácticas pre- profesionales realizadas en el CAIF Vida y Educación, ubicado en la zona de Barros Blancos, me motiva profundizar en relación a la profesión en el marco del Plan CAIF y el vínculo con el campo de la salud en relación al desarrollo integral de la Primera Infancia. Permitiéndome reflexionar sobre mi futuro rol y seguir trabajando sobre ello.

A su vez, considero que como establece la ENIA (2008), la equidad y el acceso universal a servicios de cuidado desde el inicio de la vida y en el desarrollo de la Primera Infancia, será determinante para la vida de los sujetos y el futuro del país. Por ende, me incentiva poder aportar a partir de esta tesis, cuestiones que hacen del Trabajo Social una profesión crucial en esta primera etapa de vida.

Los Centros de Atención a la Infancia y la Familia corresponden a una política pública de carácter interinstitucional, orientada a la atención integral vinculada al cuidado, protección y educación en la Primera Infancia. El Plan CAIF depende institucionalmente del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), el cual se ve encauzado a la promoción del desarrollo integral de los niños, niñas y sus familias, desde el embarazo hasta el momento de ser escolarizados/as. (INAU, 2017).

En otro orden, es pertinente remarcar que desde los inicios de la profesión el Trabajo Social interviene en el campo de la salud, trabajando en conjunto con otros profesionales. En este caso, se abarca la intervención efectuada en niños y niñas que asisten a Centros de Atención a la Infancia y la Familia dentro de Montevideo.

En el documento de Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (2014) presentado por el Consejo Nacional de Políticas Sociales, se describen diversos objetivos en relación al campo de la salud, algunos de ellos son: la reducción de la mortalidad infantil, el aumento de controles de salud, disminución de las deficiencias nutricionales y la incorporación de nuevos hábitos alimenticios.

Por otra parte, la construcción de la infancia en términos de modernidad involucra un conjunto de procesos y transformaciones económicas, sociales, subjetivas y culturales

que participan sobre la mirada existente hacia la infancia, siendo relevante poder profundizar sobre las diferentes perspectivas a través de las cuales se posicionan las distintas instituciones y profesiones que intervienen en el marco del Plan CAIF.

4- Estrategia metodológica

Teniendo presente el objeto de estudio y los objetivos planteados, se llevará a cabo el diseño de una estrategia metodológica de corte cualitativo.

Como establece Graham Gibbs (2007)

La investigación cualitativa engloba multiplicidad de enfoques, pero todos comparten la intención de “desgranar cómo las personas construyen el mundo a su alrededor, lo que hacen o lo que les sucede en términos que sean significativos y que ofrezcan una comprensión llena de riqueza (p.13).

Para recolectar los datos se utilizaron dos técnicas: lectura de fuentes documentales y entrevistas semi-estructuradas. Tomando como referencia a Rizo (2015), “Las fuentes documentales o de información son las entidades y centros especializados en proporcionar información” (p. 49).

A su vez, Lázaro (2021) establece que la entrevista semi-estructurada:

recolecta datos de los entrevistados a través de un conjunto de preguntas abiertas. (...) Se pueden incorporar nuevas preguntas en los términos que se estimen convenientes, se puede explicar el significado de las preguntas formuladas, pedir aclaraciones al entrevistado cuando no se entiende algún punto o incluso pedirle que profundice en algún aspecto introduciendo nuevas preguntas (p. 12).

Es importante mencionar que analizar datos cualitativos en una investigación según Spradley (1980) implica: “el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (p. 70).

5- Implementación

Se definió trabajar sobre el rol del Trabajo Social en el marco del Plan CAIF y el vínculo que tiene su accionar con en el campo de la salud, en función de la mirada de diferentes profesionales que integran el Plan.

Para ello, se utilizaron fuentes documentales con el fin de contextualizar el marco teórico en relación a aquello que se mandata institucionalmente, para su posterior análisis en conjunto con las entrevistas realizadas.

Las fuentes definidas fueron documentos institucionales elaborados por el Plan CAIF para poder describir, identificar y analizar el rol del Trabajo Social en el marco del Plan CAIF y el vínculo con el campo de la salud, correspondiente a la intervención que efectúa con niños y niñas de 0 a 3 años. Además, se indagó sobre los distintos profesionales que componen los equipos de los centros, para que pudieran aportar su mirada referente al rol del Trabajo Social y su accionar cotidiano. Otras fuentes que se tomaron en cuenta corresponden a documentación escrita por ASSE, SNIS y la articulación con el Plan CAIF en el período de tiempo elegido para esta monografía.

Por otra parte, de acuerdo a la información obtenida para el abordaje de la tesis se realizaron siete entrevistas semi-estructuradas.

Para las entrevistas se seleccionaron diferentes profesionales que integran el Plan CAIF y el campo de la salud, para de esta forma incluir diferentes perspectivas acerca del rol del Trabajo Social en el campo de la salud.

Se entrevistaron dos Trabajadores/as Sociales de Plan CAIF con experiencia en Policlínicas de salud, una Supervisora de INAU, dos Maestras Coordinadoras, una Médica de Familia y una Educadora.

Al comienzo se pretendía entrevistar centros ubicados en el Este, Oeste y Centro, sin embargo, durante el transcurso del trabajo de campo no fue posible el acceso a CAIF ubicados en el centro, para poder efectuar una mirada territorial más abarcativa.

En lo que refiere a la implementación de las mismas, es pertinente resaltar que el acceso a las entrevistas fue complejo y variable. Las Licenciadas en Trabajo Social se mostraron con mayor predisposición y apertura, incluso luego de ser entrevistadas brindaron contactos de colegas, permitiendo avanzar en el desarrollo del trabajo de campo de este estudio.

Para el acceso a entrevistar Maestras Coordinadoras y Educadores/as fue trabajoso en términos de agenda. Además, muchos/as de ellos/as plantearon que institucionalmente se está limitando el acceso a brindar información.

Durante la búsqueda de profesionales vinculados al campo de la salud para efectuar las entrevistas, se dificultó el acercamiento. El único contacto posible fue con una Médica de Familia con experiencia en policlínicas barriales, como representante de Medicina para esta monografía. Es importante destacar que, las Trabajadoras Sociales entrevistadas cuentan con experiencia en Plan CAIF para el período abordado y que en la actualidad se encuentran insertas en policlínicas barriales, pudiendo brindar su mirada desde los centros de salud.

Por otra parte, en relación a las entrevistas efectivamente realizadas se pudieron obtener diferentes discursos para ser analizados. Para el análisis, se establecieron cuatro componentes de trabajo, que permiten ordenar y profundizar sobre el objeto de estudio; los mismos son: *Rol del Trabajo Social*, *Quehacer profesional*, *Técnicas e instrumentos y Trabajo Social y su relación con en el campo de la Salud*.

6- Antecedentes de investigación

Es importante destacar que existen diversos estudios vinculados a la temática que hacen de antecedentes a la presente investigación. En esta oportunidad, se tomaron como referencia tres tesis de grado que se vinculan con los objetivos planteados al comienzo.

Como primer antecedente, Madeiro (2013) elaboró una tesis titulada “*Trabajo Social y salud - La importancia del abordaje interdisciplinario*”. En el documento se analiza el rol y la intervención efectuada por el Trabajo Social desde el surgimiento de la profesión, y el cambio favorable con la formación del SNIS. El mismo concluye que los equipos de salud implementan la interdisciplinariedad, haciendo énfasis en la importancia que supone integrar al Trabajo Social.

A su vez, Faccio (2015) realizó una tesis relacionada a este estudio, el documento fue titulado como: “*El rol del trabajador social en los Centros CAIF*”. En la tesis se profundiza en cuanto al rol, la institución y la interdisciplinariedad. Estableciendo que:

No se puede llegar a pensar aún en un Trabajador Social que no pertenezca a ninguna Institución. Que no responda a las autoridades y que no tenga que ejercer su profesión dentro de los límites que determinada Institución le marca (Faccio, 2015, p. 53).

Por otra parte, Da Silva (2018) elaboró una tesis titulada como “*Plan CAIF y SNIS: un estudio de caso sobre exigencias y respuestas para la Primera Infancia*”. Este estudio desarrolla material pertinente como antecedente, puesto que su enfoque adhiere diversos conceptos teóricos e institucionales. Entre ellos se destaca el Convenio entre Plan CAIF-ASSE.

En este sentido los centros CAIF no solo representan una vía de llegada directa a la población objetivo, sino que también reúnen la capacidad de

enlazar su intervención con las familias y la comunidad en la que se insertan
(Da Silva, 2018, p. 4).

Los antecedentes presentados permiten obtener mayor base teórica para la elaboración de la investigación, así como también, la obtención de otras perspectivas vinculadas al campo de la salud, Primera Infancia y Plan CAIF.

7- Contextos institucionales

En este apartado resulta relevante evidenciar los distintos contextos institucionales que hacen a la atención, cuidado y protección de la Primera Infancia. A partir de los cuales se desarrolló el presente estudio, permitiendo visualizar sus diferentes discursos y posicionamientos en lo que remite a la Primera infancia y su abordaje.

Para ello se toma como referencia los desarrollos relacionados a la Estrategia Nacional para la Infancia, el Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia, los Centros de Atención a la Infancia y las Familias y el Sistema de Salud. Esto permite comprender y visualizar las diferentes premisas y posturas que componen la intervención efectuada en la Primera Infancia.

La Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA)

El Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia (CCE) elaboró la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA). Allí se proyectan las acciones vinculadas a políticas públicas dirigidas a la Infancia y la Adolescencia en diferentes períodos de tiempo. Más allá de quienes administran los gobiernos, se estipulan metas, recursos e instrumentos orientados al ejercicio y goce de derechos en niños, niñas y adolescentes uruguayos.

Para ello se establecieron metas y objetivos de mejora en los servicios a partir de dos dimensiones: el despliegue de políticas en materia de salud, cuidados, educación y desarrollo infantil y, por otro lado, el impacto en los cambios de las condiciones de vida efectivamente generados.

En lo que refiere al campo de la salud la ENIA sostiene que,

el Plan de Acción establece metas en materia de captación de recién nacidos por parte del sistema de salud, cumplimiento de los controles de salud de la niña/o y control ginecológico de las puérperas. En el caso de que los niños no concurran al control y sean considerados de riesgo se prevén visitas domiciliarias. A su vez, se incorporan objetivos en la asistencia de los padres y madres a talleres educativos y a experiencias oportunas (CCE, 2015, p. 2).

En esa dirección, la ENIA mandata actuar ante diversas cuestiones tales como: mortalidad infantil, nutrición y cobertura durante el desarrollo de la Primera Infancia. (CCE, 2015).

El desafío propuesto por la ENIA para el período 2015-2020 en el marco de la Primera Infancia y en relación al campo de la salud, remite a la gestión de un sistema de intercambio constante de información a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP). La búsqueda se orienta a disminuir la brecha existente entre el momento de nacer y la gestión de la cédula de identidad (dado que sin ese documento no es posible acceder a políticas sociales) y el fortalecimiento de los controles posteriores al año de edad.

En cuanto al MSP, recomienda realizar dos controles de salud durante el primer mes y luego más espaciado en el tiempo, cada cuatro o cinco meses, permitiendo llevar un mejor seguimiento en el desarrollo de la primera etapa de vida.

En este sentido, Uruguay Social (2014) plantea que,

Acorde al Plan de Acción 2010-2015 de la ENIA, el INAU aumentó la cobertura del Plan CAIF al incluir en su Plan Quinquenal la diversificación de sus modalidades institucionales de gestión (asociaciones civiles, cooperativas de trabajo, Intendencias), la mejora de la calidad y la

ampliación de las prestaciones en todos los centros (...) se hizo foco especialmente en la estimulación oportuna de niños y niñas menores de 24 meses para alcanzar la misma cantidad de niños/as atendidos en cada grupo etario (menores de 12 meses, entre 12 y 24 meses, 2 años y 3 años) en cada centro (p. 134).

Retomando a la ENIA (2014), la misma propone lineamientos que promuevan políticas garantes de corresponsabilidad en el cuidado y, además, equidad de género. El objetivo es fortalecer en mayor medida la estimulación temprana con integralidad del niño y niña, apelando al cuidado y la educación. De esta forma se expresa que, “Respecto al Programa de Experiencias Oportunas y la educación (...) se planteó metas en materia de cobertura pública para la población de bajos ingresos y mecanismos de regulación de los Centros de Educación para la Primera Infancia privados” (CCE, 2014, p. 9).

Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (CCEPI)

La ley General de Educación N° 18.437 tiene entre sus cometidos crear el Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia, el cual depende de la Dirección de Educación del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). El CCEPI está integrado por el Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) correspondiente a la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), el Ministerio de Salud Pública (MSP), Educadores en Primera Infancia y a su vez, los Centros de Educación Infantil Privados.

El objetivo del Consejo Coordinador involucra la promoción de educación en términos de calidad de vida durante los primeros años, asegurando la profesionalización de los/as educadores/as en conjunto con el asesoramiento desde el MEC, para coordinar proyectos y programas que permitan articular las políticas públicas, particularmente con las educativas.

En este sentido, el Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia presentó una publicación en 2014 titulado “*Salud y educación en la Primera infancia- Líneas de acción para un enfoque integral*”. En dicha publicación se establecieron cuatro objetivos, entre ellos: contribuir en el cuidado y la protección, crear y fortalecer aquellas actividades vinculadas a la promoción de salud en el desarrollo de la Primera Infancia, impulsar la buena alimentación en centros educativos que permitan orientar a las familias en relación a sus hábitos y, por último, focalizar la atención en aquellas competencias y limitaciones que involucran a los/as referentes de los centros.

Asimismo, el CCEPI (2014) establece que,

Las niñas y los niños crecen y se desarrollan saludablemente en ambientes limpios, afectuosos, con límites, normas y reglas, seguros y sanos, libres de riesgos y de contaminantes físicos, biológicos y químicos. Es importante promover desde los centros educativos ambientes y entornos saludables; espacios seguros y estimulantes que promuevan autonomía y aprendizaje. Los entornos inmediatos son los lugares donde niños y niñas transcurren la mayor parte de su tiempo; los lugares donde viven, crecen, aprenden y se recrean (p. 10).

Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF)

El Plan CAIF surge en el año 1988 en el marco de las diferentes realidades que atraviesan las infancias y sus familias. Los mismos, corresponden a una política pública en interacción con el Estado, Organizaciones de la Sociedad Civil e Intendencias Municipales, siendo en los años 90 que adquieren especial prioridad en la atención a niños y niñas de 0 a 3 años. Su propósito es garantizar la protección y promoción de los derechos de los niños y niñas, desde su concepción hasta los tres años, dando prioridad a quienes forman parte de familias en situación de vulnerabilidad social y pobreza.

De acuerdo a la documentación de Plan CAIF (2015), durante los inicios, el Plan se

integraba por programas dirigidos a las familias nombrados como: “Padres y madres promotores de salud” y “Para amar y cuidar la vida”. Ambos eran servicios de orientación y consulta, disponibles para aquellas familias que necesitaran información sobre recursos del territorio en el que se ubican. Además, se llevaban a cabo intervenciones con mujeres embarazadas en coordinación con politécnicas, otorgando prioridad a la atención y el cuidado en el transcurso de la etapa de gestación, para efectuar monitoreos ante posibles dificultades.

Es así que, desde su creación el Plan CAIF trata de tener mayor presencia para acompañar a las familias en el desarrollo integral en la Primera Infancia, tal como lo estipula el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). El Plan manifiesta que: “se toma en cuenta al niño y su contexto partiendo de la concepción de que él es inseparable de su entorno más inmediato, familia y comunidad, y de las condiciones sociales” (INAU, p. 66).

En la actualidad, el Plan CAIF se rige por un Reglamento General de Convenios (2013) elaborado por el INAU, el Instituto Nacional de Alimentación (INDA), MSP/ Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (MIDES), ANEP/CEIP, MEC, el Congreso de Intendentes y organismos no estatales, quienes procuran fomentar la continuidad, desarrollo y sostenibilidad del Plan.

De acuerdo a lo que se viene señalando, a partir del año 2014, Uruguay ha realizado diversos desarrollos para la construcción de una Matriz de Protección Social que dé respuesta a las desigualdades sociales y económicas existentes desde los últimos años del siglo XX. El desafío vinculado a la Primera Infancia remite a establecer pautas de crianza que favorezcan el desarrollo integral del niño o niña que depende de los y las adultos referentes para su supervivencia durante sus primeros años de vida. (Uruguay Social, 2014).

Por ello, el MIDES (2021), establece que el Plan CAIF focaliza su intervención en niños y niñas de hasta tres años, con el fin de proteger y promover sus derechos desde una mirada familiar, que permitan superar inequidades y desigualdades para lograr una sociedad más justa.

En esta misma línea, el MIDES (2011) manifiesta que:

La matriz de protección social se compone asimismo de un conjunto de políticas de carácter transversal vinculadas a atributos de las personas tales como el género, la edad, el origen étnico-racial, la discapacidad o la orientación sexual y a la dimensión territorial. Ellas comprenden un conjunto de acciones afirmativas para respaldar el ejercicio de derechos (p. 21).

Además, de acuerdo a INAU (2021), la misión referente a la Primera Infancia implica: “Garantizar el ejercicio efectivo de la ciudadanía a todos los niños, niñas y adolescentes del Uruguay, como corresponde a su calidad de sujeto pleno de derecho”. (p. 1).

Es así que, algunas de las premisas correspondientes a cuestiones vinculadas al Plan CAIF parten de reconocer al niño/a como sujeto portador de derechos, obligaciones inherentes a la familia, la sociedad/Estado, y sus garantías en el acceso a igualdad de oportunidades que potencien su desarrollo integral.

En función de lo anteriormente señalado, las intervenciones que efectúan los centros que integran el plan, de acuerdo a lo establecido en la documentación, se inician desde la gestación, por ello las acciones que se realizan involucran actividades con embarazadas y sus familias en conjunto con el centro de salud del territorio en el que se ubican. Más adelante, posterior al nacimiento del niño/a la atención se lleva a cabo a través del Programa Experiencias Oportunas, el mismo es dirigido a niños y niñas entre 0 y 1 año y sus respectivas familias. En este programa, se llevan a cabo talleres semanales vinculados a prácticas de crianza, alimentación y cuidados en materia de salud. El objetivo de los mismos, es favorecer el desarrollo de las capacidades y aprendizajes de los/las niños/as y los adultos de referencia. (INAU, 2013).

Por su parte, el Plan CAIF, de acuerdo a lo relevado, ocupa un lugar relevante en la agenda en materia de política pública vinculada a la Primera Infancia durante los últimos 25 años. Entre sus rasgos se remarcan la universalidad, focalización en grupos más

desfavorecidos, intersectorialidad, trabajo con familia y comunidad, articulación entre el Estado y la Sociedad Civil. (INAU, 2013).

De este modo, los objetivos del Plan CAIF suponen mejoras en la calidad y cobertura en relación a la atención de los programas sociales que intervienen en territorio, guiando su accionar a partir de metodologías, estrategias y planificaciones constantes en la atención al niño, niña, la mujer y la familia.

En lo que remite al Trabajo Social, de acuerdo a la documentación relevada, la profesión no estuvo incluida en los equipos de trabajo desde el inicio de su funcionamiento, dado que previo a su incorporación, era el Servicio de Orientación Comunitaria y Familiar (conocido como “SOC” y en la actualidad como SOCAT) quienes se encargaban de todas las tareas. Su propósito consistió en la ampliación de cobertura a familias de la comunidad con trabajo en red a nivel institucional y comunitario en la zona de influencia del CAIF. A partir de este antecedente, entienden la necesidad de incorporar técnicos en el área social (Trabajadores/as Sociales).

Tomando como referencia el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 2017, el equipo de trabajo que conforma los Centros del Plan CAIF cuenta con maestra/o referente del equipo pedagógico, Educador/a, Psicóloga/o, Psicomotricista, Cocinera/o, Auxiliar de limpieza y Trabajador/a Social¹.

¹ **Maestro/a Referente del Equipo Pedagógico:** referente del equipo técnico, acompañamiento pedagógico, generador de espacios de intercambio entre familia y el equipo. **Educador/a:** crea y desarrolla proyectos pedagógicos, planificación junto al maestro/a, facilitar el desarrollo integral de niños y niñas que asisten al CAIF y manejo de áreas expresivas como lo son la música, plástica, corporal y otros. **Lic. en Psicología:** Genera insumos de planificación, realiza aportes para estrategias que faciliten el desarrollo integral de los niños y niñas en conjunto a su familia, interviene de forma personalizada con seguimiento y participación de talleres. **Psicomotricista:** Referente en Experiencias oportunas para el desarrollo psicomotriz de los niños y niñas, estimulación, control de peso y talla, intervenciones en el hogar efectuando asesoramiento y coordinación con centros de salud. **Cocinero/a:** referente del Programa Alimentario Nutricional, planificación de Menú en base a lineamientos del INDA, elaborar comidas, registro de consumo y mensual de víveres. **Auxiliar de Limpieza:** mantiene y colabora con la higiene total del centro, acondicionamiento de salones.

Sistema de Salud

En el desarrollo integral de la Primera Infancia el sistema de salud juega un papel fundamental en la atención oportuna, efectiva y en términos de calidad. Así pues, un sistema de salud engloba instituciones, normativas, personas y acciones, que una sociedad emplea como recurso para proteger y mejorar los niveles de salud. (OMS, 2003).

Por ello, la salud envuelve la conceptualización y efectivización del derecho a la misma de forma universal, equitativa y solidaria, velando por la dignidad humana. Además, la atención que se brinde, debe tener calidad, integralidad en su accionar y eficacia, permitiendo dar respuesta a las demandas de las personas que así lo requieran, y contar con servicios disponibles, los cuales deben orientarse según la necesidad de la población. (OPS, 2022).

En este sentido, la Conferencia Sanitaria Panamericana (2022) estableció:

Garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades (p. 7).

Asimismo, de acuerdo a Vignolo, et al. (2011): La atención vinculada al campo de la salud se desarrolla en tres niveles: primario, secundario y terciario.

La distinción entre los diferentes niveles es empleada con el fin de clarificar cada situación, permitiendo aumentar la eficacia en materia de cobertura que brinden los servicios en cada caso, según sus particularidades y necesidades.

Ahora bien, tomando como referencia a la Prensa Médica Latinoamericana “se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Vignolo, et al. 2011, p. 12).

El *primer nivel de atención* corresponde al contacto inicial, basado en la resolución de necesidades en la atención básica y frecuente, es decir, consultas que pueden ser resueltas de forma preventiva, mediante el manejo de actividades que promuevan el cuidado, formulación de diagnósticos, recuperación o rehabilitación. Implica el ingreso del paciente al sistema, coordinando y facilitando la consulta dentro de éste. Por otra parte, este nivel también se relaciona con consultas de control vinculadas a la vitalidad durante el proceso de crecimiento en lo que refiere a la Primera Infancia. De esta manera, se pretende obtener buenos niveles de funcionamiento en el servicio, ya que reduce la sobredemanda al poder determinar el problema, diagnóstico y tratamiento a seguir. (Vignolo, et al., 2011).

El *segundo nivel de atención*, es quién recibe el primer diagnóstico empleado como filtro cuando la persona ingresa al centro de salud. En este nivel, deberán ser abordados aquellos casos que implican mayor cuidado, atención y especialización en determinada área. Se compone de servicios pediátricos, gineco-obstetricia, cirugía general, psiquiatría, y se desarrolla tanto en hospitales rurales como urbanos, permitiendo el mayor alcance posible a la población que así lo requiera. (Vignolo, et al., 2011).

Y, por último, *el tercer nivel* corresponde a la intervención efectuada en casos de mayor complejidad, que no pudieron ser resueltos en los niveles anteriores, aplicando procedimientos particulares con altas tecnologías, que permitan realizar el abordaje correspondiente. (Vignolo, et al., 2011).

Es así que, la Atención Integral a la Salud es definida como el: “conjunto de actividades que realiza el equipo de salud sobre las personas sanas o enfermas, incluyen la protección y mejora del medio ambiente, desarrolladas con actitud u orientación preventiva.” (Garay, et al., 2006, p. 9).

Por otra parte, en lo que remite a la Primera Infancia, de acuerdo a lo planteado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se brinda prioridad y garantías sobre el pleno ejercicio de derechos desde que una persona inicia la vida, siendo éste, el primer punto de intervención de toda sociedad y por lo tanto, el foco de la agenda de desarrollo humano en cualquier país.

Asimismo, en el desarrollo integral de la Primera Infancia, la comunidad tiene un rol fundamental ya que en ella se expresa la cultura de los derechos humanos. Además, el nivel

socio-económico que cada comunidad posee, impacta en los niveles de salud alcanzados por las familias. (CCEPI, 2014).

En el caso de Uruguay, durante el año 2005 comienza a reformarse el sistema de salud, que hasta entonces se caracterizaba por ser inequitativo en relación a la accesibilidad y posibilidades de financiamiento, dando surgimiento en 2007 al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Éste último se orienta desde el plano integral y equitativo en materia de protección social y salud. Los objetivos se encuadran en la promoción y prevención de las enfermedades accesible para toda la población, a partir de programas vinculados a los servicios de salud y actividades comunitarias.

El mismo propone la universalización de acceso a la salud, mejorando la calidad, equidad y sustentabilidad. Esto implica privilegiar la *atención integral* con acciones de promoción y prevención de enfermedades y su oportuno tratamiento. Por ello, la Atención Primaria de la Salud (APS), es entendida por la OMS y UNICEF (2021) desde un enfoque que involucra a toda la sociedad, cuyo fin es garantizar niveles de salud y bienestar equitativos, atendiendo las necesidades desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo.

En este sentido,

La transformación del sistema de salud en Uruguay definió desde el comienzo tres ejes: cambios en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiación. Estos tres componentes se conciben como interdependientes y se articulan con el SNIS en tanto organización de los servicios de salud y con el FONASA como seguro público obligatorio. Para llevar adelante estos tres ejes de cambio ha sido imprescindible el fortalecimiento de la función de rectoría del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional, liderazgo de la política sectorial y ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública (Guerra, et al., 2019, p. 11).

Para finalizar el apartado, en lo que remite al Plan CAIF, en el año 2008 se llevó a cabo la firma de un convenio entre el Ministerio de Salud Pública, ASSE, INAU y MIDES en contexto del Plan de Equidad, reforzando el concepto de intersectorialidad de las políticas públicas vinculadas a la Primera Infancia y la gestación, teniendo en cuenta que los servicios de salud son los principales referentes a nivel institucional para las mujeres embarazadas.

8- Marco Teórico

Para la elaboración de este apartado se consideró pertinente explorar la construcción de la infancia como punto de partida teórico, que permite comprender las diferentes visiones por las que ha atravesado la niñez en términos históricos. A su vez, se profundizó en el surgimiento de la profesión en lo que remite a la cuestión social y el vínculo que tuvo con la medicina desde sus orígenes. Por otra parte, se incorporó la mirada desde el abordaje en el campo de la salud y finalmente se detalló la importancia que supone el accionar del Trabajo Social y el campo de la salud, en procura de un desarrollo integral de la Primera Infancia.

Construcción de la infancia

Para comenzar, es importante evidenciar brevemente el concepto de infancia, ya que ha cambiado a lo largo del tiempo en términos socio-históricos.

De acuerdo a Carli (1999): “Ocurre que la infancia es una construcción social que en cada tiempo histórico adoptó características específicas. Los niños fueron concebidos, recibidos, tratados, institucionalizados, acompañados de modos distintos según las épocas. Hubo así muchas infancias a lo largo del tiempo” (p. 28).

Por otra parte, en 1987 Philippe Ariés compuso un archivo pictográfico fundando la construcción de la infancia hasta la Modernidad en Europa Occidental. En este sentido, Philippe Ariés (1987) expresa que: “la infancia era una época de transición, que pasaba rápidamente y de la que se perdía enseguida el recuerdo” (p. 2). La imagen del niño y niña,

era de “adulto pequeño”, diferenciado del mundo adulto únicamente en términos de altura. Plantea que desde el siglo XIII al XVII, se visualiza una nueva sensibilidad con respecto a la Primera Infancia, ya que los niños y niñas pasan a ser entendidos como personas frágiles.

Además, Barrán (1989) detalla la complejidad que implicaba el pasaje de concebir al niño y niña como centro de la familia. Los adultos debían encargarse de vigilar, controlar y sancionar en caso de que las conductas no tengan la misma sintonía con lo esperado para la sociedad y su funcionamiento.

Ahora bien, en nuestro país es en el año 1933 se conformó el Ministerio de Protección a la Infancia, cuyo objetivo era reorganizar los servicios públicos que involucran esta área, para más tarde, en el año 1934 crear el Código del Niño junto al Consejo del Niño vigente hasta el año 2004. Los niños y niñas pasan a ser un objeto pasivo de derechos, vigilados y tutelados por el Estado con su nuevo rol “paternalista” para controlarlos y así, proteger el funcionamiento de la sociedad. En este sentido, la focalización se realizaba únicamente en los niños y niñas, en situación de abandono, o con bajos recursos y otros factores, que pudieran poner en riesgo la cohesión social.

En relación a lo mencionado con anterioridad, fue en el año 1990, con la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño, que el niño y niña son considerados como sujetos de derecho. Por ello, la familia, la sociedad y el Estado son quienes deben ser garantes de ello.

La Convención, a lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. Además, la Convención es también un modelo para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006, p. 7).

Es en este contexto que, reviste importancia el artículo N.º 18 del Código de la Niñez y la Adolescencia (2006):

Protección y atención integral - Deberá asegurarse una protección integral de los derechos y deberes de los niños y adolescentes, así como asegurar una atención especial por parte del Estado y de la sociedad ante la necesidad de ofrecer atención personalizada en determinadas situaciones (p. 5).

Es así que, el Código de Niñez y la Adolescencia involucra derechos sociales, económicos, sociales y civiles inherentes a todos los niños, niñas y adolescentes, remite formalmente a la garantización, efectivización y protección, por parte de la familia, comunidad y a nivel estatal. (Ley N° 17823: Código de la Niñez y Adolescencia, 2004).

Surgimiento del Trabajo Social como profesión

El surgimiento del Trabajo Social como profesión funda su origen en dos tesis centrales, que difieren en su perspectiva ideológica y teórica. Una de ellas basa su fundamento en la división técnico social del sistema capitalista y la otra, en la filantropía y la caridad, enfatizando el concepto de ayudas como precedente en el origen de la profesión, a su vez, efectúa otra posible distinción, involucrando ayudas únicamente ligadas al surgimiento de la “cuestión social”. (Montaño y Pastorini, 2006).

De acuerdo a Netto (1997) la cuestión social es: “entendida como conjunto de problemas sociales, políticos y económicos que se generan con el surgimiento de la clase obrera dentro de la sociedad capitalista” (p. 3).

Entendiendo el surgimiento de la profesión en el contexto de las manifestaciones propias de la “cuestión social”, es imprescindible profundizar y evaluar estrategias que permitan realizar su abordaje elaborando y desplegando políticas sociales pertinentes.

Por otra parte, resulta fundamental comprender que, como fuera nombrado en un comienzo el Servicio Social en el Uruguay es resultado de la secularización de la sociedad en un contexto de pensamiento positivista hegemónico cuyo foco se centra en las ciencias naturales, específicamente la Medicina.

Siguiendo con lo mencionado, es importante remarcar que con el higienismo comienza a surgir otra mirada del cuerpo humano y su cuidado, así como también, las

condiciones y formas de vivir de la cuestión social mayoritariamente. De este modo, el sacerdote es suplantado por la figura médica en lo que respecta a estas nuevas formas de conciencia de la individualidad.

De acuerdo a Giddens, citado en Acosta (1998): el higienismo es colocado como nueva forma de moralidad y la medicalización de la sociedad, implicando que el cuidado del cuerpo se transforme en formas de control ejercidas desde las instituciones hacia los individuos.

Ahora bien, en lo que remite a la medicina, Acosta plantea que en el Uruguay durante el Estado Batllista se la coloca como profesión medicalizadora en situaciones de enfermedad, muerte y nacimiento. De este modo, se hizo evidente el hecho de que la figura médica necesitaba auxiliares para lograr el alcance que proyectaban en relación a la medicalización de la sociedad.

Además, en este contexto el trabajador asalariado en continuo contacto con otros en su jornada laboral, era el generador de posibles contagios de dos enfermedades que para ese momento concebían una amenaza para la productividad y la salud: la sífilis y la tuberculosis. Por lo tanto, para afrontar esta emergencia, la sociedad medicalizadora optaba por internación voluntaria, internación a la fuerza o efectuar inspecciones a domicilio (gestionados a partir de la figura de los inspectores de los pobres y la policía sanitaria).

En este sentido, Acosta (1998) plantea que: “la cuestión social, que no solo tenía que ser tratada por los médicos-inspectores, pero ahora también sin utilizar los “medios coercitivos”, esto es (...) sin la intervención de la policía, desarrollando la capacidad de autogobierno de los individuos” (p. 9).

De acuerdo a lo que se viene trabajando anteriormente, el papel que cumplían las visitadoras sociales como encargadas de realizar esas inspecciones a domicilio cobra especial relevancia.

En palabras de Yamamoto (1997):

Por otro lado: “el Trabajo Social se institucionaliza y legitima en la medida en que el Estado centraliza la Política Asistencial para afrontar la Cuestión Social más allá de las formas caritativa y represiva, ampliando

consecuentemente, el campo laboral para los trabajadores sociales (p. 91).

Es en el contexto de la modernidad, donde la medicalización referente a la vida social ocupa un rol central. La vigilancia, el diagnóstico y tratamiento eran empleados como mecanismos disciplinadores de aquellos sectores de la sociedad que no cumplieran con lo esperado, ya que se encontraban en los márgenes sociales. Estos procesos se basaban en el poder y saber médico como figura dominante en el imaginario colectivo, que de forma impositiva mediante controles e intervenciones en el nombre de la salud y bajo la figura médica controlaban la conducta social “desviada”.

En este sentido, y siguiendo a Foucault (1975): “El poder disciplinario (...) es un poder que, en lugar de sacar y retirar, tiene como función principal la de «enderezar conductas»” (p. 175).

Por ello, el proceso de medicalización (como resultado de procesos vinculados a transformaciones en el plano económico, social, político y cultural) supone una forma de prevenir, curar, pero también, legitimar, controlar y normalizar el control de salud y la enfermedad.

Tomando como referencia a Berger e Luckmann (1983): “la medicalización a través del saber médico representa un campo propiamente socializador, en términos de legitimación de elementos de los universos simbólicos que integran un sistema de dominación” (p. 8).

Por otra parte, la medicalización en su afán por monopolizar determinadas prácticas, supone vigilar y regular a las familias en su gran mayoría pobres, impidiendo el ejercicio del autocuidado y la auto intervención a lo largo de sus vidas. En este sentido, Donzelot (1977) plantea que: “la gestión tutelar de las familias consiste en reducir su horizonte a la reproducción bajo vigilancia” (p. 166).

Tomando a la Federación Internacional de Trabajo Social de América Latina y el Caribe (F.I.T.S) en 2014:

El Trabajo Social/Servicio Social es una profesión que se inserta en el ámbito de las relaciones entre sujetos sociales y entre estos y el Estado en los distintos contextos socio históricos de actuación profesional. Desarrolla

una praxis social y un conjunto de acciones de tipo socioeducativo, que inciden en la reproducción material y social de la vida con una perspectiva de transformación social comprometida con la democracia y el enfrentamiento de las desigualdades sociales, fortaleciendo la autonomía, la participación y el ejercicio de la ciudadanía, en la defensa y conquista de los derechos humanos y de la justicia social (p. 1).

En el caso de la Primera Infancia, durante la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida se imponen prácticas vinculadas al saber médico, en el intento de eliminar prácticas por fuera de éste.

La imposición de determinadas prácticas por el hecho de estar vinculado al saber médico, supone que el sujeto y las familias cumplan, soporten o acepten exigencias sobre su accionar, los cuales muchas veces no son accesibles o implican deconstrucciones y procesos que la familia o adulto responsable del niño o niña, no siente la necesidad, sino que lo transita como una obligación para no ser juzgado por el doctor o doctora y posteriormente, por la sociedad.

Como reflexión final podemos decir que, “la medicalización se expande y penetra uniformemente la totalidad del tejido social, mediante la estandarización del conocimiento y de la intervención sanitaria” (Mitjavilia, 1998, p. 11).

Abordaje desde el campo de la salud

El campo de la salud representa un escenario cargado de significantes relativos a la medicalización de la sociedad y su disciplinamiento. No obstante, en el marco del Plan CAIF se desarrollan propuestas que involucran integralidad, interdisciplinariedad e interinstitucionalidad en el desarrollo de la Primera Infancia. Por este motivo, la prevención y promoción de la salud son parte de la protección de los derechos de los niños y niñas que asisten.

Tomando como referencia la Organización Mundial de la Salud (1998) para definir prevención, podemos establecer que corresponde a las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. (p. 1).

Para el abordaje de cada caso se utilizan tres escalas de medición: la *prevención primaria*, *secundaria* y *terciaria*. La *prevención primaria* tiene por objetivo principal contrarrestar aquellos factores de riesgo y sus posibles efectos sobre la población, al mismo tiempo que fomenta la protección y el cuidado. (Vignolo, et al., 2011).

La prevención primaria de acuerdo a la OMS (1998), corresponde a “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (p.12).

La *prevención secundaria* es la elaboración de un diagnóstico basado en posibles enfermedades, para otorgar el tratamiento adecuado antes de que la persona manifieste síntomas. Y por último, la *prevención terciaria* es toda acción destinada a la recuperación de una enfermedad clínicamente comprobada, en donde se brinda un diagnóstico, tratamiento y rehabilitación tanto física, psicológica y social.

En el marco de la Primera Infancia y la prevención primaria, la atención temprana involucra intervenciones focalizadas en niños y niñas de 0 a 5 años, con el objetivo de fortalecer su entorno familiar, educativo y en materia de salud, ya que el desarrollo de cada niño y niña depende de muchos factores que influyen en su cotidiano, principalmente en su entorno familiar con quienes pasan mayor parte del tiempo. Cualquier aspecto que influya negativamente sobre el niño o niña en el proceso de su desarrollo cognitivo, físico o social genera consecuencias importantes a lo largo de su vida. Por ello, el contexto socioeconómico, cultural y circunstancial de cada familia también son factores relevantes al momento de centrarnos en la Atención Primaria vinculada al campo de la salud.

En este sentido, es posible señalar la implementación de diferentes servicios que desarrollan acciones de prevención primaria, por ejemplo: Policlínicas, Centros Educativos y la intervención social.

Siguiendo con lo mencionado, la mejor forma de prevenir y evitar riesgos hace evidente la necesidad de conocer a la población con la que se va a trabajar, su comunidad y

territorio. Es decir, cuestiones vinculadas al saneamiento ambiental, higiene en locales públicos, acceso a agua potable, evacuación de basura de la zona / control de contaminación residual, higiene de la vivienda, conductas y estilos de vida o enfermedades generacionales o crónicas.

En el año 1986 la Organización Mundial de la Salud en conjunto con el Gobierno de Canadá definieron en la Primera Conferencia Internacional el abordaje de la Promoción de la Salud.

En este sentido, en la Carta de Ottawa se define la promoción de la salud como:

proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (p. 1).

Lo mencionado con anterioridad, demanda estrategias públicas innovadoras con acciones eficientes y de calidad, que incluyan el uso de herramientas tales como: trabajo intersectorial, educación formal e informal, participación concientización social, policlínicas y hospitales articulados entre sí, y en constante interacción con los sujetos.

En palabras de Osorio, et al. (2010):

la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables (p. 3).

Por ello, el desarrollo integral de la Primera Infancia y su abordaje en términos de derecho, supone el acceso a la atención temprana en lo que refiere al campo de la salud.

Trabajo social y el campo de la salud desde un abordaje teórico

El Trabajo Social es una profesión vinculada al ámbito público y privado, y sus abordajes pueden estar vinculadas a diferentes áreas, entre ellas: la salud, infancia, protección social, mercado de trabajo, sujetos colectivos y otros.

Iamamoto (1997) plantea que el/la Trabajador/a Social:

Vive y representa de manera confusa esa práctica diversificada, resultado de las áreas diferenciadas de trabajo a los cuales se dedica: ansía tener un campo “propio” de trabajo, un área “específica” que le de status y facilite su reconocimiento profesional (p. 155).

En este marco, particularmente Nucci y Crosetto (2018) plantean que la profesión se encuentra en constante relación con el campo de la salud desde los inicios de la profesión. En este sentido sostienen que:

El origen y trayectoria de Trabajo Social en el campo de la salud pública resulta de la combinación del proceso de profesionalización con las luchas de poder, que incluyen significados en torno a la salud, los sujetos, los derechos y la distribución de responsabilidades reproductivas entre Estado, mercado y familias (p. 2).

Por ello, las ciencias sociales son consideradas relevantes en los equipos de trabajo de salud, debido a que facilita la relación existente entre la medicina y la comunidad, permitiendo ampliar la atención sin limitarla únicamente al abordaje dentro del consultorio.

En relación a lo mencionado con anterioridad, Lázaro y Gracia (2006) expresan que:

Hay otro movimiento mucho menos ruidoso que se desarrolla en la

intimidad de los consultorios y que, en un plano completamente distinto, tiene sin embargo un profundo paralelismo: la rebelión del paciente que quiere ser reconocido en su condición de sujeto personal, que quiere ser escuchado en su condición de sujeto lingüístico y quiere ser comprendido en su condición de sujeto biográfico (Lázaro y Gracia, 2006, p.17).

La promoción y coordinación de la población con programas institucionales pueden ser las intervenciones más comunes del Trabajo Social en el campo de la salud. De acuerdo a lo mandatado, el profesional es quien debería conocer las necesidades y carencias que posee cada hogar y familia, convirtiéndose en un actor crucial al momento de abordar procesos vinculados a la salud, por la cercanía que tiene con la población.

Tomando como referencia a la Asociación de Asistentes Sociales del Uruguay (2004):

La concepción biologicista y economicista que prima en la salud se traduce en que las instituciones esperan del Trabajo Social una intervención orientada a la reducción de gastos y la disminución de la estadía hospitalaria; así como en la resolución de los problemas no médicos que trae el usuario en el primer nivel de atención (p. 4).

En base a lo expresado anteriormente, la Mesa de ADASU (2004) considera que el Trabajo Social puede ser:

Capaz de desempeñarse al interior de equipos de salud aportando creativamente a la búsqueda de soluciones a los aspectos sociales del proceso salud- enfermedad, con individuos, grupos y poblaciones; siempre desde un abordaje preventivo (p. 9).

Es así que, el profesional va a trabajar con las demandas de la sociedad que

requieran intervención y también, la capacidad de respuesta que exista con los recursos disponibles.

Teniendo presente el rol del Trabajo Social en el campo de la salud y tomando como referencia a Nucci y Crosetto (2018):

Como profesionales nos ubicamos en las políticas que expresan la relación entre el Estado y los sujetos con derechos que deben ser reconocidos y protegidos, al constituirse en una de las responsabilidades del Estado hacia la sociedad y que, por lo tanto, se materializan en las intervenciones estatales (p. 6).

Por consiguiente, el campo de la salud y el derecho a la protección de la misma no debe ser reducido únicamente a la asistencia sanitaria, dado que involucra otros derechos tales como la alimentación, vivienda, dignidad humana, educación, igualdad, acceso a información, entre otros.

Es sustancial visibilizar que, en este escenario,

La trayectoria de Trabajo Social en el campo de la salud es resultado de diversos procesos que confluyen y se entrelazan en las relaciones entre sujetos/agentes en diferentes espacios institucionales y contextos socio-históricos, de donde surge la conformación de un habitus profesional (Nucci y Crosetto, 2018, p.8).

El trabajo se efectúa a los efectos de la existencia de sujetos en constante desigualdad social en el acceso a prestaciones que garanticen los derechos humanos, permitiendo la reproducción de existencia cotidiana digna y el sostenimiento de la salud.

Los profesionales son quienes intervienen sobre las condiciones de vida de los sujetos con los que trabaja y el lugar que ocupa el Estado en la implementación de políticas públicas imprescindibles, así como también, la inclusión de nuevas perspectivas que fortalezcan el enfoque brindado a los derechos vinculados a la salud y su

prevención/promoción, priorizando la atención a mujeres, niños/niñas y adolescentes, personas en situación de discapacidad y grupos específicos. De acuerdo a lo enunciado, el/la Trabajador/a Social podría participar en la redistribución de recursos que brindan las instituciones entendiendo y promoviendo la salud desde una perspectiva integral, el trabajo interdisciplinario, la articulación con otras instituciones, formación constante y la planificación estratégica.

Con respecto a lo mencionado hasta el momento, podemos concluir que el/la Trabajador/a Social, podría conocer las carencias incidentes en el proceso de salud y enfermedad, visto que se convierte en el vínculo natural entre destinatarios e instituciones, identificando las redes familiares y sociales de los sujetos, permitiendo articular así, los recursos disponibles en función y a demanda de las personas. Además, su formación académica le permite tener una mirada en profundidad para el entendimiento de cada situación y necesidad particular.

9- Análisis

Como se mencionó en el apartado de implementación, se tomaron fuentes documentales correspondientes a las organizaciones de Plan CAIF, ASSE, SNIS y se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profesionales vinculados al campo de la salud y Plan CAIF: dos Maestras Coordinadoras, una Educadora, dos Trabajadoras Sociales, una Supervisora de INAU y una Médica de Familia².

Para poder contribuir de forma detallada y organizada a la comprensión del rol del Trabajo Social en el marco del Plan CAIF y su vínculo con el campo de la salud, se organizó el análisis a partir de cuatro componentes: *Rol del Trabajo Social*, *Quehacer profesional*, *Técnicas e instrumentos* y *Trabajo Social y su relación con en el campo de la Salud*.

Rol del Trabajo Social

En cuanto al rol del Trabajo Social, podemos partir de que el mismo conforma un proceso histórico, desde el cual se construye el campo profesional y su tarea. Por otra parte, en el marco del Plan CAIF el desarrollo del rol correspondiente al Trabajo Social y la construcción de su perfil, es un proceso que ha ido presentando cambios a lo largo del tiempo. Si bien en los inicios del Plan no estaba incluido el Trabajo Social como un rol necesario en los equipos de trabajo, en la actualidad no es posible pensar un Centro del Plan CAIF sin su inclusión. (Plan CAIF, 2015).

En primer lugar, tomando como referencia a Pichón-Riviere (1981): el “rol es un modelo organizado de conducta, referente a una posición en una estructura interaccional, vinculado a expectativas propias y de los otros. Se configura para asumir o negar una tarea” (p. 11).

Además, según lo expuesto por Liberman y Pascual (2014) refieren que “un rol es construido en el marco de una determinada organización que prescribe las funciones y las tareas, es decir, es estructurante del hacer” (p. 3).

Y a su vez, Schvarstein (2013) establece que “se definen las instituciones como cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que

determinan las formas de intercambio social” (p. 26).

² Referenciadas como: Trabajadora Social I y II, Educadora, Supervisora de INAU, Médica de Familia, Maestra Coordinadora I y II.

Siguiendo en esta línea de análisis, la mirada institucional referente al rol de la profesión en el marco del Plan CAIF supone un punto de partida pertinente para seguir construyendo este apartado.

De esta forma, en lo que remite a la documentación correspondiente al Plan CAIF (2017) se encuentra la prescripción institucional acerca del perfil del Trabajo Social, allí se explicitan las competencias actitudinales esperadas y la ética profesional requerida al momento de efectuar su intervención. Este perfil involucra la capacidad que debe tener el profesional de establecer vínculos orientados al área educativa con los/las niños/as y sus respectivas familias, visualizando las necesidades y potencialidades según cada caso, siendo prioritaria una actitud ética en lo que refiere a la confidencialidad y la atención desde una perspectiva de derechos, que permita velar por el cumplimiento de las necesidades e intereses del niño/a.

Además, se le atribuye al perfil algunas competencias técnicas que se ven orientadas a la promoción del desarrollo integral del niño/a y que, apelen a su bienestar individual y familiar a partir de la generación de vínculos con la comunidad y el entorno, para poder llevar a cabo las políticas sociales vigentes.

De acuerdo a lo expuesto hasta el momento, tomando como referencia a Claramunt, et al. (2009) podemos identificar que la *dimensión asistencial* de la tarea del Trabajo Social, implica que el profesional funcione como mediador entre las familias o sujetos que demandan necesidades y el acceso a servicios. Para ello, se espera que pueda emplear los recursos en el territorio en el que se encuentre llevando a cabo su trabajo.

Asimismo, a través de la documentación institucional (INAU, 2017) se establecen las tareas para el rol del Trabajo Social, entre las cuales se destacan: informar a la comunidad sobre el Centro CAIF y las posibilidades que brinda, gestionar un diagnóstico de la zona en la que se va a desenvolver como profesional y sobre la cual se ubica el centro, relevar e incluir a todos/as los/las niños/as y mujeres embarazadas, inscribir a los/las niños y niñas al Sistema de Información para la Infancia (SIPI), evaluar y

determinar la selección de familias para su ingreso a los diversos programas (contemplando la vulnerabilidad según corresponda), elaborar estrategias y planificaciones de intervención y coordinación con otras instituciones.

De esta forma, en el marco del Plan CAIF, el SIPI es gestionado por el/la Trabajador/a Social cotidianamente.

El mismo,

Suministra información a nivel país, brindando insumos para el cumplimiento de la Misión Institucional y los lineamientos estratégicos definidos, generando información que sustente la definición de políticas, selección de estrategias, diseños y gestión de Programas de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en el Organismo (INAU, 2021, p.1).

Por otra parte, y partiendo de lo esperado institucionalmente, las profesionales entrevistadas que desempeñan tareas desde diferentes funciones institucionales, reconocen que es a través del rol del Trabajo Social que en los centros se conoce y articula con recursos del territorio para el abordaje en la Primera Infancia.

En este sentido establecen que,

“Es importante nuestro rol: derivar, coordinar, articular y tener iniciativas creativas junto al equipo de trabajo ya que es lo que determina todo. Somos capaces de conocer a fondo la historia de las familias y articular con la Policlínica para mostrar ese otro lado.” (Entrevista a TSI, 2023)

Por otra parte,

“Le pedimos al Trabajo Social el diagnóstico de instituciones en el territorio, que conozca la zona y los recursos para presentarse y tener una red formada. En la policlínica si se da a conocer el día de mañana puede llamar y pedir prioridad por algún caso particular.” (Entrevista a Supervisora de INAU, 2023).

En relación a lo mencionado con anterioridad, podemos establecer que de acuerdo a la documentación de Plan CAIF y a través de las entrevistas realizadas a las distintas

profesionales, en la cotidianidad del Trabajador/a Social, se gestionan las tareas prescriptas que la institución le mandata.

De las entrevistas se desprende la importancia que toma la profesión en el marco del Plan CAIF, visualizando que el rol del profesional es imprescindible en el vínculo a construir con otras instituciones y las familias de los niños y niñas que asisten a los centros. Esto permite generar lazos de confianza para poder efectuar su intervención desde el acercamiento directo al cotidiano de las familias.

Quehacer profesional

La construcción del quehacer profesional implica factores socio-históricos vinculados a la cuestión social y la relación con el Estado. Por ello, es necesario para el quehacer profesional poder comprender y explicar las situaciones por las cuales un sujeto transita, teniendo en cuenta la mirada de ellos mismos y también, empleando su visión profesional que involucre y exceda el sentido común. (Giribuela y Nieto, 2010).

Tomando como referencia a Rozas (2004):

El Trabajo Social es parte de la reproducción de las relaciones sociales y como tal no está separado de las implicancias socio-históricas en las que se desarrollan los procesos de acumulación capitalista, y lo está menos aún de los mecanismos, dispositivos, decisiones y reglas de juego que se imprimen respecto a la toma de decisiones que hacen a la institucionalidad del Estado (p. 28).

En esta línea, Claramunt, et al. identifican que la *dimensión investigativa* del Trabajo Social, se encarga de buscar respuestas a partir del conocimiento en profundidad sobre la temática a abordar, evitando caer en la inmediatez de respuesta ante las diferentes realidades a intervenir.

En similitud de lo mencionado y las voces de las entrevistadas, se mencionan algunos casos en los que el espacio de reflexión correspondiente al quehacer profesional se hace evidente. A modo de ejemplo una de ellas expresa que,

“Mides daba 3 tickets de alimentación para más de 100 familias y es la Trabajadora Social quien se encargó de ver cada caso para tomar una decisión.” (Entrevista a Maestra Coordinadora II, 2023).

De acuerdo a lo planteado por las entrevistadas, los recursos son escasos en relación a la población que concurre al centro. Esto supone la toma de decisiones que contemplen lo que sucede, a partir de la construcción de vínculos de confianza y acercamiento directo al lugar donde los niños y niñas pasan el mayor tiempo de sus días.

En este sentido una de las entrevistadas sostiene que,

“Cualquier duda o situación que involucra el accionar del Trabajo Social tenemos la obligación de comunicarlo al profesional.” (Entrevista a Educadora, 2023).

En este contexto, si bien el Plan CAIF cuenta con documentación que prescribe el rol y quehacer profesional, en la *cotidianidad se presentan circunstancias particulares* que lo exceden, a partir de demandas de carácter urgente que llegan al centro. Es así que el profesional adquiere papel fundamental en relación a la identificación de las posibles líneas de acción a seguir, según corresponda cada caso.

De acuerdo a Nucci y Corsetto (2018):

Al Trabajo Social le compete redefinir los problemas sociales (...) identificando aquellas dimensiones que pueden transformarse, los recursos necesarios y a qué sujetos/agentes involucran. (...) aquello que se construye como objeto de intervención profesional, es decir, los obstáculos en la reproducción cotidiana de la existencia (p.11).

Por otra parte, en el marco del quehacer profesional es necesario mencionar la importancia de la autonomía técnica en el desarrollo de la tarea profesional. En tanto,

siguiendo los pasos de Bentura (2006), se entendió como: “*autonomía técnica*, al control de lo que la profesión hace, de tal manera que quien no haya obtenido las credenciales oficiales no puede realizar dichas tareas y que no pueden ser evaluados por alguien de fuera de la profesión.” (p. 97).

Además, el ejercicio de la profesión se encuentra vinculada al Código de Ética del Trabajo Social sobre el cual el profesional puede apoyarse.

En este sentido, Claramunt (2009) plantea que la *dimensión ético política* del Trabajo Social

remite a la discusión (y a su efectivización en la práctica) acerca de los valores que orientan la intervención profesional y que sitúan al Trabajador Social de manera posicionada en las relaciones de poder que están presente en su campo de actuación (p. 99).

Aun así, en muchas ocasiones la construcción que tienen otras profesiones sobre las tareas que deben realizar los/las Trabajadores/as Sociales, no coincide con aquello que se les solicita institucionalmente y su autonomía profesional

En el marco de las entrevistadas se manifiesta que,

“Hay muchas cosas para hacer y no siempre salen del escritorio las Trabajadoras Sociales.” (Entrevista a Maestra Coordinadora II, 2023).

Por otra parte,

“La que tenemos acá es muy buena.” (Entrevista a Maestra Coordinadora I, 2023).

También agregan,

“Tuve suerte de trabajar con profesionales muy motivados, pero me acuerdo de casos que discutían que había que agendar en consulta, yo esperaría que ese rol que es como típico de la medicina no fuera el del Trabajador Social.”

(Entrevista a Médica de Familia, 2023).

Ahora bien, aunque las profesionales entrevistadas entienden la pertinencia del rol del Trabajo Social en el equipo de trabajo, algunas de ellas cuestionan cómo llevan a cabo su quehacer profesional, en tanto, se menciona que el /la Trabajador/a Social tome decisiones o desarrolle informes referentes a la situación de las familias que acuden al centro, pero no se llega a dimensionar la necesidad de tener un espacio de reflexión para desentrañar la complejidad de cada caso.

Respecto a lo que se viene trabajando, es importante retomar el concepto de lo que supone la autonomía profesional, ya que la libertad del ejercicio profesional implica poder y capacidad de dar respuesta sobre las decisiones que se toman, pero también las consecuencias de las mismas. (Aquin, et al., 2012).

En este marco, se agregan las limitaciones y desafíos cotidianos que perciben las Trabajadoras Sociales a su rol profesional en el marco de la Primera Infancia.

Como punto de partida, de acuerdo a Dos Santos, et al. (2016) “el cotidiano, comprendido como el espacio en que se realiza la intervención, nos permite pensar en la forma como las demandas llegan a las instituciones y se presentan al asistente social: inmediatizadas, fragmentadas y heterogéneas” (p. 4).

En base a los hallazgos, el tiempo existente entre la *demanda y su respuesta* es una de esas limitantes. Se visualiza una gran preocupación por la escasez de recursos y los tiempos que conllevan ciertos tratamientos que deben tener respuesta inmediata, y de forma acentuada en materia de salud.

En este sentido dos de las entrevistadas manifiestan que,

“La infancia pasa rápido, hay pocos recursos, todo lleva mucho tiempo y no llegamos.” (Entrevista a TSII, 2023).

Además, se sostiene que,

“El tiempo pasa y vos sabes que hay un tiempo limitante para intervenir, eso va en aumento desde antes de la pandemia.” (Entrevista a TSI, 2023).

El Trabajo Social se encuentra limitado en términos de tiempos, recursos y funcionamientos institucionales al momento de efectivizar su intervención de forma cotidiana.

Por otra parte, el quehacer profesional está atravesado por los planteos de la ENIA 2010-2030 para el desarrollo de la Primera Infancia, de acuerdo a los aportes efectuados en el documento, en contextos de pobreza el déficit nutricional en madres antes y durante el embarazo, la prematurez y el bajo peso al nacer, remite a la ausencia de estimulación oportuna. (CCE, 2008).

En este sentido una de las entrevistadas plantea que efectivamente, la falta de recursos y las limitantes en el quehacer profesional, agravan el déficit nutricional que afecta directamente a los niños y niñas que asisten a los centros.

En palabras de la entrevistada,

“No les alcanza con las prestaciones, vienen a la policlínica y no tienen para comer, eso afecta muchísimo el desarrollo psicomotriz. El recurso es comprar galletas de 12 pesos, que es veneno.” (Entrevista a TSI, 2023).

Además, la Médica de Familia entrevistada agrega que,

“El CAIF ayuda a ese proceso de desarrollo saludable (...) hace una diferencia en el apoyo de alimentos ya que es parte de la propuesta. (...). En enero bajan de peso y cuando retoma ahí repuntaba.” (Entrevista a Médica de Familia, 2023).

Desde las entrevistadas se plantea que, existen situaciones donde el equipo de trabajo conformado por diferentes profesionales, no logra ponerse de acuerdo en la toma de decisiones por la multiplicidad de miradas frente a una misma situación de carácter delicado. En este escenario, el quehacer profesional juega un rol importante en brindar su punto de vista. En este caso, quien expone esta preocupación como una limitante es la Maestra coordinadora II, en casos particulares en los que no sienten seguridad a nivel territorial para el abordaje de algunas familias puntuales.

Durante la entrevista manifiesta que,

“Nos pasa en algunos casos que no sabemos qué hacer,

tenemos pesos pesados del barrio que nos da miedo y no sabemos qué hacer, no nos ponemos de acuerdo.” (Entrevista a Maestra Coordinadora II, 2023).

Por su parte, la Supervisora de INAU plantea que uno de los desafíos remite a la superación de las demandas de carácter urgente, que sobrepasan la cotidianeidad del centro generando que en muchas ocasiones se pierdan los objetivos y planificaciones previamente establecidas. Plantea que, desde su visión externa interviene en el equipo de trabajo a través de los supervisores para atender las incertidumbres o dudas con respecto a situaciones que así lo ameriten. Sin embargo, sigue siendo un desafío para la profesión y el equipo de trabajo ya que como se expuso, el tiempo es una limitante y las respuestas no siempre se encuentran en el período que comprende la Primera Infancia.

En este sentido, la entrevistada verbaliza que,

“A la vez desde acá problematizamos con los equipos porque lo vemos de afuera y vemos las posibilidades y qué cosas deben ser decididas rápidamente, dependiendo el caso.” (Entrevista a Supervisora de INAU).

Para culminar este apartado y en esta línea de análisis, podemos establecer que el quehacer profesional responde a expresiones socio- históricas vinculadas a la cuestión social y la relación que mantiene con el Estado de forma cotidiana. Esto demanda al profesional la necesidad de comprender y profundizar sobre las complejidades que atraviesan las familias, desde bases teóricas pertinentes que logren trascender la inmediatez y que, en simultáneo, puedan dar cuenta la particularidad de cada cotidianeidad a intervenir desde la autonomía profesional.

Técnicas e Instrumentos

El Trabajo Social ha incorporado teorías, metodologías, técnicas e instrumentos para determinar sus planificaciones y prácticas a lo largo del tiempo. Por su parte, en la

documentación correspondiente a Plan CAIF (2010) se detalla que el Trabajo Social debería implementar diversas *técnicas* que le permitan detectar necesidades en la Primera Infancia, entre ellas: la observación, entrevistas, talleres y trabajo en equipo.

Para comenzar, es importante definir qué son técnicas y herramientas. Así pues, tomando como referencia a Ávila (2017), las técnicas son entendidas como: “conjunto de procedimientos intangibles los cuales se apoyan de los instrumentos para el análisis *societal* integral y holístico, algunos ejemplos de estos son la observación, la visita domiciliaria y el *rapport*” (p. 1).

Y, por otro lado, las herramientas: “constituyen las vías tangibles y palpables que faciliten y sean un vehículo para una mejor intervención-acción a nivel micro y macro social” (Ávila, 2017, p.1).

En base a las entrevistadas, la observación, entrevistas domiciliarias, los informes sociales, los talleres y el trabajo en equipo conforman este conjunto de técnicas y herramientas que emplean como profesionales en el marco del Plan CAIF para el trabajo con las familias.

Entre las que se mencionan, podemos definir a la *observación* como la “captura sistemática de información sobre acciones y reacciones conductuales mediante el uso de instrumentos específicos o impresiones profesionales”. (Cazorla, Universidad de Valparaíso, 2014, p.28). El/la Trabajador/a Social a partir de la observación logra describir, interpretar y analizar hechos y realidades sociales importantes al momento de efectivizar su intervención.

De acuerdo a las entrevistas,

“Atendemos familias con mucha complejidad. Vemos las posibilidades y qué cosas deben ser decididas rápidamente, dependiendo el caso.” (Entrevista a TSI, 2023).

Para el Trabajo Social,

El vínculo con los sujetos implica conocerlos, ubicarse en el espacio y establecer *rapport* (confianza). Observar y crear *rapport* requiere necesariamente, en muchos casos, establecer comunicación con el otro, y esto implicará desarrollar al mismo tiempo otras tácticas de acuerdo a la

estrategia (Madrid, 2011, p.40).

En relación a la observación una de las profesionales entrevistadas sostiene que,

"El ver y conocer más allá de lo que pasa en el consultorio, es un valor sumamente importante y que también está en la visita domiciliaria." (Entrevista a TSI, 2023).

Por otra parte, las entrevistas domiciliarias conforman una técnica empleada por el Trabajo Social que permite el acercamiento al cotidiano de los niños y niñas que asisten al CAIF, para dar cuenta del estado situacional de cada familia. De acuerdo a Cáceres, et al. (2000) la entrevista para el Trabajo Social:

se inscribe como una técnica que sirve a una profesión que se preocupa por las personas en sus relaciones sociales, en su mundo social y en los hechos sociales en que están involucradas. Interesa todo lo relacionado a las condiciones y calidad de vida de las personas y para ello, la entrevista debe estar orientada a lograr una información pertinente de la situación desde una perspectiva integral, tal como postula el constructivismo. (p, 35)

Es así que, las *entrevistas domiciliarias* se dan a conocer en mayor medida la situación sanitaria en la que se encuentra viviendo el niño o niña, pudiendo obtener una mirada in situ sobre las condiciones de vivienda, acceso a agua potable, orden y limpieza del espacio, habitaciones e interacción social dentro del hogar.

Tomando como referencia lo mencionado hasta el momento, la observación y las entrevistas domiciliarias conforman dos técnicas empleadas por el Trabajo Social cotidianamente, permitiendo obtener mayor información sobre la situación en la que se encuentra desarrollando los primeros años de vida de ese niño/a que asiste al centro, para determinar cómo proceder junto al equipo de trabajo.

Por su parte, los *talleres* con niños/as, familia y profesionales de salud corresponden a otra de las técnicas empleadas por el Trabajo Social. De acuerdo a la perspectiva en la que se posiciona el Plan CAIF, "Los talleres de interacción con adultos y

otros niños, permiten vivir experiencias de aprendizaje significativas brindando apoyo a las familias para desarrollar sus capacidades en prácticas de crianza, estimulación psicomotriz y hábitos de alimentación saludables” (Plan CAIF, 2010).

De este modo, el Trabajo Social fomenta la participación de las familias que asisten a los CAIF, permitiendo identificar posibles líneas de acción en el abordaje de determinadas cuestiones que hacen del entorno de los niños y niñas. Éstos se planifican en conjunto con otros profesionales, y las temáticas elegidas buscan acoplarse a las necesidades de cada centro en particular en función de los recursos que existen.

De acuerdo a lo mencionado con anterioridad, en las entrevistas se sostiene que:

“Se dan talleres, se trabaja de forma interdisciplinaria y se orienta a las familias, creo que desde ahí actuamos. Los tickets de alimentación, se orientan sobre cómo usarlo.”
(Entrevista a TSII, 2023).

A partir del trabajo en equipo se produce el intercambio entre varias profesiones que componen el Plan, el trabajo en equipo supone una forma de llevar a cabo las acciones. En palabras de Carbajal y Suárez (2008) el *trabajo en equipo*: “está compuesto por un pequeño número de personas, con habilidades y actitudes complementarias, comprometido con un propósito común, objetivos de rendimiento y enfoque de lo que se consideran mutuamente responsables” (p. 26).

De acuerdo a los autores, es a partir de esta forma de trabajo se transforma la existencia humana, en el entendido de su capacidad para organizar la vida social, económica y a nivel de desarrollo. Esto implica un proceso de construcción en conjunto de forma constante, donde las personas interactúan y coexisten en un mismo lugar y tiempo, para cumplir con un propósito en común. (Carbajal y Suárez, 2008).

Tomando como referencia lo recogido en las entrevistas,

“El Trabajo Social aporta el trabajo en equipo, la coordinación interdisciplinaria, las redes con el barrio e instituciones, el vínculo con la gente.” (Entrevista a TSI, 2023).

De esta manera, la interacción de varias profesiones intercambiando perspectivas teóricas disímiles sobre una misma área temática conforma la interdisciplinariedad. Por

ende, la creación de espacios donde los conocimientos y saberes aplicados y explicados desde cada disciplina, van a impactar favorablemente al momento de desentrañar la complejidad de la realidad social de los sujetos. (Malacalza, 2009).

Para profundizar en lo que remite a la interdisciplinariedad, Follari, citado en Malacalza (2005), plantea que "entendemos lo interdisciplinario como la conjunción de lenguajes diferentes que suponen un arduo esfuerzo por mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco" (p. 8). La misma tiene como fin comprender la complejidad de los problemas y determinar su posible resolución, y para ello, es primordial contar con multiplicidad de miradas.

Asimismo, la intervención efectuada desde esta metodología de trabajo, permite enriquecer las oportunidades y posibilidades de una familia y, por ende, el desarrollo de la Primera Infancia, ya que el trabajo en equipo permite visualizar una situación particular desde diferentes perspectivas y posibilidades de acción.

En concreto, las diversas técnicas e instrumentos implementados por el Trabajo Social permiten la detección de necesidades de aquellos niños y niñas que asisten a los CAIF, en relación a su contexto y entorno habitual por fuera de la institución. De este modo, el Trabajo Social es la profesión que socializa con el equipo de trabajo una mirada indispensable para la intervención cotidiana que realizan las diferentes profesiones que componen el Plan.

Trabajo Social y su relación con en el campo de la salud

De acuerdo a lo señalado a través de los documentos institucionales ya mencionados y las entrevistas realizadas, las intervenciones que realiza el campo de la salud en la Primera Infancia se pretenden efectuar desde una perspectiva de derechos e integralidad. Es así que resulta inevitable poder comprender y reflexionar sobre la posición que ocupa el Trabajo Social y la Medicina en este contexto.

Por un lado y dando inicio a este apartado, es prioritario poder partir de un concepto de salud que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) implica “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1). Además, establece que el desarrollo en la Primera Infancia “es un término genérico que se refiere al desarrollo cognitivo, social, emocional y físico”. (p. 11).

Aquello que sucede antes del nacimiento y durante los primeros años de vida condiciona el *desarrollo* cerebral y humano, impactando directamente en la salud y las relaciones sociales futuras, ya que, existen factores ambientales y biológicos que protegen y mejoran el desarrollo del niño/a pero también, aquellos que lo comprometen. (OMS, 2003).

En términos teóricos, el desarrollo de cada niño y niña depende de muchos factores que influyen en su cotidiano, principalmente en su entorno familiar con quienes pasan mayor parte del tiempo. (Razeto, 2016).

Por otro lado, y de acuerdo a las entrevistas realizadas a las distintas profesionales, podemos dar cuenta que comparten la importancia que involucra la coordinación con el campo de la salud durante los primeros años de vida en lo que refiere al desarrollo integral del niño/a que asiste al CAIF.

En este sentido se sostiene que,

“La Primera Infancia donde el desarrollo del niño y niña es fundamental, si o si se coordina con la salud” (Entrevista a TSI, 2023).

Desde la Medicina se sostiene que,

“a ese proceso de desarrollo saludable de ese niño o niña, también nos pasa que el CAIF hace una diferencia en el apoyo de alimentos ya que es parte de la propuesta. En enero bajan de peso y cuando retoma ahí apuntaba el peso, indicaba un signo de que a veces el CAIF apoya hasta con eso, en el acceso a la alimentación extra y el acompañamiento social que tiene el equipo, además de lo que tiene que ver con el desarrollo y lo evidenciado de mejores resultados neurológicos que tienen los niños y niñas que asisten al Plan CAIF con respecto de los que no, ya sabemos que eso es una intervención en salud importante.” (Entrevista a Médica de Familia, 2023).

Asimismo, si seguimos en esta línea de análisis y retomamos el Código de la Niñez y la Adolescencia en su Artículo 3, podemos visualizar que el mismo establece que “Todo niño y adolescente tiene derecho a las medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.” (Ley N° 17823: Código de la Niñez y Adolescencia, 2004).

En el caso de nuestro país, el sistema de salud otorga un papel sustancial al *primer nivel de atención en materia de salud*, ya que el mismo involucra directamente los vínculos con los sujetos, la familia y la comunidad, que permiten mejorar la solvencia de necesidades y demandas de manera integral. (OPS, 2005).

Teniendo presente lo mencionado, las entrevistadas sostienen que,

“Con la psicóloga de territorio y la Médica de familia vimos que consultaban las madres, pero nunca había algo que cerrara ese expediente, había duelos, situaciones de violencia basada en género, había recarga en cuidados del resto de la

familia, niños y niñas, adultos mayores y no un cuidado para ellas, y desde hace 6 años con el SOCAT empezamos a pensar en un espacio para mujeres para que eso impacte en la Primera Infancia en caso de madres solas. Esto también es la atención en primer nivel de atención, con la voluntad de los equipos para trabajar con esa modalidad.” (Entrevista a TSI, 2023).

Como se logra evidenciar, el primer nivel de atención supone una amplia gama de consultas sobre la cuales el equipo debe orientar y trabajar, teniendo presente que las mismas son variadas y atravesadas por múltiples factores que impactan directamente sobre el desarrollo integral de la Primera Infancia.

Siguiendo en esta línea, el rol del Trabajo Social de acuerdo a lo enunciado institucionalmente (INAU, 2017) es esencial, puesto que el profesional cuenta con la formación y comprensión requerida para efectuar abordajes que permitan visualizar el interjuego de recursos, instituciones, territorio, comunidad y familia. El trabajo en equipo y las redes colaborativas buscan fortalecer la confianza y solidaridad para mejorar la intervención en lo social, dado que es la manera en que sería posible la equidad e inclusión de los sujetos. (OPS, 2005).

En esta dirección, una de las entrevistadas sostiene que,

“CAIF es una política de prevención y promoción, estamos muy conectados con la salud, cómo cuidar y atender con integralidad la Primera Infancia” (Entrevista a Supervisora de INAU, 2023).

Por otra parte,

“En la prevención trabajan con Psicólogos y Psicomotricista desde una mirada más aguda al niño y niña para intervenciones detenidas dentro de sala no por fuera, y en todo caso hacen informes en conductas o procesos de desarrollo no acordes para la edad y la elevan a un pediatra tratante para evaluar.” (Entrevista a Maestra Coordinadora I, 2023).

Desde esta óptica, en el marco del *primer nivel de atención*, el trabajo en red cobra relevancia ya que permite generar soportes sociales y comunitarios que a partir del trabajo en equipo y la interdisciplina, posibilitan unificar esfuerzos y complementarse entre sí para efectuar intervenciones desde la integralidad, que permitan construir mejoras en el bienestar y calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2005). Por ello, el Trabajo Social interviene en realidades diversas y complejas, que en muchas ocasiones se vinculan con el campo de la salud.

Tomando como referencia a Claramunt, et al. (2009), podemos identificar que la dimensión pedagógico-educativa del Trabajo Social, está caracterizada por orientar y promover hábitos, comportamientos o formas de pensar cotidianas.

De acuerdo a lo que se viene abordando, una de las entrevistadas plantea que,

“El Trabajo Social aporta el trabajo en equipo, la coordinación interdisciplinaria, las redes con el barrio e instituciones, el vínculo con la gente.” (Entrevista a TSI, 2023).

En relación a la coordinación interdisciplinaria mencionada en las entrevistas, el Convenio marco entre MSP, MIDES, ASSE, INAU y Plan CAIF (2017) detalla líneas de acción entre las cuales se establece que el profesional debe ser referente institucional de los centros CAIF. El mismo remite a la coordinación interinstitucional, sensibilización de la población en controles de salud durante todo el proceso de embarazo, trabajo en redes sociales que permitan visualizar los recursos comunitarios coordinados entre instituciones, captación de mujeres que no estén controlando su embarazo y articular con los centros de salud, presentar el programa de Experiencias Oportunas, que permitan abordar la temática de derechos de la mujer, madre, padre y el bebé.

En este sentido una de las entrevistadas sostiene que,

“hacíamos talleres con embarazadas, la estrategia era que tuvieran el control todo el mismo día porque si no, no vienen a los talleres, capaz alguna primeriza, pero sino, piden que avisemos cuando hay taller para ir otro día, en especial las que tienen más hijos ya.” (Entrevista a TSI, 2023).

En este marco, la coordinación con otras instituciones del territorio implica el trabajo en conjunto con otros profesionales. Es así que, en lo que remite al Trabajo Social y el campo de la salud, la Medicina Familiar y Comunitaria llevada a cabo de forma extrahospitalaria obtiene papel central en el marco del Plan CAIF, ya que, cuenta con horas que destina a la comunidad y el trabajo interinstitucional con otros profesionales. (Facultad de Medicina, 2003).

Por su parte, la *Atención Primaria en Salud* involucra estrategias que se vinculan a *acciones preventivas y promotoras de la salud*, desarrollando mecanismos políticos y organizacionales que garanticen, preserven y mejoren la promoción de la salud. En el caso de la Primera Infancia, permite llevar a cabo líneas de acción en función de las necesidades que demandan quienes acuden al CAIF.

Tomando en cuenta el trabajo comunitario y extrahospitalario ya mencionado, las entrevistadas aluden a algunas de las derivaciones que realizan desde el Trabajo Social como lo es el Programa Aduana (ASSE), a partir del cual se busca lograr que niños y niñas entre 0 y 3 años usuarios/as de ASSE mejoren su crecimiento y desarrollo integral, brindando prestaciones adecuadas según nivel de riesgo a través de la identificación, captación, el seguimiento y control por parte del equipo de salud (ASSE, 2013, p.9).

Además, durante una de las entrevistas se hace referencia a Bienvenido Bebé como prestación solicitada para reforzar los recursos hasta el primer año de vida del niño/a.

En esta línea, se manifiesta que,

“se intenta coordinar vacunas, cuando salen del Pereira saca

la cédula o sino gestionar, la tarjeta bienvenido bebe que muchas veces no se da a conocer”. (Entrevista a TSI, 2023).

Desde el 1 de noviembre del 2018, la tarjeta Bienvenido Bebé, le corresponde a niños y niñas nacidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela hasta cumplir su primer año de vida. El objetivo es acompañar mujeres embarazadas desde el nacimiento para fortalecer la intervención y atención de demandas.

En este aspecto, existen situaciones vinculadas al campo de la salud que sobrepasan los *recursos* existentes y el/la Trabajador/a Social articula con Uruguay Crece Contigo (UCC). El mismo corresponde a una política pública que tiene por objetivo consolidar el Sistema de Protección Integral en la Primera Infancia de cobertura nacional, trabaja constantemente con el Plan CAIF empleando acciones universales y focalizadas para garantizar el cuidado y protección a mujeres embarazadas y niños/niñas que sean menores de 4 años, teniendo presente una perspectiva de derecho, género y generación. (MIDES).

En relación a lo mencionado, una de las entrevistadas sostiene que,

“Hay falta de recursos, el año pasado una niña empezó con alergia y terminó con infección generalizada al rascarse tanto, así que coordinamos con UCC la parte de salud” (Entrevista a Maestra Coordinadora I, 2023).

La escasez de recursos implica que la calidad de atención se vea desgastada, teniendo en cuenta la pluralidad de factores que atraviesan las familias con respecto a su situación socio-económica.

Alonso (2014) plantea que “ante las necesidades, siempre crecientes, suele darse la escasez de bienes y recursos para satisfacerlas. Ha llegado el momento en el que tenemos que hacer más con menos” (p. 164).

Por otra parte, en las diferentes entrevistas aparece como preocupación el incremento en los diagnósticos de trastornos del espectro autista (TEA), previo a la

pandemia y de manera acrecentada pasada la misma, las cuales demandan mayor cantidad de profesionales capacitados.

En este sentido,

“Hay muchos niños con TEA con una sola educadora, es una locura.” (Entrevista a TSII, 2023).

En las entrevistas se manifiesta que,

“el TEA, déficit atencional en un centro donde no hay formación, para el ingreso de educadoras piden cursos cortos.” (Entrevista a TSII, 2023).

El rol del Trabajo Social en su articulación con los centros de salud, permite tener una *visión más amplia de los sujetos y su cotidianidad*. (Nucci y Corsetto, 2018). Dicho esto, es sustancial dar cuenta que el Trabajo Social se torna crucial en el vínculo existente con el centro de salud de la zona en la que se ubica el CAIF.

En otro orden de cosas, la entrevista realizada a la Médica de familia permite evidenciar la importancia del rol del Trabajo Social para conocer la situación de los sujetos fuera del consultorio, ya que es posible atender y dar respuesta a cuestiones que trascienden lo médico. Además, manifiesta que durante *la cotidianidad la demanda “desborda”* de personas que acuden a consulta, y el rol del médico/a termina en la disyuntiva de priorizar el tiempo en consultorio o dedicarlo a la comunidad, dado que cuentan únicamente con cuatro horas semanales para tarea comunitaria.

La entrevistada manifiesta que,

“Había una concepción más vieja que no comparto, de que las situaciones sociales tienen que derivarse puramente a los ámbitos sociales, ahí lo que hicimos fue tratar de ir incorporando el Trabajo Social. Tuve que explicar por qué era importante que se incorporen, espero algún día no tener que fundamentar por qué” (Entrevista a Médica de Familia, 2023).

Además, agrega que,

“El trabajo cotidiano no es fácil porque la demanda desborda, es un trabajo artesanal de coordinar la alta demanda asistencial y las necesidades del territorio con la atención comunitaria” (Entrevista a Médica de Familia, 2023).

De acuerdo a lo recogido, las ciencias sociales permiten facilitar *la relación existente entre la medicina y la comunidad*, ampliando la atención sin limitarla únicamente al consultorio.

Ahora bien, independientemente de que la Médica de Familia entrevistada expresa la gran necesidad del rol del Trabajo Social y la articulación entre el campo de la salud y el Plan CAIF, en muchas circunstancias se hace necesario el tener que fundamentar el porqué de ello en el ámbito sanitario. Desde las entrevistadas en sus diferentes profesiones, se sostiene que el vínculo del campo de la salud con el Plan CAIF no siempre sucede de forma fluida, indistintamente de acuerdos pre establecidos institucionalmente.

Es así que una de ellas manifiesta que,

“En la policlínica el rol principal es el del médico y acá está el poder médico, la policlínica funciona cuando hay médico y cuando no hay, no podemos estar.” (Entrevista a TS1, 2023).

Por otra parte,

“El accionar depende de la policlínica, es decir, la articulación no es siempre.” (Entrevista a TSII, 2023).

Además, se agrega que los/las Trabajadores/as Sociales,

“Somos capaces de conocer a fondo la historia de las familias y articular con la policlínica para mostrar ese otro lado. La medicina familiar tiene más apertura, pero no deja de ser el saber médico.” (Entrevista a TSII, 2023).

De acuerdo a las entrevistas, el sistema vinculado al campo de la salud implica cuestiones del orden de lo administrativo, completar formularios con datos y cumplir con pautas y normativas muy rígidas, obstaculizando que logren profundizar y generar un vínculo de confianza para un trabajo profesional acorde a las necesidades de las familias más allá del dato clínico.

En este sentido, la Trabajadora Social I expresa que,

“hay una manera de accionar desde la institución de salud que son con pautas muy rígidas y a veces, señalando o discriminando con la dificultad de ponerse en el lugar del otro o la otra.” (Entrevista a TSI, 2023).

Cómo se aborda en el marco teórico, el Trabajo Social realiza aportes en relación a las carencias transitadas en el proceso de salud y enfermedad, convirtiéndose en intermediario entre destinatarios e *instituciones*, ya que identifica redes familiares y sociales de los sujetos, articula con otras instituciones y realiza gestiones vinculadas a los recursos disponibles, así como también, su formación académica le otorga la capacidad de entender cada situación particular.

Tomando como referencia las entrevistas, se verbaliza que,

“La consulta es un espacio con una cierta capacidad de actuación, entonces el marco era puntual y específico. El ver y conocer más allá de lo que pasa en el consultorio.” (Entrevista a Médica de Familia, 2023).

Además, en base a las entrevistas se verbaliza que las familias manifiestan mayor comodidad y libertad cuando acuden con un profesional de Trabajo Social.

En este sentido se sostiene que,

“la confianza que tienen con el CAIF es diferente a la que le brindan a la Policlínica. (Entrevista a TS I, 2023).

También agrega,

“Me cuentan cosas que al médico no.” (Entrevista a TSI,2023).

De acuerdo a Barrán (1933),

El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. [...] Así, la vida larga se transformó en el objetivo de la existencia individual y la salud pública en la suprema ley del Estado (p. 11).

Asimismo, tomando como referencia a Díaz (1997):

La propuesta fundamental del nacimiento del poder médico en el Uruguay, de sus orígenes y de sus consecuencias, recibe influencias del “análisis foucaultiano” de la historia, a través del cual toman jerarquía el saber científico asociado al disciplinamiento social en materia de salud (p. 44).

La Primera Infancia, desde el campo de la salud supone y demandas determinadas prácticas. Las mismas imponen a los adultos de referencia, acciones y pautas de cuidado/ crianza aprobados por la medicina. Sucede también, que en algunas ocasiones se toman medidas independientemente del trabajo realizado en el CAIF con la familia o adultos referentes. En este sentido y de acuerdo a la entrevista realizada a una de las Trabajadoras Sociales que actualmente trabaja en una policlínica,

“En algunos casos se termina judicializando porque los derechos están vulnerados de ese niño o niña. Tratamos de quemar todas las posibilidades antes, es lo que menos queremos (...)A veces se hacen informes por separado del CAIF, solo de parte de la policlínica, quemamos todas las alternativas” (Entrevista a TSII, 2023).

De acuerdo a Barrán (1993) y Ortega (2008), el Estado batllista tuvo un papel

esencial en la propagación de la medicalización de la sociedad, teniendo presente la gran cantidad de hospitales a nivel nacional que comenzaron a funcionar.

Y en este aspecto, Giddens, citado en Acosta (1998), plantea que el higienismo forma parte de la medicalización de la sociedad, donde el cuidado del cuerpo incluye formas de control ejercidas por las instituciones hacia los individuos, específicamente sobre las “clases peligrosas”, vigiladas y controladas a pedido de la salud.

De este modo, el Trabajo Social junto a la medicina se encargaban de las familias, recursos y condiciones de transitar las enfermedades, ya que es con el higienismo que comienza a surgir otra mirada al cuerpo humano y su cuidado, como forma de controlar las condiciones y maneras de vivir de la cuestión social mayoritariamente.

En este orden, teniendo presente las tensiones existentes entre el cuidado y control efectuado en las prácticas médicas, una de las entrevistadas plantea,

“el poder médico a veces hace menos accesible que las familias pregunten o se abran en el consultorio, sienten estructura y poca flexibilidad o les hablan en términos que no comprenden, les da vergüenza por el sermón que suelen recibir, una mujer justo hace poco nos comentó esto y la posibilidad de cambiar de médico para ver si se siente más cómoda.” (Entrevista a TSI, 2023).

La medicalización permite controlar al individuo y su cuerpo, al mismo tiempo que protegerlo y cuidarlo, pero que junto a la construcción del poder médico exista disciplina y regularización sobre la sociedad (Foucault, 1975). Por ello, Foucault (1975) también agrega que, “el poder disciplinario (...) es un poder que, en lugar de sacar y retirar, tiene como función principal la de «enderezar conductas”. (p. 175).

De acuerdo a las entrevistas,

“Las enfermeras tienen un lado muy paternalista, no en el sentido protector sino en el límite, rezongo, la penalización por no hacer x cosa. El Trabajo Social trata de generar esa empatía, por eso se hacen reuniones de equipo para poder mostrar otras dificultades de acceso de esas familias para cumplir las normativas.” (Entrevista a TSI, 2023).

El poder médico es el generador de que en muchas ocasiones los sujetos que acceden a una consulta de pocos minutos no sientan la comodidad o libertad de decir lo que necesitan y atraviesan en su cotidiano, por este motivo y de acuerdo a las entrevistadas, es usual que las personas tengan mayor apertura con el/la Trabajador/a Social.

Según Foucault (2007) es posible pensar estas prácticas en estrategias de biopolítica como forma reguladora de poblaciones, manifiesta que “El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (p. 125). La biopolítica incorpora y transforma algunas técnicas disciplinarias, implicando la existencia de intervención estatal de forma gubernamentalizada. (Foucault (2007).

En este orden, Mitjavila (1998) también plantea que: “la participación del saber médico en la modelización contemporánea de estilos de vida, constituye una ventana apropiada para visualizar las bases sociales y los resortes institucionales de la medicalización del espacio social.” (p. 7).

En este aspecto, es importante destacar que lo esperado para el Trabajo Social involucra actuar en función del reconocimiento de vulnerabilidad y necesidad de aquellos sujetos desprotegidos. Como menciona el Código de Ética profesional del Servicio Social o Trabajo Social en el Uruguay (2019) en su artículo N° 20: “Reconocer la vulnerabilidad y dependencia de los sujetos, particularmente aquellos en condición o situación de mayor desprotección, discapacidad, exclusión o desposesión, respetando, defendiendo y promoviendo su dignidad y derechos.” (Ley N° 19778, Regulación del ejercicio de la Profesión del Trabajo Social el Servicio Social, 2019).

Para finalizar este apartado, es valioso poder visualizar que desde las ciencias sociales y la mirada que aportan los/las Trabajadores/as Sociales, los equipos de trabajo vinculados al campo de la salud pueden ampliar la mirada de lo que llega al consultorio, dado que el profesional se involucra en el proceso de salud y enfermedad, conociendo y comprendiendo las necesidades de los sujetos que se acercan a los CAIF. Y, además, durante su intervención los profesionales buscan movilizar a los sujetos en términos de

problematizar su realidad social, permitiendo convertirse en actores capaces de solucionar sus problemáticas cotidianas de forma autónoma. (Lázaro y Gracia, 2006).

10- Reflexiones finales

El objetivo de esta monografía se orientó a la comprensión del accionar que el Trabajo Social realiza en el marco del Plan CAIF y el campo de la salud durante el período 2015-2020.

Culminando la lectura de material bibliográfico y su posterior análisis junto a las entrevistas realizadas para el abordaje de la temática elegida, se puede concluir que en el marco del Plan CAIF y de acuerdo a las entrevistas realizadas, el rol del Trabajo Social es sustancial para el desarrollo integral del niño o niña que asiste al centro, puesto que el profesional es quien genera vínculos de confianza a nivel familiar a través de diferentes técnicas e instrumentos que componen sus prácticas cotidianas, permitiendo de esta manera, abordar y visibilizar cuestiones que componen la cotidianeidad de los sujetos y aquellos obstáculos por los que transitan diariamente por fuera de lo que sucede institucionalmente.

Además, las entrevistadas coinciden en que el Trabajo Social cuenta con aportes valiosos en las líneas de acción a seguir por el equipo de trabajo, entendiendo que existen familias que cargan realidades complejas y particulares que necesitan ser visibilizadas y comprendidas en profundidad para la protección y promoción de los derechos en la Primera Infancia.

En relación a las técnicas e instrumentos utilizados por los y las Trabajadores/as Sociales, se halló que son las mismas independientemente de la ubicación territorial del centro en el que desempeñan su rol, entre ellas se destaca: la observación, realización de talleres, trabajo en equipo e interdisciplinario y entrevistas domiciliarias.

Ahora bien, a pesar de que el Plan CAIF presenta documentación en la que mandata lo esperado para el Trabajo Social, desde las entrevistas realizadas se puede concluir que la realidad es tan compleja y demandante para el profesional, que muchas

veces las tareas exceden lo prescrito, implicando grandes limitantes y desafíos para el Trabajo Social en lo que remite a su quehacer en los centros.

Aun así, desde su origen hasta la actualidad, el Trabajo Social continúa siendo cuestionado a partir de la construcción de cómo debería o no, ejercer su profesión. Desde las entrevistas emergió una imagen del Trabajo Social únicamente ligado al trabajo de campo, sin contemplar la necesidad de contar con espacios de reflexión o planificaciones previas a la intervención para no caer en la inmediatez de respuesta. De este modo, teniendo en cuenta que la profesión necesita de estos espacios y la visión que tienen las otras profesiones entrevistadas, sería pertinente seguir problematizando sobre esta construcción existente respecto al Trabajo Social.

Por otra parte, en lo que remite a las prácticas vinculadas al campo de salud que realiza el profesional, las entrevistadas aluden a diversas acciones que son llevadas a cabo por el Trabajo Social en el marco del Plan CAIF, que adquieren gran relevancia. En este orden, los talleres, las articulaciones con otras instituciones o programas como UCC, Programa Aduana, Bienvenido Bebé y los acompañamientos que realizan a las familias respecto a los cuidados, orientados a la promoción y prevención de la salud para el desarrollo integral del niño/a, forman parte del campo de abordaje de la profesión en este contexto.

En lo que refiere al vínculo entre el campo de la salud y el Trabajo Social en el marco del plan CAIF, se logra evidenciar que, a pesar de la existencia de documentos, acuerdos y resoluciones interinstitucionales para el desarrollo integral de la Primera Infancia, no siempre se logra llevar a cabo de manera fluida. En general, la iniciativa de efectuar acciones en conjunto o determinar cómo abordar y comprender determinadas situaciones familiares surge desde el Trabajo Social únicamente.

Por otra parte, de acuerdo a las entrevistadas, la confianza que sienten las familias con el Trabajo Social, es distinta a la que sienten cuando acuden a consulta médica, por ello, los aportes que efectúa el Trabajo Social a los equipos de salud es de suma significación en lo que remite a la prevención y promoción en materia de salud, permitiendo realizar aportes desde

una mirada más amplia y complementaria de lo que supone el consultorio médico.

Tomando como referencia el Programa Prioritario de Atención a la Salud de la Niñez (2006):

La formación de equipos interdisciplinarios es una construcción colectiva que exige una democratización del poder entre los distintos actores (...) El reconocimiento de los roles de cada cual y de su aporte hacia la integralidad de los mensajes e intervenciones es el primer paso hacia la escucha respetuosa y la construcción conjunta (MSP, p. 13)

La apertura de los centros de salud con respecto al Trabajo Social y los centros CAIF es materia fundamental a seguir profundizando, debido a que la articulación entre instituciones resulta frágil. En este sentido, los significados y prácticas vinculados a la persistencia de una asimetría de poderes que prioriza el saber médico sobre otros, representan temas sobre los que seguir reflexionando e investigando en pos de la fluidez interinstitucional.

Retomando conceptos teóricos de Berger e Luckmann (1983): “la medicalización a través del saber médico representa un campo propiamente socializador, en términos de legitimación de elementos de los universos simbólicos que integran un sistema de dominación” (p. 8).

A modo de síntesis podemos establecer que los avances en el cuidado y atención de la Primera Infancia con el pasaje del tiempo presentan mayor consolidación, sin embargo, son varios los desafíos que siguen vigentes, debido a que la escasez de recursos, las tensiones institucionales y los mandatos son parte de la cotidianeidad con la que el Trabajo Social se enfrenta.

Tal como plantea la ENIA 2010-2030: “El mundo ha cambiado, el mercado de trabajo, las familias, los niños, las niñas, los adolescentes han cambiado, pero las propuestas y espacios educativos(...)no se han adecuado a esos cambios” (CCE, 2008, p.15).

Para finalizar, se identificó como un límite de esta tesis el acceso a diferentes territorios como forma de ampliar la mirada y quizá realizar una aproximación comparativa de los diferentes CAIF de Montevideo y las conexiones que puedan existir o no, con respecto al vínculo existente entre el campo de la salud, el Trabajo Social y el Plan CAIF.

Con estas reflexiones se espera contribuir a una revisión del rol profesional, su legitimación y sus límites en el campo estudiado y expuesto en esta tesis.

15- Bibliografía

- Acosta, L. "La génesis del servicio social y el "higienismo"". *Fronteras*, (Nº 3) ,11-24.
- ADASU (2004). *Mesa de Salud*. ADASU
<https://www.adasu.org/prod/1/234/Guia.del.MSP.pdf>
- Alonso, M. (2014): *Trabajo Social, necesidades, problemas y recursos*. Escuela Universitaria de Trabajo Social -Universidad de León.
- Aries, Philippe (1987) *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen Tauros*.
- ANEP (2005): *Progresiones de Aprendizaje. Transformación Curricular Integral*.
<https://www.anep.edu.uy/15-d-transformaci-n-educativa/documento-progresiones-aprendizaje-transformaci-n-curricular-integral>
- ASSE (2013): *Programa Aduana*. Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
- Aquin, N., Custo, E. y Torres, E. (2012). El problema de la autonomía en el trabajo social. En *Revista de trabajo social*, 5(8), 304-320.
- Ávila, G (2017): Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpus teórico-metodológico del accionar del Trabajador Social. En *revista de Trabajo Social*, (Nº86), 91-104.
- Barrán, J.P (1860-1920): *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*.
<https://www.aacademica.org/isabella.cosse/18.pdf>
- Bentura, C (2006) *Trabajo Social en el Campo de la Salud*. (Tesis de Maestría). Universidad de la República, Montevideo.
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/17960>
- Berger, L. Luckmann, T. (1983): *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Carli, S. (Ed.) (1999) *De la familia a la escuela. Infancia, socialización y subjetividad*.
- CCEPI (2014): *Salud y educación en la Primera Infancia: Líneas de acción para un enfoque integral*. CCEPI. <https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/sites/ministerio-educacion-cultura/files/documentos/publicaciones/librillo-salud-en-primera-infancia-digital.pdf>
- Cáceres, C. Oblitas B., Parra P. (2000): *La entrevista en el Trabajo Social*. Editorial E.

- Carbajal, S. y Suárez, C. (2008). *Equiparse para trabajar en equipo. Conceptos y herramientas para contribuir al trabajo de equipo en el ámbito laboral*. Departamento de Publicaciones, UdelaR.
- Cazorla, K. (2014): *Técnicas del Trabajo Social*. https://www.edumargen.org/docs/2018/curso42/unid02/apunte06_02.pdf
- Claramunt, A. (2009): El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. *Fronteras* (Nº 5), 91-104.
- Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia (CCE).(2008) *Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia: Bases para su implementación 2010- 2030*.
- Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia (2014): Bases para la discusión sobre lineamientos estratégicos para un Plan de Acción 2015-2020.
- Da Silva, C (2018): *Plan CAIF y SNIS: un estudio de caso sobre exigencias y respuestas para la primera infancia*. (Monografía de Grado). Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR: Montevideo.
- OPS (2005): *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-regional-sobre-nuevas-orientaciones-atencion-primaria-salud-declaracion>
- OPS (2022): *120 años en la Región. 70 años en Uruguay. La OPS y la transformación del sistema de salud uruguayo*. Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay.
- Díaz, A. (1997). La Medicina del Novecientos: Poder y Saber. *En Revista de la Biblioteca Nacional* (Nº 8), 217-229.
- Donzelot, J. (1977) *La Policía de las Familias*.
- Dos Santos,C. Filho,R. Backx, S (2016): *La dimensión técnico operativa del Servicio Social: cuestiones para la reflexión*. Editora UFJF.
- Faccio, S. (2015): *El rol del trabajador social en los Centros CAIF*. (Monografía de Grado). Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR.
- Facultad de Medicina (2003): *Medicina Familiar y Comunitaria*. <http://www.medfamco1.fmed.edu.uy/carteleras/cartelera-portada/depto-medicina-familiar-y-comunitaria>

- Federación Internacional de Trabajo Social. (2014) Definición Trabajo Social América Latina y Caribe. <https://www.adasu.org/prod/1/487/Definicion.Regional.adenl.Trabajo.Social.pdf>
- Follari, R. (2005) La interdisciplina revisitada. Andamios. *Revista de Investigación Social* 1(2), 7-17. <https://www.redalyc.org/pdf/628/62810201.pdf>
- Foucault, M. (1975), “La disciplina”, en Foucault *Vigilar y castigar*. Siglo veintiuno.
- Foucault, M. (1988): *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2007): La “gubernamentalidad”, en Giorgi y Rogríguez (comp.) *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Paidós.
- Garay, M. Tuzzo, R. Díaz, A. (2066): *Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención*. Comisión sectorial de educación permanente.
- Garrido, N. (2017). EL Método de James Spradley en la investigación cualitativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, (Nº 6), 37-42. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062017000200037
- Guerra, A. Mora, S. Carrillo, R. (2019): *Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/2.organizacionsnis.pdf>
- Giribuela, W. y Nieto, F., (2010): *El informe social como género discursivo. Escritura e intervención profesional*. Espacio Editorial.
- Gibbs, G. (2007): *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Morata.
- Iamamoto, M (1997): *Servicio Social y División del Trabajo*. Cortez Editorial.
- INAU (2010): *Planificaciones Operativas. Proyecto Institucional de los Centros CAIF*. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PLANIFICACIONESZOPERATIVASZII.pdf>
- INAU (2015): *25 años del Plan CAIF. Una mirada en profundidad a su recorrido programático e institucional*.
- INAU (2017): *Competencias para el cuidado de la primera infancia. Perfiles profesionales en los centros CAIF*. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CAIF_competencias%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CAIF_competencias%20(2).pdf)
- INAU (2017): *Convenio Marco del Plan CAIF*. <https://caif.inau.gub.uy/documentos/item/48-convenio-marco-del-plan-caif>

- Instituto del Niño y el Adolescente Uruguay (12 de octubre de 2021). INAU <https://www.inau.gub.uy/institucional/mision-y-vision>
- Lázaro, J., & Gracia, D.. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 3), 7-17. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&tlng=es.
- Liberman, B, Pascual, S.(2014): Reflexiones acerca de un dispositivo instituyente. *En Revista del Centro Nacional de Información y Documentación*, Vol. 5 (No. 5/6) 1-186. <http://ifdsanramon.cfe.edu.uy/images/pdf/2022/RevistaTemas/temas-5-6.pdf>
- Madrid (2011): *Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social*.
- Malacalza (2009): *El Trabajo Social y la construcción de estrategias de intervención en el escenario socio-histórico Latinoamericano en un mundo globalizado*. Departamento de Trabajo Social de la Universidad Alberto Hurtado.
- MEC (2006): *Diseño Curricular Básico para Niños y Niñas de 0 a 36 meses*. Dirección de Educación Área de Educación en la Primera Infancia.
- MIDES (2011): *La reforma Social. Hacia una nueva matriz de protección social del Uruguay*. Unidad Asesora en Comunicación – MIDES.
- MIDES (2021): CAIF. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/8934>
- Ministerio de Salud Pública. (2006): *Programa Prioritario de atención a la salud de la Niñez*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/programas/area-programatica-salud-ninez>
- Mitjavila (1998): *El saber médico y la medicalización del espacio social*.
- Montaño, C, Pastorini, A. (2006): *Génesis y legitimidad del Servicio Social: dos tesis sobre el origen del Servicio Social. su legitimidad y su función en relación a las políticas sociales*. Servicio de documentación en Trabajo Social.
- Morlachetti, A. (2013). *Sistemas nacionales de protección integral de la infancia*. UNICEF <https://repositorio.cepal.org/>
- Netto, J.P. (1997). *“Capitalismo monopolista y servicio social”*. Cortez Editora.
- Nucci, N. (2008). Las familias en la reproducción cotidiana de la existencia: estrategias de sobrevivencia y estrategias de reproducción social. En De Martino, M. y Gabín,

B. (comps). *Prácticas pedagógicas y modalidades de supervisión en el área de familia. Propuestas, sustentos y desafíos en el nuevo milenio* (15-271). Universidad de la República.

Nucci, N. Crosetto, R. (2018): *La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud pública*. Conocimiento.

OMS (1948). *Preámbulo de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

OMS (1998): Promoción de la Salud Glosario. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

OMS (2003): *Informe sobre Salud en el Mundo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42822/9243562436.pdf?sequence>

OMS (2021): *Atención Primaria en Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Osorio, G. Rosero, A., Ladino, A., Valencia, C., Palacio, S. (2010). *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en&tlng=es.

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

Ortega, E. y Vecinday, L. (2011): *Viejas y nuevas formas de gestión social en el campo de la primera infancia*. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo.

Pichon-Rivière, E. (1981) *El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social*. El interjuego de roles. Nueva Edición.

PNUD-UNICEF (2012): *Competencias para el cuidado de la primera infancia. Perfiles profesionales en los centros CAIF*. UNICEF

Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud (17–21 de noviembre de 1986). Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. OMS. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>

Pronadis (2014): *TEA: Trastornos del espectro autista*. https://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/41125/1/librotea_final.pdf

- Razeto, A. (2016). *El involucramiento de las familias en la educación de los niños: Cuatro reflexiones para fortalecer la relación entre familias y escuelas*. 9(2), 184-201.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-74682016000200007&lng=es&tlng=es.
- Rizo (2015): *Técnicas de Investigación Cualitativa*. Facultad Regional Multidisciplinaria de Matagalpa.
- Rozas Pagaza, M. (2010): *La intervención profesional en relación con la cuestión social El caso del Trabajo Social*. Cap. IV la cuestión social contemporánea y la intervención profesional como campo problemático, 219-241.
- Rozas, M. (1986). *El Trabajo Social y la crisis actual de América Latina*
- Schvarstein, L. (2013): "Psicología Social de las Organizaciones". Paidós.
- UNICEF (1948-2006): *Convención sobre los derechos del niño*. Unidos por la Infancia.
https://www.bibliotecaunicef.uy/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=135#:~:text=Uruguay%20la%20ratific%C3%B3%20el%2028.edad%20reciban%20una%20protecci%C3%B3n%20especial.
- Uruguay (2004, Setiembre 14). Ley N° 17823: Código de la Niñez y Adolescencia.
- Uruguay (2009, Enero 16). Ley N° 18437: Ley General de Educación.
- Uruguay (2019, Setiembre 09). Ley N° 19778: Regulación del Ejercicio de la Profesión del Trabajo Social o Servicio Social.
- Uruguay Presidencia (2019): *Bienvenido Bebé se suma a asignaciones familiares, materiales de apoyo a la crianza y Tarjeta Uruguay Social*.
<https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/bienvenido-bebe-se-suma-asignaciones-familiares-materiales-apoyo-crianza>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

12- Anexo 1- Pautas de entrevista

Modelo de entrevistas en el marco de las acciones efectuadas en el trabajo correspondiente al Plan CAIF durante el periodo 2015-2020 en nuestro país:

Trabajador/a Social

1. ¿Cuáles son las prácticas que efectúas como Trabajador/a Social vinculado al campo de la salud?
2. En el plano de la salud y la primera infancia, ¿Considera que su rol es pertinente en dicho ámbito? ¿Por qué?
3. Tomando como referencia lo esperado por la institución sobre el Trabajo Social, ¿Cuáles son las tareas específicas que realiza para solventar las demandas vinculadas al campo de la salud? ¿Existen límites y desafíos en la intervención que efectúa cotidianamente?

Maestro/a Coordinador/a

1. ¿Considera relevante el aporte efectuado desde el Trabajo Social para problematizar e intervenir cuestiones vinculadas al campo de la salud? ¿Por qué?
2. ¿Cuál es su opinión en base al rol esperado del Trabajo Social inserto en el Plan CAIF?
3. ¿Existen límites y desafíos en la intervención que efectúan cotidianamente?

Educadora

1. En la Primera infancia, ¿Cuáles son las principales problemáticas que pueden enfrentar los niños y niñas que asisten a los CAIF?
2. En tu accionar dentro del Plan CAIF, ¿Para atender las demandas vinculadas a su rol dentro de la institución, trabaja en conjunto con otros profesionales para abordar cada situación? ¿Cuáles?

3. ¿Considera relevante el aporte efectuado desde el Trabajo Social para problematizar e intervenir cuestiones vinculadas a la primera infancia y el campo de la salud? ¿Por qué?
4. ¿Existen límites y desafíos en la intervención que efectúan cotidianamente?

Doctores/as

1. Desde la medicina, ¿Cuáles son las principales demandas vinculadas a niños y niñas que son derivados del Plan CAIF?
2. ¿Qué acciones o decisiones se toman en el abordaje de la primera infancia?
3. ¿Considera relevante el aporte efectuado desde el Trabajo Social para problematizar e intervenir cuestiones vinculadas a la primera infancia y el campo de la salud? ¿Por qué?
4. ¿Existen límites y desafíos en la intervención que efectúan cotidianamente?