

El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social¹ en el Uruguay neobatillista: una indagación genealógica

O preventivismo sanitarista e a institucionalização do Serviço Social no Uruguai neobatillista: uma investigação genealógica

Public health prevention programs and the institutionalization of Social Work in the Neobatillista Uruguay: a genealogical analysis

Elizabeth Ortega

Candidata a Doctora en Trabajo Social - Universidad de la República Oriental del Uruguay/UDELAR - Uruguay.

Profesora Asistente del Dep. de Trabajo Social - FCS/UDELAR.

Myriam R. Mitjavila

Doctora en Sociologia pela Universidade de São Paulo - USP.

Integrante del cuerpo docente del Doctorado en Trabajo Social de la UDELAR - Uruguay.

Profesora Adjunta del Dep. de Servicio Social - Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC - Brasil.

R esumen

En el presente artículo se realiza una relectura del proceso de institucionalización del Servicio Social como profesión en Uruguay en el período que transcurre entre 1940 y 1960. Con una perspectiva genealógica, se analizan las relaciones y articulaciones que se establecieron en Uruguay en el período posterior a la II Guerra Mundial entre las trayectorias socio históricas, las transformaciones en los modelos etiológicos que organizaron el saber en el campo de la salud, y la nueva institucionalidad que permitió, bajo el influjo de una estrategia panamericanista liderada por Estados Unidos, la instalación de nuevos dispositivos de poder (en el sentido foucaultiano) que incluyeron la redefinición de algunos campos profesionales, entre ellos el del Servicio Social.

Palabras clave: Trabajo Social, profesiones, medicalización, genealogía.

R esumo

No presente artigo realiza-se uma releitura do processo de institucionalização do Serviço Social como profissão no Uruguai no período que compreendido ente 1940 e 1960. Em uma perspectiva genealógica, analisam-se as relações e as articulações que se estabeleceram no Uruguai, no período posterior a Segunda Guerra Mundial, entre as trajetórias sócio-históricas, as transformações nos modelos etiológicos que organizaram o saber no campo da saúde, e a nova institucionalidade que permitiu, sob a influência de uma estratégia panamericana liderada pelos Estados Unidos, a instalação de novos dispositivos de poder (no sentido foucaultiano) que incluíram a redefinição de alguns campos profissionais, entre eles o do Serviço Social.


Palavras-chave: Serviço Social, profissões, medicalização, genealogia.

A bstract

This article conducts a review of the institutionalization of Social Work as a profession in Uruguay from 1940-1960. Using a genealogical perspective it analyses the relations and articulations that were established in Uruguay after World War II among the social historic trajectories, the transformations in the etiological models that organize knowledge in the field of public health. The paper also looks at the new institutionality which, under the influence of a Pan American strategy led by the United States, allowed for the installation of new instruments of power (in the Foucaultian sense) that included the redefinition of a number of professional fields, including Social Work.

Key words: Social Work, professions, medicalization, genealogy.

Introducción

 Las ciencias sociales siempre han ensayado interpretaciones sobre los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales del nacimiento, desarrollo, ocaso y transformaciones experimentadas por las profesiones en el mundo moderno (CHAPOULIE, 1973; SAKS, 1983; LARSON, 1990; RODRIGUES, 1997; FREIDSON, 1998; DINIZ, 2001). Uno de los aspectos de este tema que hasta el presente han sido más explorados por los investigadores sociales se refiere a los factores que determinan la institucionalización de una profesión, esto es, a aquellos procesos que influyen decisivamente en la conversión de determinadas ocupaciones en verdaderas profesiones, estas últimas caracterizadas, entre otros elementos, por la acreditación universitaria, la autonomía técnica y la organización corporativa.

Ese interés por las profesiones se fundamenta en el papel que generalmente se les atribuye en los procesos de producción y reproducción de la vida social. Además, ciertos tipos de profesiones se caracterizan por estar situadas en el corazón mismo de las instituciones sociales y, por lo tanto, en el centro de las tensiones, los conflictos y los engranajes sociopolíticos y culturales que intervienen en la organización de la vida social. En este sentido podría afirmarse que, analíticamente, las profesiones se tornan interesantes observatorios para la investigación de los contextos sociales y de las instituciones en las cuales estos se apoyan.

El presente artículo responde a ese tipo de preocupación al presentar y discutir algunas dimensiones de la tesis² según la cual la construcción de los pilares que sustentan el Trabajo Social como profesión en el Uruguay contemporáneo tiene origen en un conjunto de transformaciones institucionales registradas durante el período conocido como *neobatllismo*, particularmente aquellas que se manifiestan en la expansión de los procesos de medicalización de la vida social o, en otras palabras, de la ampliación de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que, en el pasado, exhibían un mayor grado de exterioridad respecto a sus propios dominios (MENÉNDEZ, 1985; MITJAVILA, 1992).

En efecto, durante el período neobatllista – que transcurre aproximadamente entre los años 1940 y 1960 – se registra un conjunto de transformaciones institucionales significativas para los rumbos posteriormente adoptados por el Servicio Social como profesión. Se trata de una profunda reorientación en la gestión de lo social que comprende: a) transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales, las cuales representan una inflexión en las formas y contenidos del proceso de “higienización” que fuera inaugurado en el pasaje del siglo XIX al siglo XX; b) transformaciones en los modelos etiológicos que organizaron

el saber en el campo de la salud; c) cambios en la institucionalidad, con el surgimiento de nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, la formación de nuevos agentes sanitarios, bajo un fuerte influjo de organismos internacionales en la consolidación de los modelos de gestión y en el papel de las diferentes categorías profesionales del campo de la salud, entre las cuales se encuentra el Servicio Social.

Las preguntas que orientaron la presente indagación se refieren a los complejos procesos que participaron en la institucionalización del Servicio Social durante ese período y sus conexiones con la reorientación que experimentó la medicalización de la vida social. De esta forma, el trabajo indaga cuestiones como las siguientes: ¿Por qué se acondicionaron, en ese preciso momento histórico, espacios regulados y vigilados en nombre de la salud? ¿Por qué el ordenamiento de esos espacios pasó a ser un problema político de primer orden en torno al cual confluían diferentes intereses? ¿Cuáles fueron los dispositivos³ mediante los cuales se atribuyó un lugar específico a la profesión del Servicio Social en dicho marco socio-histórico? ¿Qué carácter tuvieron los mecanismos que se instituyeron y que adjudicaron determinadas competencias y funciones a las asistentes sociales en el ámbito de la salud?

Ese tipo de abordaje pretende precisamente ofrecer un marco para la comprensión de las relaciones entre Servicio Social y nacimiento de una nueva institucionalidad, ya que cualquier estudio con pretensiones explicativas sobre el espacio profesional del Servicio Social no debe realizarse en forma aislada de la sociedad de la cual forma parte y de la que constituye una expresión (FREIDSON, 1986).

En esa dirección se puede afirmar que, durante el período neobatllista, el Servicio Social inició un proceso de institucionalización creciente, caracterizado por su constitución como una profesión de mujeres, y por su inscripción jerárquica y técnicamente subordinada a otras profesiones del campo médico-sanitario. Pero ambos tipos de atributos no son simplemente marcas de identidad de naturaleza intrínseca: constituyen, en gran medida, una expresión de la consolidación del Estado de Bienestar en general y de las políticas de salud como una de sus manifestaciones más relevantes.

Esto significa que el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad, determinando, por lo tanto, que la construcción del espacio profesional se encuentre genéticamente ligada al área de la salud. Si bien no constituye el foco de análisis del presente artículo, debe señalarse que tal marca de nacimiento reviste interés también debido a su influencia sobre la trayectoria socio-histórica posterior de la profesión, en términos de línea de larga duración.

Podría correctamente argumentarse que la asociación de las ideas higienistas con el surgimiento del Servicio

Social no es novedosa en la escasa historiografía de la profesión en el Uruguay (GERPE *et al.*, 1980; KRUSE, 1987, 1994; BRALICH, 1993; ACOSTA, 1997). Lo que sí se pretende que sea una contribución del presente estudio es la perspectiva empleada en el abordaje del tema así como el período histórico considerado, el cual no ha sido aun tratado en otros trabajos.

En este sentido, la carencia de un acervo historiográfico y documental sobre los orígenes y primeros desarrollos del Servicio Social en el Uruguay se presentó inicialmente como una dificultad para realizar la investigación. La confección de un primer inventario sobre las fuentes documentales disponibles permitió detectar un conjunto muy reducido y fragmentado de materiales que se limita a legislación, creación de cursos de Servicio Social y convenios internacionales. Debe considerarse, además, que los registros escritos sobre el proceso de institucionalización del Servicio Social proceden, en el período considerado, fundamentalmente de agentes que no pertenecen a la profesión, sino que están asociados a las instancias institucionalmente responsables (políticas, sanitarias y jurídicas) por la creación del campo profesional.⁴

En función de esas limitaciones, se elaboró una estrategia de investigación que permitiese identificar las fuentes de información más apropiadas para emprender la reconstrucción de los mecanismos que intervinieron en la institucionalización del Servicio Social como profesión. Así, la utilización de herramientas propias de la historia oral⁵ se reveló como un recurso adecuado a los objetivos de la investigación. Su empleo permitió recoger testimonios de profesionales (visitadoras sociales y asistentes sociales) que se formaron y/o ejercieron la profesión durante el período comprendido en este estudio,⁶ así como de otros informantes que ocuparon un lugar destacado en la formación de asistentes sociales o en la coordinación, supervisión y dirección de los programas, servicios y organizaciones donde desempeñaron sus actividades.⁷ Se pretendió indagar por esta vía algunos aspectos de la institucionalización del rol de asistente social, a través de su reconstrucción mediante el análisis de testimonios, ya que la historia oral operó como un recurso metodológico que permitió reconstruir, no solo las dimensiones subjetivas, sino también los aspectos objetivos, tanto materiales como simbólicos, de los procesos socio-históricos involucrados, al permitir recuperar fuentes iconográficas y documentales que, de otra forma, permanecerían ocultas.

**... el Servicio Social nace en
Uruguay asociado a estrategias
disciplinadoras que se construyeron
como parte del proceso de
medicalización de la sociedad ...**

El acervo de material finalmente obtenido permitió delimitar mejor este campo,⁸ en términos de esferas, agentes, proyectos sociopolíticos y significados sociales que integraban las nuevas bases institucionales de la sociedad uruguaya. El estudio abarca también el análisis del contenido de documentos y otros materiales emanados de las autoridades correspondientes, de programas de estudio de las instancias formadoras de visitadoras o asistentes sociales, leyes y reglamentos, documentos de organismos internacionales, así como entrevistas a agentes que ofrecieron informaciones inéditas, altamente pertinentes y sumamente valiosas.

El enfoque adoptado se inscribe, entonces, en lo que suele definirse como una perspectiva genealógica, en el mismo sentido que a la misma le atribuyen Varela y Alvarez-Uría (1997, p. 25): los estudios genealógicos “contemplan los objetos de conocimiento y a los propios instrumentos de conocimiento desde una perspectiva histórica y procesual” y tienden a visualizar las relaciones recíprocas en los entramados de poder/saber que se construyen socialmente en torno a una institución determinada. En el caso de la investigación que dio origen al presente artículo, la indagación genealógica permitió analizar resortes relativamente invisibles de las relaciones entre profesión y espacio social y, al mismo tiempo, decisivos para comprender cómo las profesiones – entre las cuales se sitúa el Servicio Social – se construyen y reconstruyen a medida que también lo hace la sociedad de la cual forman parte (FREIDSON, 1978).

1 El neobatllismo y las transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales emergentes

El análisis del período histórico que transcurre entre los años 1940 y 1960 no puede considerarse aisladamente de los procesos precedentes, en la medida que rescatar las posibles rupturas y las continuidades importa desde el enfoque que se pretende otorgar a este estudio. Por tal motivo interesa registrar algunos de los procesos sociopolíticos que precedieron y, de cierta forma, tornaron posible que se produjeran aquellas transformaciones de las bases institucionales de la sociedad uruguaya que más tarde se constituirían en elemento clave para comprender los rumbos del Trabajo Social como profesión en el siglo XX.

A partir de 1930, el proceso económico uruguayo se caracteriza por el estancamiento a largo plazo del sector agropecuario y por la industrialización por sustitución de importaciones. Se trata de condiciones que requerían la protección estatal y la creación de un mercado interno de consumo con vigor suficiente para absorber las mercancías que no disponían de condiciones competitivas en el mercado externo (D'ELIA, 1982).

Por otra parte, el nuevo orden internacional que emerge en el período de la segunda posguerra tiene un impacto significativo en la re inserción internacional de Uruguay, principalmente con la ratificación de la estrategia panamericanista y el alineamiento del país en la órbita estadounidense. Como señala D'Elia (1982, p. 70), con la utilización de "los organismos internacionales, creando organismos regionales y promoviendo acuerdos bilaterales de 'ayuda', Estados Unidos desarrolló una superestructura que se constituyó en elemento esencial para el logro de sus objetivos".

En un contexto global de expansión de la economía mundial, que en Uruguay marcó un clima general de optimismo, se produce la restauración de un proyecto reformista similar al del primer batllismo, o batllismo temprano,⁹ coincidiendo con la asunción al gobierno de Luis Batlle Berres (1947-1951).¹⁰

Nahum (1989, p.142) traza el perfil de este proyecto político en los siguientes términos:

Según Luis Batlle, la acción redistributiva del ingreso a desplegar por el Estado no se limitaba a razones de solidarismo o igualitarismo social. El Estado debía 'adelantarse' a los reclamos como forma de evitar las luchas sociales; debía representar el papel de árbitro en la sociedad. Esta política contribuía, además, a [...] ensanchar el mercado interno, prácticamente el único consumidor de la industria nacional. La acción del Estado benefactor era de colaboración con el mantenimiento y desarrollo del capitalismo en el país.

Para instalar el proceso de sustitución de importaciones se necesitaba una mano de obra capacitada y de un mercado interno con poder adquisitivo que le permitiera consumir los productos que anteriormente eran importados. En consecuencia, el neobatllismo desarrolló una política de subsidios para la producción industrial y desplegó, con carácter anticipatorio, un conjunto de políticas sociales orientadas al reforzamiento del mercado interno en diversas áreas (salud, vivienda, educación, empleo, entre otras), en un contexto que también fue de vigoroso crecimiento del movimiento obrero a nivel urbano (D'ELIA, 1982).

Interesa señalar que Luis Batlle rechazaba el concepto de lucha de clases. Pero la armonía de clases

no era para él, como no lo era para el batllismo temprano, el resultado de una convergencia natural o de una articulación corporativa de intereses. Era el resultado de la mediación estatal. Así, el del neobatllismo es un discurso de mediación entre diversos sectores sociales a través de la tutela estatal: el orden social se presenta como el resultado de una absorción gradual de las demandas populares en beneficio del "bien general", configurándose así lo que Panizza (1990, p. 99) designa como una estrategia de cambio controlado.

Esta forma de entender las relaciones sociales en el neobatllismo, así como el crecimiento económico producto del modelo aplicado, influyeron decisivamente en el desarrollo de diferentes programas sociales como forma de garantizar la redistribución y el afianzamiento del modelo.

El lugar otorgado a los proyectos de salud pública, unido a la proliferación de convenios internacionales en el área de la prevención y promoción de la salud, se concreta con la creación de varios centros de salud. Estos tienen origen en el contexto de la implantación en Uruguay de las estrategias preventivistas en el campo de la salud, y de la consolidación de los convenios internacionales, tanto practicados con organismos multilaterales como en forma bilateral. Los centros de salud se definen como ámbitos institucionalmente abocados a las tareas de prevención y promoción de la salud, y se ubican dentro de una estrategia panamericanista que se desarrolló en la etapa posbélica, en el marco de la afirmación del papel hegemónico de Estados Unidos y concomitantemente a la creación de los organismos internacionales que comenzaron a tener una importancia fundamental en la implementación de algunos programas que se consideraban claves.

2 Las transformaciones en el saber médico-sanitario y el influjo del preventivismo en la institucionalización del Servicio Social como profesión

En cuanto a las transformaciones experimentadas por el saber médico-sanitario durante este período, se destaca la progresiva endogenización de los modelos etiológicos, en el sentido de una pérdida relativa de espacio de los factores que explican los problemas de salud como producto del medio social. De esta manera, los principios interpretativos que fundaron la salud pública y la medicina social modernas, y que propugnaban el reconocimiento de la salud como un problema social y político de dimensiones macroscópicas, comienzan a perder terreno frente a interpretaciones que otorgan un alto valor etiológico al ambiente familiar y a la responsabilidad del individuo en la gestión de ambientes más higiénicos y saludables. Debe

destacarse que este viraje en los modelos etiológicos ya fue documentado en diversos trabajos como parte de un movimiento asociado al nacimiento de la epidemiología moderna, que tuvo alcance internacional y que afectó la percepción y las respuestas sociopolíticas a los problemas de salud (AYRES, 1995). Esta reorientación atravesó no sólo la práctica médica sino que fue mucho más allá, permeando las prácticas y discursos de diversas profesiones ligadas fuertemente al campo sanitario (MITJAVILA, 1999).

La definición del campo de competencias del Servicio Social a partir de las décadas del 30 y del 40 revela entonces dos marcas de origen: su construcción estrechamente ligada a la constitución del campo sanitario y una identidad que comienza a ser construida en función de los nuevos modelos etiológicos que afirman la importancia de los factores psicosociales para la salud, ya que parece aquí residir uno de los fundamentos del Servicio Social como profesión preponderantemente orientada al trabajo con individuos y familias.

El cambio esencial consistía en que si “la vieja salud pública se ocupaba del medio externo, la nueva se ocupa de los individuos” (AYRES, 1995, p. 157). De esta manera, la percepción de que las fuentes de enfermedad pueden ser encontradas en los ambientes del ser humano cede terreno frente a la búsqueda de factores etiológicos en el propio individuo.

El preventivismo puede ser aquí sintetizado como la doctrina médica que, precisamente, retraduce la concepción ampliada de determinación del proceso salud-enfermedad, tal como fue desarrollada por las disciplinas ligadas al campo de la higiene y de la salud pública desde el siglo XIX, en prácticas de carácter eminentemente técnico, esencialmente dirigidas al ámbito de los cuidados individuales y básicamente orientadas al desarrollo de acciones asistenciales y educativas simplificadas, con baja densidad de tecnología especializada y equipamientos materiales y dirigidas a minimizar los padecimientos y los costos de la asistencia especializada. En las palabras de Ayres (1995, p. 261), el preventivismo se caracteriza por el “predominio de lo individual sobre lo colectivo, de lo técnico sobre lo político, de lo material sobre lo social, de lo médico asistencial sobre lo médico sanitario, de lo privado sobre lo público”. Bajo esas consignas, las conductas de los individuos pasan a constituirse en un verdadero

campo de observación y de intervención para las estrategias médico sanitarias en el período estudiado.

Se trata de una reorientación del saber médico-sanitario que tuvo consecuencias para la formación de recursos humanos del área de la salud también en el caso uruguayo, al afectar la definición de las funciones y papeles de las diferentes categorías profesionales, incluyéndose aquí a los asistentes sociales.

Una de las principales referencias empíricas en las cuales se sustenta la afirmación anterior proviene de las ponencias presentadas por destacadas personalidades en el *Primer Congreso Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y Educadores Sanitarios* realizado en setiembre de 1956,¹¹ organizado por la Universidad de la República a partir de una iniciativa de la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina.

En el discurso inaugural del congreso, pronunciado por el profesor Federico Salveraglio,¹² se hace referencia a la importancia que la enseñanza de la higiene y la medicina

preventiva estaba adquiriendo para la sociedad y para el pensamiento médico. Interesa registrar que aquí aparece, de manera decidida, la idea de que la prevención se toma posible únicamente con la participación de otros profesionales.

Se maneja en el congreso una concepción de la Higiene Pública como una “vasta rama del conocimiento”, llegándose a plantear que “no es una especialidad de la Medicina,

sino una rama vasta y vital de las Ciencias Sociales y de los servicios públicos, en la cual queda comprendida la medicina como uno de sus componentes principales” (PRIMER CONGRESO NACIONAL DE PROFESORES DE HIGIENE, MEDICINA PREVENTIVA Y EDUCADORES SANITARIOS, 1957, p. 82). Se explica, además, la necesidad de contar con técnicos en distintas disciplinas: ingenieros en salud pública, ingenieros sanitarios, arquitectos, odontólogos, veterinarios, sociólogos, educadores sanitarios, economistas, expertos en administración, en estadísticas, en legislación sanitaria. Se reclama también la intervención de enfermeras sanitaristas, de trabajadoras sociales y de inspectores sanitarios con preparación técnica adecuada. Incluso se llega a proponer la creación de una Escuela Superior de Higiene que tomaría a su cargo o participaría en la formación de los cuadros de varias de esas categorías profesionales.

Asimismo, se destaca la presencia de ciertos profesionales, entre los cuales se encuentran los asistentes

Así, a través de largos y no siempre pacíficos caminos, se sentaron las bases profesionales del Servicio Social, a través de un juego de identidades y diferencias con otras ocupaciones del campo sanitario ...

sociales, en lo que se consideran actividades educativas. En la ponencia del director de la División Primera Infancia del Consejo del Niño y profesor agregado de Pediatría se señala la importancia de contar con asistentes sociales polivalentes capacitadas y en número suficiente.

En algunas de las ponencias se observa la existencia de una percepción sociopolítica bien definida del papel que se le pretendía atribuir al Servicio Social en lo que constituye una misión higienista que, en ese momento, adopta nuevos ropajes. Así, al referirse a la enseñanza de la Higiene en los liceos, el director de un Centro de Salud observa

[...] cómo influyen en las comunidades menos organizadas los distintos factores patogénicos, la vivienda antihigiénica, la alimentación inadecuada, la pobreza, la ignorancia. El ambiente social está en la base de no pocos conflictos de adaptación del individuo a su familia, al trabajo, a la colectividad en que vive. En este aspecto cobra importancia extraordinaria la actuación de ese organismo moderno que es el Servicio Social con su organización de trabajadoras sociales distribuidas estratégicamente a través de la comunidad y con función específica de auxiliar en la resolución de los múltiples y complejos problemas que afligen a las familias en la época en que vivimos (PRIMER CONGRESO..., 1957, p. 156).

Es de destacar que, cuando se nombra a los distintos técnicos que deben intervenir en la tarea educativa, se discrimina la figura de la “visitadora” de la figura de la “asistente social”. Esta distinción semántica estaría reflejando un momento institucionalmente decisivo del reconocimiento social del perfil profesional, funcional y técnicamente diferenciado del asistente social respecto de otras categorías ocupacionales precedentes y/o asociadas.

Ese nuevo perfil del Servicio Social estaría respondiendo a una verdadera expansión del dominio de intervención del preventismo durante el período neobatllista. Para que esa ampliación de fronteras se torne posible y eficiente, la educación sanitaria escolar deberá ser llevada a cabo por un médico sanitarista que contará con dos figuras auxiliares: la enfermera sanitarista y la asistente social. La concepción ampliada del campo sanitario se percibe al fundamentar que la educación sanitaria deberá

[...] comprender a niños, padres, maestros, educadores sanitarios, médicos, enfermeras sanitarias, asistentes sociales, dietistas, dentistas, inspectores sanitarios y además a las instituciones locales para el fomento de la salud (centros de salud, gotas de leche, preventorios, comedores escolares, cajas de asignaciones, etc.) y también la prensa y las radios locales (PRIMER CONGRESO..., 1957, p. 309).

Es de todas formas relevante, por su ausencia, el discurso propio de las asistentes o visitadoras sociales, a pesar de que su presencia en los discursos de los médicos y otros profesionales es casi permanente. Esto significa que, desde el punto de vista de esta re-configuración del campo médico-sanitario, su existencia es aún más nominal que real, al responder a la producción de significados que emergen de las prácticas discursivas de agentes que ocupan un papel institucionalmente dominante en este campo.

El análisis de las ponencias – que fueron alrededor de un centenar – presentadas en ese primer congreso uruguayo sobre Higiene permite extraer tres clases de conclusiones. En primer lugar, la mayor parte de los trabajos se apoya en el supuesto de que la educación es un medio válido para lograr la prevención de las enfermedades y que, a través de ella, se puede lograr un cambio en las conductas de los individuos, que son las que están en el origen de la enfermedad.

En segundo lugar, esa opción por privilegiar las mentes y las conductas de los individuos responde a un discurso médico-sanitario que ya comienza a manifestarse como firmemente “biografizador” de los factores etiológicos, en un sentido bastante próximo del concepto empleado actualmente en la teoría social contemporánea para dar cuenta de la responsabilización del individuo y de la familia en la resolución de problemas sociales (BECK, 1997; MITJAVILA, 1999). Se trata de una tarea educativa que debiera desarrollarse a lo largo de toda la vida del individuo para que tenga un resultado positivo, aunque se destaca la importancia de los resultados que se puedan obtener en la infancia.

En tercer término, consiste en una empresa que exige profesionales de la medicina especializados en la temática (y no cualquier médico, sino uno con una formación especial y abarcadora en Higiene), y que reclama permanentemente la presencia de otros técnicos que también llevarían adelante la tarea educativa. Finalmente, y en cuarto lugar, se puede apreciar la existencia de ciertos criterios que comienzan a ser utilizados en la división del trabajo entre las diversas categorías profesionales que integran un campo cuya estructura se torna cada vez más compleja, comienza a ser cada vez más densamente poblado por diferentes tipos de agentes y asume progresivamente más atribuciones. En el contexto de esos procesos de diferenciación y especialización funcional de los roles profesionales, emergen nuevos criterios que establecen una división del trabajo más acentuada, por el solo hecho de nombrarlas, entre las visitadoras (también llamadas enfermeras sanitarias) y las asistentes sociales.

Aunque en términos de prácticas deberá esperarse mucho tiempo para que se materialice, comienza a ser concebida la imagen de la asistente social con un perfil propio. Esto podría deberse, al menos en parte, al reconocimiento de dos tipos de necesidades institucionales: (i) necesidad de

que la educación sanitaria se nutra de la contribución de varias categorías profesionales, y (ii) reconocimiento de que ciertos objetivos educativos requieren la contribución del asistente social, conforme puede apreciarse en el siguiente trecho de un texto empleado como bibliografía en los cursos de la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina:

En nuestro país se están organizando los servicios encargados de la protección social de los enfermos. En ellos desempeñan una función de gran jerarquía los asistentes sociales, funcionarios que deben tener una gran preparación técnica y un gran sentido de solidaridad social y que deben actuar junto con los médicos. Es urgente en nuestra Universidad la organización de una Escuela de Servicio Social (SALVERAGLIO, GIORDANO, 1955, p 29).

Estos materiales reflejan, no solo el surgimiento de nuevas condiciones de institucionalización del Servicio Social como categoría ocupacional, sino también el inmenso poder de la medicina, demostrado a lo largo de su historia, para determinar el nacimiento de otras profesiones y las condiciones bajo las cuales sus miembros podrán recibir la acreditación para el ejercicio profesional (STARR, 1991).

En efecto, el carácter heterónomo de las definiciones fundacionales sobre las competencias de los asistentes sociales puede perfectamente observarse en las recurrentes referencias al papel de la visitadora en el cumplimiento de las medidas de prevención, así como a las maneras de instrumentarlas:

Debe saber imponer su autoridad con persuasión, y sin violencia, debe saber conquistarse la cooperación y simpatía del enfermo y de sus familiares y no debe interferir de ninguna manera en las funciones del médico tratante. Sus funciones básicas consisten en aplicar técnicas de prevención y educar, al mismo tiempo que debe estudiar las condiciones sociales y económicas del enfermo y tratar de buscar solución a los problemas familiares y económicos que le plantea su enfermedad. Se trata, como se ve, de tareas que deben reservarse a personas de cultura, sensibles a las injusticias sociales, con sentido del deber de solidaridad hacia el enfermo y el desamparado, que sepan supeditar su comodidad personal a las necesidades de quienes, aunque muchas veces no lo exigen, tienen derecho a la defensa contra la enfermedad y la miseria (SALVERAGLIO, 1951, p. 53).

3 Transformaciones en la institucionalidad: las influencias internacionales y la formación de los asistentes sociales como nuevos agentes sanitarios

El examen de los convenios internacionales firmados por Uruguay desde el año 1864 en el área de la salud permite rastrear la temprana presencia de algunos elementos que más tarde, en los años 40 del siglo XX, ocuparán un lugar destacado en la inflexión experimentada por las respuestas sociopolíticas a los problemas sanitarios.

Entre 1864 y 1975 Uruguay adherirá a 122 convenios internacionales, de los cuales 84 serán firmados entre 1864 y 1961 (TORRES, 1978). Tomando en consideración el objeto de estudio del presente trabajo se ha dividido el período en dos partes, de 1864 a 1940 (período en que figuran 47 convenios)¹³ y de 1941 a 1961 (en el que figuran 37), con el objetivo de rastrear las influencias que la política panamericanista (a la que Uruguay se adhirió a partir del gobierno de Baldomir)¹⁴ y la creación de organismos internacionales como la OMS y la OPS después de la Segunda Guerra Mundial pudieran haber ejercido en este ámbito.

En este segundo período, que abarca desde 1941 a 1961, figuran 37 convenios internacionales en el área de la salud firmados por Uruguay. De ellos, 17 se enmarcan en organismos internacionales tales como: IIAA (Instituto de Asuntos Interamericanos), OSP (Oficina Sanitaria Panamericana), OMS (Organización Mundial de la Salud), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), ICA (International Cooperative Alliance), OIEA (Organismo Internacional de Energía Atómica), OEA (Organización de Estados Americanos). Estos convenios reflejan la consolidación del capítulo uruguayo de la política panamericanista, la consolidación, presencia e injerencia de los organismos internacionales en la estandarización de medidas sanitarias, así como la ampliación del alcance de estas entidades en el mundo occidental.

La creación de los Centros de Salud en el Uruguay neobatllista resulta precisamente de la confluencia de tres procesos que se superponen y se influyen mutuamente: (i) la consolidación de la política panamericanista bajo la hegemonía de Estados Unidos; (ii) la instalación del modelo preventivista en el campo de la salud, y (iii) el surgimiento de organismos internacionales que actúan en esta área. A continuación, se pretende fundamentar la relevancia de los Centros de Salud para la institucionalización del Servicio Social como profesión en el Uruguay.

Durante el período previo a la finalización de la Segunda Guerra Mundial, en una de las conclusiones aprobadas en la tercera Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas realizada en Río de Janeiro en enero de 1942, se decidió desarrollar en el continente un amplio programa

cooperativo de salud y sanidad en la mayoría de los países latinoamericanos. Estos servicios fueron designados como Servicios Cooperativos Interamericanos de Salud Pública (SCISP).

Señalan fuentes documentales de la época que de dicha reunión surgió un

[...] nuevo concepto de la seguridad continental, el de que ésta se asienta en la salud y bienestar de los pueblos [...] Por una resolución de ese congreso se creaba un fondo financiero y se organizaba la ayuda técnica entre los países americanos, era la política rooseveliana de 'buena vecindad' hecha realidad tangible, en forma sincera, amistosa y sin afán de tutoría de clase alguna (REVISTA SALUD, p. 2).

Se trataba, apenas, del capítulo uruguayo de una estrategia de alcance continental. Según los datos recopilados por Saralegui (1958) desde 1942 los servicios cooperativos realizaron una amplia labor en el campo de la sanidad en las 18 repúblicas americanas. Hacia 1950, el Instituto participó en dichos planes con la suma de 63.456.000 dólares y los gobiernos americanos con 55.722.000, comprendiendo programas fundamentalmente en las áreas de salud, agricultura, educación. Se estima que a fines de 1950 el Instituto contribuyó en el terreno de la Salud Pública con 45.877.000 dólares, y los países americanos con 43.472.000 dólares.

A partir del análisis de estos datos se puede observar que fue en el área de la salud donde se atribuyó la mayor cantidad de recursos, muy por encima de los volcados a las otras áreas. El interés del gobierno de los Estados Unidos en mantener un "buen relacionamiento" con los países de América del Sur merecería un estudio que excede el marco del presente trabajo. De todas formas, esa estrategia de Estados Unidos está enmarcada en los planes de la política panamericanista que consideraba en forma intrincada los elementos de la seguridad y el bienestar, especialmente en términos de la percepción de una cierta indisociabilidad entre la salud pública y el desarrollo industrial. Como parte de esa estrategia se define la importancia de los SCISP para el intercambio de técnicos y especialistas entre los diferentes países, teniendo en cuenta que en 1944 trabajaban en el Plan más de 13 mil personas.

Como se señaló anteriormente, una de las actividades más importantes del SCISP en Uruguay fue la construcción de los centros de salud. Las fuentes consultadas destacan que

[...] mediante la instalación y funcionamiento de estos centros de salud se buscó extender a la población que careciera de ellos los servicios de la medicina preventiva, coordinando en un

solo edificio diversos aspectos de esa actividad médica (protección materno infantil, enfermería sanitaria, odontología, prevención de la tuberculosis y enfermedades venéreas, higiene ambiental, vacunaciones preventivas, etcétera (SARALEGUI, 1958, p. 167).

En este período se construyeron en Uruguay cinco centros de salud.¹⁵ El papel asignado a estos centros refleja su inserción en lo que podría catalogarse como una forma renovada de las tradicionales funciones de la policía médica (ROSEN, 1980), ya que, bajo este nuevo esquema,

[...] el centro de salud vigila las condiciones sanitarias en que viven las familias de su zona, tratando de mejorar éstas por todos los medios, y con ello obtener una reducción de la mortalidad infantil, maternal y general, contribuyendo al bienestar y salud de la comunidad (SARALEGUI, 1958, p. 168).

Durante este período, y bajo el influjo de la estrategia panamericanista, se consolida una visión que conjuga, de una manera hasta entonces inédita en el Uruguay, las dimensiones macro y micro política de la salud pública moderna. En términos macroscópicos, se afinan los instrumentos que permitirán hacer ingresar foucaultianamente en un nuevo campo documental tanto a la población como a los recursos sanitarios desplegados para atenderla. Es en este nuevo registro que puede interpretarse la realización de un conjunto significativo de censos y encuestas que precedieron a la realización de los trabajos de creación de los nuevos programas y servicios de atención a la salud, comprendiendo, inclusive, una amplia reorganización del Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo, podría considerarse que el aspecto más novedoso de esta nueva fase de la medicalización de la sociedad uruguaya lo constituye la fuerte inversión realizada en la sustentación micro política del proyecto, una de cuyas aristas más estratégicas consiste en la formación de recursos humanos, fundamentalmente del área técnica. En este plano fueron dos los frentes de actividad: (i) la organización de diversos cursos en el país con el objetivo de capacitar visitadoras sanitaristas y (ii) el otorgamiento de becas de estudio para profesionales y técnicos en Estados Unidos y otros países de las Américas.

Se puede concluir que los centros de salud conformaron un nuevo dispositivo para la gestión de lo social que comienza a tener efectos notorios sobre la institucionalización del rol del asistente social. Como se vio anteriormente, esto fue posible a partir de una amplia estrategia ligada a la inserción subordinada de Uruguay en el contexto internacional, a la creación de un nuevo

campo documental basado en la existencia de ficheros familiares e individuales donde aparecen registrados todos los datos de la historia médica y familiar del usuario, y a la consiguiente importancia otorgada a la “visita domiciliaria” como instrumento que será aplicado por los asistentes sociales para contribuir con la edificación de este nuevo observatorio de la vida social.

4 El preventivismo neobatllista y la refundación medicalizada del Servicio Social como profesión

El Servicio Social uruguayo transporta una marca de nacimiento indeleble y que no debería ser ignorada en función de su alcance político e identitario: se trata del decisivo influjo de la visión médico-sanitaria de lo social en el perfil del ejercicio profesional de los asistentes sociales. La mirada médica dio origen al nacimiento de la profesión, a través de la creación del primer curso de visitadoras sociales de higiene en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental dependiente de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, en el año 1927.

Fue un médico, el profesor agregado de Higiene de la Facultad de Medicina y director del Cuerpo Médico Escolar, doctor Rafael Schiaffino, quien había solicitado la creación de un cuerpo de visitadoras escolares, pedido que fue incluido en la ley de presupuesto del año 1926. A partir de allí se hizo necesario una instancia de formación de dichos profesionales.

El punto de vista de Schiaffino (BOLETÍN, 1928, p. 341) sobre este asunto era el siguiente:

La visitadora representa la tendencia más moderna de la medicina preventiva, y es la encargada de la vigilancia de los sanos, la que debe despistar los peligros que a la salud amenazan, para poder evitarlos; la divulgadora de los conceptos higiénicos, a fin de hacer que el organismo resista en mejores condiciones a los ataques de las infecciones y peligros que lo rodean de continuo, a hacer por su prédica que el desgaste por la labor a que está condenado el hombre, sea lo menos dañosa posible; la propulsora de los medios mo-

dermos de prevención contra las enfermedades y la difusión de los conceptos de la higiene en la alimentación, en el desarrollo, en la habitación, en los métodos de la vida higiénica.

Las tareas que son asignadas a las visitadoras consisten en la acción de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento, “labor de todos los días y de todas las horas”. El espacio donde dicha labor se debería desarrollar era descrito como muy amplio y abarcaba la escuela, los hogares, las fábricas y “todas las manifestaciones a que el hombre dedica sus actividades, y que entrañan todas, en mayor o menor grado, peligros para la salud del hombre o de la sociedad”. Aclara que la visitadora social debe conocer las tareas de la enfermera pero “debe sobrepasar esos límites de la asistencia con conocimientos sólidos en todas las ramas de la higiene”. Agrega la necesidad de que posea “una buena base de conocimientos generales y condiciones de cultura social más completas” que han de hacer posible su “acción bienhechora” (BOLETÍN, 1928, p. 342).

El plan de estudios de la escuela de Servicio Social del Instituto de Higiene Experimental refleja el contenido fuertemente higienista y medicalizado de la formación

curricular al incluir materias como Anatomía y fisiología, Patología general, Higiene general y enfermedades transmisibles, Maternología y puericultura, Higiene social, Higiene escolar y tuberculosis y Práctica de hospital.

Esto significa que el preventivismo neobatllista intervino sobre un campo profesional que se encontraba aun débilmente institucionalizado pero ya fuertemente medicalizado. La definición de la visitadora social como agente de educación sani-

taria es clara en los programas y fundamentos de la formación impartida por la Escuela de Servicio Social del Instituto de Higiene Experimental, al señalarse que las tareas que son asignadas a las visitadoras consisten en la acción de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento. A lo largo del siglo XX, y en ciertos aspectos hasta nuestros días, la asistente social es permanentemente considerada una figura auxiliar del médico ya que, en su tarea diaria, se tendría que encargar de “[...] completar la obra médica y del cumplimiento exacto de las prescripciones facultativas, así como de la presentación regular al consultorio de los niños enfermos” (BOLETÍN, 1928a, p. 147-148).

Se puede concluir que los centros de salud conformaron un nuevo dispositivo para la gestión de lo social que comienza a tener efectos notorios sobre la institucionalización del rol del asistente social.

Por otra parte, debe señalarse que estos contenidos se convirtieron en elementos matriciales de la formación curricular, no solo de los asistentes sociales que actuaron en el área de la salud, sino de la totalidad de los profesionales. Así, posteriormente, por ejemplo, acuerdos institucionales entre el Ministerio de Salud Pública y el Consejo del Niño permitieron que la Escuela de Servicio Social, que comenzó a funcionar en 1939 en el ámbito del propio Ministerio de Salud Pública, se encargase de preparar el personal auxiliar que debería intervenir en los distintos aspectos del problema del bienestar infantil.^{16 17}

En 1954,¹⁸ durante el apogeo del neobatllismo, y con características muy diferentes a los cursos anteriores, se crea la Escuela de Servicio Social (ESS) en el Ministerio de Salud Pública. Según la investigación realizada por Bralich (1993, p.20), “desde el momento de su creación, esta escuela contó con la cooperación de la ONU, a través de la Administración de Asistencia Técnica”.¹⁹ Con esa finalidad fueron contratadas como asesoras dos asistentes sociales chilenas, Valentina Maidagan de Ugarte y Rebeca Bustos Julien, graduadas en el Escuela Alejandro del Río, las cuales permanecieron en Montevideo durante varios años, ejerciendo la docencia en la ESS. Al mismo tiempo, los testimonios recabados indican que las dos primeras promociones de estudiantes, por nivel de notas, tuvieron cinco becas cada una para realizar cursos en Chile.

En este caso, la estructura curricular refleja una ampliación del campo de competencias del asistente social. Si bien la carga horaria destinada a disciplinas que tuvieran que ver con la medicina se redujo sustancialmente respecto a los cursos anteriores, las temáticas abordadas giran alrededor de los mismos temas. Los cambios curriculares reflejan, en todo caso, las consignas del preventivismo que campeaba en los países de la región, basado en una visión más científico-técnica del conocimiento sobre lo social (sociología, demografía, estadística, etc.), en una fuerte valorización del papel educativo del asistente social (pedagogía, métodos educacionales), en la focalización del individuo y la familia como factores etiológicos de los problemas sociales (Servicio Social de Caso, Caracterología, Psicología del Niño y del Adolescente, etc.), en la territorialización de las políticas sociales concebidas por la doctrina panamericanista (Organización de barrios o sectores), en la judicialización (Nociones generales de Derecho y procedimientos judiciales; Código del Niño y legislación social conexas) y, en mayor medida aun, medicalización de lo social (nociones de medicina asistencial y preventiva, maternología, puericultura, higiene bucal, nutrición y dietética).

Una expresión del tipo de objetivo al cual dicha formación apuntaba puede observarse en el siguiente testimonio de una asistente social formada en ese curso, quien recuerda lo que por entonces se definía como “una buena asistente social”:

Recuperar a los individuos, que tuvieran un buen uso de los recursos, que en realidad había bastantes para las necesidades; la relación recursos-necesidades era mejor que ahora, desgraciadamente, y no existía el concepto de Servicio Social como un compromiso político ni como después se fue viendo en los años siguientes como una responsabilidad y un cambio, no. El Servicio Social era asistencialista. Era asistencialista. Sí. Fundamentalmente volcado hacia el individuo, su grupo, su medio familiar. Con ese enfoque, recuperar a la persona, ponerla en conocimiento de los servicios, de sus posibilidades, y ahí quedaba la cosa [...] no te olvides que el Estado uruguayo era otra cosa. Era asistencialista en el sentido que uno representaba a una institución en general pública, no siempre, [...] pero fundamentalmente públicas, en donde tenías el compromiso como Estado de ayudar a sus integrantes, a su país, en ese concepto; no asistencialista en el otro (el cristiano); no te olvides que todavía estábamos con los efectos del batllismo, estamos hablando de los primeros años del sesenta. Ya empezaba otra cosa. Fue medio bisagra la cosa, sí, sí.

La creación de la Escuela Universitaria de Servicio Social, dependiente de la Universidad de la República, se concreta en 1957, luego de un intrincado proceso cuya reconstrucción genealógica permanece como tarea pendiente para la investigación social. Solo puede decirse que, no por acaso, la formación de asistentes sociales como profesionales universitarios nace conjuntamente con el ocaso del modelo neobatllista, cuestión que, probablemente, no se reduce a una mera contingencia.

Comentarios finales

Todo campo profesional es siempre y ante todo una construcción sociopolítica y cultural, característica también presente en el proceso de institucionalización del Servicio Social. Esto pudo ser demostrado al examinar la inflexión experimentada por el modelo higienista a partir de la década del 30, cuando emergen y/o se consolidan nuevas respuestas sociopolíticas a los problemas sociales, tornando posible su re-medicalización bajo el influjo de modelos etiológicos renovados. Estos comienzan a propugnar el valor de la responsabilidad individual y familiar para la conservación de la salud pero también, más ampliamente, para la reproducción del orden social.

Se trata de una nueva consigna que requiere la participación de agentes especializados, portadores de atri-

butos considerados como los más apropiados para encauzar desviaciones, mitigar sufrimientos y exaltar el valor de la responsabilidad individual. Así, a través de largos y no siempre pacíficos caminos, se sentaron las bases profesionales del Servicio Social, a través de un juego de identidades y diferencias con otras ocupaciones del campo sanitario que ocupaban posiciones igualmente subordinadas en la división social del trabajo. La inscripción asalariada, estatal y de género, expresada en el carácter de profesión “femenina”, se revelan en este momento como marcas inconfundibles del nacimiento de la profesión en el Uruguay. De ahí en más, las representantes del Servicio Social no dejaron hasta el presente de buscar “un lugarcito” dentro del difuso y ambiguo campo de lo social.

La focalización de los procesos medicalizadores como elementos de articulación institucional de las relaciones entre determinantes macrosociales y definición del campo profesional del Servicio Social no implica, necesariamente, la desconsideración de otros factores. Por ejemplo, la historiografía latinoamericana sobre el Servicio Social destaca la influencia decisiva de la Iglesia Católica en la construcción de este campo profesional. Esta influencia, si bien no fue anulada, parece haber sido al menos relativizada en el caso uruguayo, en función del fuerte proceso de secularización iniciado hacia fines del siglo XIX y posteriormente afianzado por el Batllismo. En todo caso, las preguntas que en torno del papel de la Iglesia Católica pudieran formularse superan ampliamente las posibles respuestas y merecerían una investigación aparte.

Finalmente, se pudo corroborar la importancia decisiva que tuvieron la internacionalización del saber y la hegemonía estadounidense – concretizada en la estrategia panamericanista – para la construcción de los destinos del Servicio Social. En este sentido, puede sostenerse que instrumentos tales como el otorgamiento de becas para cursos de especialización y la suscripción de convenios de cooperación dirigidos a la formación de los cuadros profesionales, se convirtieron en elementos nucleares de la orientación, equipamiento técnico y funciones institucionales del Servicio Social en el Uruguay.

Recibido em: 05.07.2005.

Aprovado em: 14.07.2005.

Referencias

- ACOSTA, L. *Modernidad y Servicio Social*. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Disertación (Maestría in Servicio Social) – UFRJ, Río de Janeiro, 1997.
- AYRES, J. *Acción comunicativa y conocimiento científico en epidemiología: orígenes y significados del concepto de riesgo*. Tesis de Doctorado. USP/IM/SBP, San Pablo, 1995.
- BECK, U. La reinención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernización reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza, 1997, p. 16-73.
- BOLETÍN [del] Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Montevideo, Uruguay, tomo 1, n. 3, enero 1928.
- _____. Montevideo, Uruguay, tomo II, n. 2, oct. 1928a.
- BRALICH, J. La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia. *Cuadernos de Trabajo Social*, Montevideo, Universidad de la República, n. 2, p. 9– 48, 1993.
- BOURDIEU, P; WACQUANT, L. *Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo, 1995.
- CHAPOULIE, J.M. Sur l’analyse sociologique des groupes professionnels. *Revue Française de Sociologie*, Paris, XIV, p. 86-114, 1973.
- D’ELÍA, G. *El Uruguay Neobatllista, 1946-1958*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1982.
- DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 6. ed. Traducción Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- FREGA, A; MARONNA, M; TROCHÓN, Y. *Baldomir y la restauración democrática (1938-1946)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1987.
- FREIDSON, E. *La profesión médica*. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.
- _____. *Renascimento do profissionalismo*. Traducción Celso Mauro Paciornik. San Pablo. Editora de la Universidad de San Pablo, 1998.
- _____. *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.
- GERPE, N. et al. RODRÍGUEZ, R. (Comp.). *Elementos para un perfil profesional del Trabajo Social*. Perú: Ediciones CELATS, 1980.
- KRUSE, H. Evolución de los modelos de ayuda en el Uruguay. *Revista Trabajo Social Uruguay*, Montevideo, n.2, p. 18-23, 1987.

_____. En procura de nuestras raíces. *Cuadernos de Trabajo Social*, Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, n. 3, p. 87-105, 1994.

LEITE PEREIRA, L.M. Relatos orais e ciencias sociais: limites e potencial. *Revista Análise e Conjuntura*, Belo Horizonte, v. 6, n. 3, p. 109-127, set. 1991.

MENÉNDEZ, E. El modelo médico dominante y las posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, *Revista de Ciencias Sociales*, Buenos Aires, v. 24, n. 96, enero-marzo, 1985.

MITJAVILA, M. Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización. *Cuadernos del CLAE*, Montevideo, n. 62. p. 37-45, 1992 b.

_____. *O risco e as estratégias de medicalização do espaço social*. Medicina familiar no Uruguai (1985-1994). 1999. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

NAHUM, B. *et al.* *Crisis política y recuperación económica. 1930-1958*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1989. Tomo 7.

ORTEGA, E. *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. 2003. Disertación (Maestría en Trabajo Social) – Convenio UDELAR-UFRJ. Publicada en <<http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/posgrados/tesisortega.pdf>>

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

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE PROFESORES DE HIGIENE, MEDICINA PREVENTIVA Y EDUCADORES SANITARIOS. 1957, Montevideo: Florensa & Lafón Ed., 1957.

REVISTA SALUD. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. Montevideo, Uruguay, n. 4 y 5, nov.-dic. 1953.

RODRIGUES, M. *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta Editora, 1997.

SAKS, M. Removing the blinkers? A critique of recent contributions to the sociology of professions. *The Sociological Review*, United Kingdom, n. 31, p.1-21, 1983.

SALVERAGLIO, F. *Tratado de Higiene y Medicina Preventiva*. Montevideo: Imprenta Rosgal, 1951. Tomo II.

SALVERAGLIO, F; GIORDANO, A. Cómo cuidar la salud y evitar la enfermedad. *Texto de Higiene y Medicina Preventiva*. Montevideo: Barreiro y Ramos, 1955.

SARALEGUI, J. *Historia de la sanidad internacional*. Montevideo: Imprenta Nacional, Ministerio de Salud Pública. División Higiene. Departamento de Educación Sanitaria y Sanidad Internacional. 1958.

STARR, P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

TORRES BRUNO, O. *Sanidad en el Uruguay*. Información bibliográfica 1804-1976. Universidad de la República. Facultad de Medicina, BÍNAME. Montevideo, 1978.

URUGUAY, *República Oriental del. Registro Nacional de Leyes y Decretos*. Montevideo, Uruguay, p. 44, 1954.

VÁRELA, J.; ALVAREZ-URÍA, F. *Genealogía y sociología*. Materiales para repensarla modernidad. Buenos Aires: Ediciones el cielo por asalto, 1997.

Notas

- 1 En adelante se utilizará la expresión Servicio Social que es la que corresponde a la denominación de la profesión en el período histórico que abarca el presente estudio (1940-1960).
- 2 Esta tesis fue desarrollada por Elizabeth Ortega (2003) en su disertación presentada para la obtención del título de Master en Trabajo Social (UDELAR-UFRJ).
- 3 Se adoptará en este trabajo la significación que Foucault (1992, p. 244) le otorga a este término para

[...] demarcar, en primer lugar un conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentadoras, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En suma, lo dicho y lo no dicho son los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos.
- 4 Aunque es llamativa la ausencia de documentos, registros, hasta, incluso, las llamadas “fichas sociales” en los propios lugares de trabajo de las asistentes sociales en el período considerado, también lo es la

escasa bibliografía nacional que existe sobre los primeros desarrollos del Servicio Social como profesión en Uruguay y la carencia de publicaciones propias. Un elemento del que no podemos evaluar su exacta magnitud fue la destrucción de materiales acontecida en la Escuela Universitaria de Servicio Social durante la intervención universitaria cuando fue instaurada la dictadura militar de 1973.

5 Se entiende por historia oral

[...] un método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica, etc.) que [...] produce fuentes de consulta (las entrevistas) para otros estudios, pudiendo ser reunidas en un acervo abierto a investigadores. Se trata de estudiar acontecimientos históricos, instituciones, grupos sociales, categorías profesionales, movimientos, etcétera a la luz de testimonios de personas que de ellos participaron o los testimoniaron (ALBERTI, 1990, apud LEITE PEREIRA, 1991, p. 109).

6 Fueron entrevistadas nueve asistentes sociales que estudiaron o trabajaron durante el período considerado y dos docentes que tuvieron un papel relevante en el proceso. Cada entrevista ocupó por lo menos dos sesiones de dos horas cada una.

7 Este estudio integra el proyecto *Acervo de Historia Oral del Trabajo Social en el Uruguay*, coordinado por la profesora Myriam Mitjavila y desarrollado en el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales – UDELAR. Participan como investigadoras las profesoras Blanca Gabin y Elizabeth Ortega.

8 Se adoptará en este estudio la acepción que aporta Bourdieu (1995, p. 65) del término campo:

En términos analíticos, un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) – cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo – y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.).

9 Se hace referencia fundamentalmente a las tres primeras primeras décadas del siglo XX, donde se

desarrollan los dos gobiernos de José Batlle y Ordóñez (1903-1907 y 1911-1915).

10 Este asume la Presidencia después del fallecimiento de Tomás Berreta (en agosto de 1947), integrante de la fórmula presidencial del Partido Colorado ganadora en las elecciones de 1946.

11 La información fue relevada de *Primer Congreso Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y educadores sanitarios*. Setiembre 20, 21, 22 de 1956. Montevideo: Editorial Florensa & Lafon, 1957. Se destaca que asistieron representantes de todos los centros docentes y de organismos sanitarios del país y también invitados especiales del extranjero y de organismos internacionales.

12 Federico Salveraglio, médico graduado en la Facultad de Medicina, había realizado un curso en 1943 en Estados Unidos con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana. Fue profesor titular de la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva y jefe del Departamento de Higiene del Instituto de Higiene. Se desempeñó como presidente de la comisión organizadora del Congreso.

13 En el primer período se ha podido constatar que la participación de Uruguay en convenios sanitarios, teniendo como contraparte a uno o varios de los países del Cono Sur, se refiere únicamente a temas relacionados con la preocupación por la propagación de enfermedades transmisibles, figurando nueve convenios referidos a reglamentos marítimos, buques de transporte de pasajeros y carga, régimen de puertos, cuarentenas, etc. y otros trece convenios referidos específicamente a la forma de evitar la propagación de enfermedades transmisibles como cólera, fiebre amarilla, y peste, fuertemente relacionadas al comercio marítimo.

14 Un estudio relevante acerca de este período histórico puede encontrarse en Frega, Marona y Trochón (1987).

15 El primero en Fray Bentos, fue inaugurado el 16 de marzo de 1946; el segundo en la ciudad de Treinta y Tres, se inauguró el 26 de mayo de 1946; el tercero en el Cerrito de la Victoria, en Montevideo, el 22 de marzo de 1947; el cuarto en la ciudad de San José y el quinto en Melo.

16 *Las asignaturas que incluía el programa eran, en primer año: Anatomía y fisiología, Patología general, Patología médica y quirúrgica, Higiene general, Nutrición, Economía doméstica, Enfermedades transmisibles y bacteriología. En segundo año: Higiene social, Higiene escolar, Higiene industrial, Puericultura, Maternología, Tuberculosis, Enfermedades venéreas, Administración sanitaria-esadística, Práctica*

de laboratorio y de policlínica médica y quirúrgica y endocrinológica (BRALICH, 1993, p. 18).

17 Por su parte, en 1937, se fundó la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU), con el auspicio de la Unión Católica Internacional de Servicio Social y de la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchagra, de la Universidad Católica de Chile y respondiendo “a una concepción caritativa de la profesión”. Los datos disponibles sugieren que la creación de estas escuelas sería relativamente independiente de las condiciones sociopolíticas e institucionales que influyeron en las escuelas del sector público, estando principalmente vinculados a estrategias de acción de la Iglesia Católica a nivel mundial (GERPE *et al.*, 1980; BRALICH, 1993). Un proceso similar parece haberse desarrollado en Chile, de acuerdo a lo registrado en la investigación historiográfica de Manrique Castro (1982).

18 Una breve reseña cronológica de las instancias formadoras de profesionales del Servicio Social en Uruguay indica: 1927 fundación de la Escuela de Servicio Social en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental-Facultad de Medicina, Universidad de la República; 1934: creación de la Escuela de Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública; 1937: Escuela de Servicio Social del Uruguay, de origen católico; 1954: Escuela de Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública; 1957: Escuela Universitaria de Servicio Social en la Universidad de la República.

19 El decreto número 25948 de fecha 20 de enero de 1954, firmado en representación del Consejo Nacional de Gobierno por Martínez Trueba, crea una comisión honoraria asesora para organizar el Departamento de Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública. En su artículo 5 se explicita que se autoriza al MSP a “gestionar ante la Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas el envío de expertos en Servicio Social, así como el establecimiento de becas de perfeccionamiento en el extranjero y material de literatura para formar la biblioteca del Departamento” (URUGUAY, 1954, p. 44).

Elizabeth Ortega

ortega_ely@hotmail.com

Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República
Constituyente 1502, cuarto piso
Montevideo, Uruguay
CP: 11 709

Myriam Raquel Mitjavila

myriam@cse.ufsc.br

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.
Campus Universitário Prof. João David Ferreira Lima
Florianópolis – Santa Catarina
CEP: 88040-900