

El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista

Elizabeth Ortega Cerchiaro

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Universidad Federal de Río de Janeiro
Escuela de Servicio Social
Maestría en Servicio Social

Disertación presentada como requisito para la obtención
del título de Master en Servicio Social

Orientadora: Prof. Dra. Myriam Mitjavila

Montevideo, marzo de 2003

Hoja de aprobación

El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista

Elizabeth Ortega Cerchiaro

Tesis sometida al cuerpo docente de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social y la Universidad Federal de Río de Janeiro, Escuela de Servicio Social, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del grado de Master en Servicio Social.

Aprobada por:

Prof. _____ Orientador

Prof. _____

Prof. _____

Montevideo, 2003

Ficha catalográfica

Ortega Cerchiaro, Elizabeth.

El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista.

Montevideo, UDELAR/UFRJ. 2003.

172 páginas.

Disertación. Universidad de la República Oriental del Uruguay/
Universidad Federal de Río de Janeiro.

1. Servicio Social. 2. Medicalización. 3. Uruguay. (Maestría,
UDELAR/UFRJ).

A Pablo, Ernestina y Joaquín

Agradecimientos

A Pablo, Ernestina y Joaquín, nuevamente.

A mis padres, sin su interés y apoyo en mi educación este trabajo no hubiera sido posible.

A la profesora Myriam Mitjavila, por su orientación, y también por su exigencia y apoyo.

A la profesora Blanca Gabin, con quien “vivimos” las inolvidables entrevistas que conforman, quizás, las partes más enriquecedoras de este trabajo.

A los profesores Herman Kruse y Jorge Bralich por su interés permanente en el Servicio Social y por el aporte de materiales insustituibles para el desarrollo de la investigación.

A las personas entrevistadas, por su disposición y aportes.

A Ana Laura, por su permanente apoyo y amistad.

A mis compañeras y compañeros del grupo de la Maestría, porque en las buenas y en las malas supimos estar juntos.

A todos los amigos y familiares que supieron comprender mis ausencias.

A las bibliotecólogas de todas las bibliotecas que recorrí, por su buena disposición en todo momento, en especial a las del Departamento de Trabajo Social.

A la UDELAR y la UFRJ por el esfuerzo que hizo posible esta Maestría.

Resumen

La investigación estuvo dirigida a analizar los mecanismos institucionales que intervinieron en la articulación de las prácticas profesionales del Servicio Social con los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya durante el período neobatllista, el cual se sitúa, para los fines de este estudio, entre 1940 y 1960.

El objetivo fue demostrar que a mediados del siglo XX se registraron transformaciones en la sociedad uruguaya que ejercieron notable influencia en la institucionalización del Servicio Social como profesión, y que pueden ser clasificadas de la siguiente forma: a) transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales, lo que se tradujo en una inflexión en las formas y contenidos del proceso de “higienización” de la vida social; b) transformaciones del saber médico, principalmente de los modelos etiológicos que organizaron la salud pública desde comienzos del siglo XX, lo que se expresó en el desarrollo de nuevas formas de conocer y actuar sobre los problemas de salud; c) transformaciones en la base institucional de la gestión de lo social en general y del ámbito socio sanitario en particular, a través del surgimiento de nuevos espacios organizacionales (como los centros de salud), la formación de nuevos agentes sanitarios (como las nurses sanitaristas) y la influencia de organismos internacionales en los modelos de gestión y en la profesionalización de algunas ocupaciones. En particular, se analiza el papel que dichas transformaciones ejercieron sobre la consolidación del Servicio Social en este campo, influjo que se interpreta en este estudio como una verdadera refundación de la profesión.

El enfoque adoptado se apoya en una perspectiva genealógica para la recuperación de los elementos institucionales que reorganizaron el campo profesional del Servicio Social, y se apoya en la investigación documental y en el análisis de contenido del material de historia oral que fue obtenido a través de testimonios de asistentes sociales que estudiaron o que actuaron profesionalmente durante el período comprendido en la investigación.

Abstract

The research was orientated to analyze the institutional mechanism that operated on the articulation of the Social Work professional practices with the process of medicalization of the Uruguayan society during the period neobatllista, which is found, for the purpose of this work, between 1940 and 1960.

The objective was to demonstrate that during the half of the XX century transformations in Uruguayan's society were registered, whose exert an important influence over the institutionalism of Social Work as a profession, and can be classified on the following way: a) transformations on the social-political answers to the social problems, what was translated into a change on the forms and contents of the "hygienical" process of the social life; b) transformations of the medical knowledge, specially of the etiological models whose organized the public health from the beginnings of the century XX, whose was expressed on the development of new ways of knowing and acting over the health problems; c) transformations in the institutional base of the general social management and particularly on the area social-sanitary, through the arising of new organizational spaces (as the health centers), the formation of new agents sanitarians (as the sanitary nurses) and the influence of the international organism over the management models and the professionalism of some occupations.

Particularly, is analyzed the paper that those transformations exercised over the consolidation of the Social Work in this area, influence that was interpreted in this work as a truthful new foundation of the profession.

The perspective adopted is based on a genealogical perspective for the recovery the institutional elements that reorganized the professional area of Social Work, and it is supported on a documental research and the analysis of the oral history material obtained through the testimonies of Social Workers who studied or worked professionally during the period of time included in this research.

Lista de siglas

AFE. Administración de los Ferrocarriles del Estado
AMDET. Administración Municipal de Transporte
ANCAP. Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland
ANP. Administración Nacional de Puertos
BIRF. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CIES. Consejo Interamericano Económico y Social
ESS. Escuela de Servicio Social
ESSU. Escuela de Servicio Social del Uruguay.
FMI. Fondo Monetario Internacional
IAI. Instituto de Asuntos Interamericanos.
ICA. Internacional Cooperative Alliance
MIPyPS. Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social
MSP. Ministerio de Salud Pública.
OEA. Organización de Estados Americanos.
OIEA. Organismo Internacional de Energía Atómica
OIT. Organización Internacional del Trabajo.
OMS. Organización Mundial de la Salud
ONU. Organización de las Naciones Unidas.
OPS. Organización Panamericana de la Salud.
OSE. Obras Sanitarias del Estado
OSP. Oficina Sanitaria Panamericana.
PSPR. Programa de Salud Pública Rural.
SCISP. Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.
SMU. Sindicato Médico del Uruguay.
UCISS. Unión Católica Internacional de Servicio Social.
UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
UNRRA. Administración de las Naciones Unidas para el Socorro y la Rehabilitación.

SUMARIO

Introducción	11
Capítulo 1	
1. Los procesos de medicalización en la sociedad uruguaya durante la primera mitad del siglo XX.....	22
1.1 Los procesos de medicalización de la sociedad.....	22
1.2 El proceso socio histórico: las peculiaridades de la instalación del Primer Batllismo en Uruguay.....	24
1.2.1 El Uruguay de la primera modernización.....	24
1.2.2 El Uruguay del Batllismo temprano.....	27
1.3 Las respuestas socio políticas a los problemas sociales emergentes: la forma y el contenido de los procesos de higienización.....	41
1.3.1 El surgimiento de un espacio peculiar: la creación de la escuela que formó visitadoras sociales de higiene en el Instituto de Higiene Experimental.....	47
1.4 Las transformaciones que se producen durante el período de Terra en los procesos de medicalización en el Uruguay.....	54
1.4.1 El proceso socio histórico: Permanencias y cambios.....	54
1.4.2 La sanción del Código del Niño.....	58
1.4.3 La creación del Ministerio de Salud Pública.....	62
1.4.4 La escuela de Sanidad y Servicio Social.....	65
1.4.5 La Escuela de Servicio Social del Uruguay.....	67
Capítulo 2	
2. Las transformaciones en las respuestas socio políticas a los problemas sociales emergentes: cambios en la forma y el contenido de los procesos de higienización.....	75
2.1 La transición de Baldomir, el panamericanismo y el nacimiento del neobatllismo en Uruguay.....	75
2.2 El período neobatllista.....	78
2.3 Transformaciones en el saber.....	85
2.3.1 Cómo se tradujo en Uruguay la influencia de las ideas preventivistas. Su influencia en la Facultad de Medicina.....	87

2.4 Transformaciones en la institucionalidad: la formación de nuevos agentes sanitarios. Las influencias internacionales en los modelos de gestión...	94
2.4.1 Convenios internacionales firmados por el Uruguay en el área de la salud.....	94
2.4.2 El lugar del Servicio Social en el área de la salud.....	119
2.4.3 La Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública fundada en 1954.....	136
Consideraciones finales.....	148
Referencias bibliográficas.....	153
Anexo metodológico.....	160

Introducción

El presente estudio pretende identificar y problematizar los mecanismos institucionales que participaron en la articulación de las prácticas profesionales del Servicio Social con los procesos de medicalización de la vida social que se desarrollaron en el Uruguay durante el período conocido como neobatllismo.

La elección de ese período –que se ubica aproximadamente entre los años 1940 y 1960– obedece a que en su transcurso 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 que 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 orientan la investigación 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 de investigación está orientado a indagar cuestiones como las siguientes: ¿Por qué se acondicionaron, en este 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 dispositivos¹ 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 adjudicaron determinadas competencias y funciones a las asistentes sociales en el ámbito de la salud?

Para indagar la institucionalización de esas competencias profesionales se procedió a la investigación de los espacios destinados a la formación de los visitantes o asistentes sociales como profesionales en este período, procurando identificar cuáles fueron los planes de estudio en los institutos docentes, qué aspectos y áreas del saber se priorizaban, hasta qué punto se encontraban medicalizados los contenidos de los creados durante el período estudiado y qué tipo de proceso llevó a su inclusión en la Universidad de la República, hacia el final del período considerado en este estudio (1957).

Se puede sostener que es precisamente en la década de 1940 cuando se aprecia la consolidación institucional en la sociedad uruguaya de procesos de instrumentación de políticas sociales que constituyeron el centro aglutinador del bienestar social, una de cuyas expresiones es la instauración de un modelo de salud pública.

Un aspecto relevante de la base institucional de dicho modelo consistió en la creación y desarrollo de los centros de salud en el Uruguay que se convirtieron en los nuevos depositarios institucionales de las tareas relacionadas con la promoción y prevención de la salud en el ámbito público. La creación de los centros de salud en Uruguay se ubica dentro de una línea de salud pública, con una orientación que hace especial hincapié en la prevención y promoción de la salud, implementada dentro de una estrategia panamericanista.

La investigación realizada permite sostener que los procesos históricos

¹ Se adoptará en este trabajo la significación que FOUCAULT da a este término con el que se propone "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": FOUCAULT, M. *Microfísica del poder*. Machado R. (org) Río de Janeiro. Graal. 1992. P 244. (FOUCAULT *Apud* MITJAVILA, 1999).

comprendidos en el período del neobatllismo² están intrínsecamente ligados con los que acontecieron en el período del terrismo y el posterior gobierno de Baldomir. A su vez, como pensamiento que ha marcado todo el siglo XX uruguayo, el estudio del primer batllismo o batllismo temprano no podía ser soslayado, motivo por el cual se tornan necesarias algunas referencias al respecto.

En ese sentido, se buscó reconstruir las condiciones socio políticas que participaron en el proceso de institucionalización incipiente del Servicio Social, por lo cual se incluyó un análisis socio histórico de las condiciones que permitieron la instalación de un modelo higienista (desde fines del siglo XIX, con una inflexión hacia mediados del siglo XX) en la sociedad uruguaya, en el entendido de que el proceso que marca el surgimiento y primer desarrollo del Servicio Social está genéticamente asociado a él.

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 que forma parte y de la que constituye una expresión.³

En esa dirección, el trabajo se propone describir y analizar los procesos y los mecanismos a través de los cuales se sentaron las primeras bases institucionales del Servicio Social en el Uruguay. En términos hipotéticos se sostiene aquí que el Servicio Social inició durante el período neobatllista 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 identificación de naturaleza intrínseca: constituyen, en gran medida, una expresión de la consolidación del

² Se hace referencia específicamente al período que transcurre entre los años 1946 y 1958. En las elecciones de 1946 resulta vencedor el candidato del Partido Colorado Tomás Berreta, quien fallece en 1947, asumiendo el vicepresidente Luis Batlle Berres (familiar directo, a su vez, de José Batlle y Ordóñez). El proceso aparece marcado fuertemente por la instalación de un modelo de industrialización por sustitución de importaciones y por la votación en plebiscito que permitió la instalación del Colegiado como forma de organización del Poder Ejecutivo. La impronta del primer batllismo fue notoria en este período. Su culminación se produce en 1958 cuando el Partido Nacional resulta vencedor en las elecciones nacionales.

³ Toda una crítica a la perspectiva endogenista acerca de la génesis del Servicio Social aparece en: MONTAÑO, Carlos, *La naturaleza del Servicio Social en su génesis*. Editorial Cortez. San Pablo 1998.

Estado de Bienestar en general y de las políticas de salud como una de sus manifestaciones más relevantes. Además, ese tipo de prácticas y funciones adjudicadas, no sólo abarcó al Servicio Social en el área de la salud, sino a toda la profesión, como línea de larga duración.

Como hipótesis fundamental se entiende que el Servicio Social nace en Uruguay asociado a estrategias disciplinadoras que se construyeron como parte del proceso de medicalización de la sociedad. En este sentido se puede sostener que el espacio profesional del Servicio Social en el Uruguay estaría genéticamente ligado al área de la salud.

Se entiende que no es una mera contingencia que en la sociedad uruguaya de mediados del siglo XX el Servicio Social haya adquirido relevancia en la atención de los problemas socio sanitarios de la población. El proceso de creación de estos nuevos agentes con también nuevas funciones estuvo fuertemente influido por el modelo de desarrollo, por las transformaciones en el saber médico y por la injerencia internacional del movimiento de salud pública preventivista surgido en Estados Unidos, y se vio favorecido por los convenios internacionales firmados por Uruguay en el período en esa área. Ello se expresó en un nuevo papel para el Servicio Social con una reorientación de las prácticas profesionales. Se trata de un período en que se dan pasos relevantes en su institucionalización, lo que permite pensar en un verdadero proceso de refundación de la 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. Esta reorientación atravesó no sólo la práctica médica sino que fue mucho más allá permeando las prácticas y discursos de las profesiones ligadas fuertemente al campo sanitario (AYRES, 1995; 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.

La asociación de las ideas higienistas con el surgimiento del Servicio Social no es novedosa en la escasa historiografía de la profesión en Uruguay (ACOSTA, L. (1997), BRALICH, J. (1993), KRUSE, H. (1987, 1994), GERPE et al, 1980); lo que intenta ser un aporte del presente estudio es la perspectiva con que se estudia al objeto y el período histórico considerado que, se entiende, no ha sido abordado en profundidad.

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 en el proceso de 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. Debido a ello, la estrategia de investigación no se limitó al análisis de dichos materiales sino que se orientó a la reconstrucción de los mecanismos que intervinieron en la institucionalización de la profesión a través de elementos de la historia oral. De esta forma, se recogieron testimonios de profesionales (visitadoras sociales y asistentes sociales) que se formaron y ejercieron la profesión durante el período comprendido en este estudio, 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.⁴ Se pretende reconstruir por esta vía algunos aspectos de la institucionalización del rol de asistente social, a través de su reconstrucción mediante el análisis de testimonios.

Se procedió entonces al análisis de elementos discursivos de los diferentes agentes implicados en el campo⁵ a estudiar y de la producción de significados sociales presentes en esos discursos y prácticas. 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 informantes que fueron considerados pertinentes (véase anexo).

Fue preciso, entonces, construir para esta investigación lo que suele definirse como una perspectiva genealógica, en el mismo sentido que a la misma le atribuyen Varela y Alvarez-Uría (1997:25). Para estos autores, 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, colocando como central en esta forma de abordaje el análisis de las relaciones entre lenguaje, poder y conocimiento.

La desigual apropiación del capital lingüístico, económico y relacional en la sociedad genera un cúmulo de relaciones sociales donde el asunto del poder/saber es central. La centralidad del análisis de los discursos se produce

⁴ En 2001 se conformó un grupo de investigación, a iniciativa de la profesora Myriam Mitjavila (orientadora del presente estudio) que integramos junto con la profesora Blanca Gabin, cuyo objetivo es la constitución de un acervo de Historia Oral que pretende recuperar la memoria institucional del Servicio Social.

⁵ Se adoptará en este estudio la acepción que aporta Bourdieu (1995: 65): “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.)”.

porque ellos

“no surgen puros e incontaminados de la mente de un locutor; lo queramos o no, los discursos están sometidos a regulaciones, controles, formas de selección, organización y distribución. El espectro de lo decible y lo indecible, de lo pensable y lo impensable no es infinito en cada época histórica y en cada sociedad” (VARELA, J., ALVAREZ URÍA, F. 1997: 44).

Desde una perspectiva genealógica, por tanto se justifican las preguntas que se pretenden responder en el presente trabajo y que refieren al porqué del surgimiento de categorías y representaciones en el período histórico considerado con respecto a la consideración de los problemas sociales emergentes y a su tratamiento, así como

“para qué sirven, y a quiénes sirven, quiénes fueron los principales agentes de su nacimiento, cómo y por qué se produjo su reconocimiento y difusión, qué transformaciones sufrieron, en relación con qué procesos sociales, en fin, cuál es su significación en el presente y cuáles son sus principales funciones sociales y políticas (...) por ello únicamente en la historia la producción y difusión de los conocimientos no está al margen de los intereses y de las luchas, incluidos los intereses y las luchas que dividen a los propios sujetos detentadores de conocimientos” (VARELA, J., ALVAREZ URÍA, F: 47, 48).

Así, la historia no se desarrolla como un marco externo de los procesos a estudiar sino que a partir de los estudios genealógicos es posible reconstruir los procesos materiales y simbólicos que atraviesan la institucionalización de determinados saberes que no son ajenos a las cuestiones de poder/saber presentes en el ámbito de lo social.

Siguiendo a los autores citados (Varela y Alvarez Uría, 1997: 171-72), si conceptualizamos al Servicio Social como una institución, lo estudiaremos en tanto que

“ámbito específico de la realidad social en el que se dan cita creencias, hábitos, formas de conducta, agentes de la

intervención, poblaciones asistidas, así como códigos teóricos y poderes materiales o simbólicos (entonces) podemos preguntarnos por el conjunto de los factores que hicieron posible el nacimiento de este ámbito institucional, así como por las funciones sociales desempeñadas por esta profesión a lo largo de su historia. Deberíamos indagar también las condiciones que hicieron posible su aparición. De hecho, el trabajo social presupone la existencia de un espacio específico de intervención, un espacio especialmente acondicionado para la asistencia o tratamiento de los problemas sociales que denominamos generalmente con el rótulo de espacio social”.

Es por ello pertinente, desde esta perspectiva, analizar las relaciones de poder focalizando en determinadas instituciones que “constituyen un punto de observación privilegiado, diversificado, concentrado, puesto en orden y llevado al punto más alto de su eficacia” (FOUCAULT, 1996: 16). Existe pues una razón teórica: el poder es la noción básica para entender la institución, ya que ella funciona sobre la base del ejercicio del poder.

Las relaciones de poder que se establecen en la sociedad son interpretadas por Foucault no como una globalidad homogénea sino que busca las formas heterogéneas en constante transformación donde el poder se realiza en cuanto una práctica social. Focaliza no el poder concentrado en el Estado, sino las formas de poder variadas que se producen y reproducen en toda la vida social y que no se presentan de una sola forma sino que varían permanentemente y se articulan de manera variada. El ejercicio del poder se realiza en los diferentes niveles de la sociedad a través de mecanismos de control y coerción o de técnicas de vigilancia. Aquí, el principal interés analítico consiste en resaltar que estos mecanismos y técnicas sobrepasan todas las instituciones de la sociedad y se presentan como vasos capilares, a veces aparentemente ínfimos, pero profundamente actuantes. Ese poder ramificado, siempre presente en las múltiples relaciones, es dinámico y se encuentra presente en las relaciones que establecen los hombres entre sí. (BARTHY, 1981).

En la medida que un estudio del tipo que se plantea en este trabajo requiere la reconstrucción de los procesos sociales y los mecanismos institucionales que favorecieron la formación de nuevos agentes ligados a ese 'espacio social' asociado a los procesos de medicalización en el período histórico que transcurre entre 1940 y 1960 en el Uruguay, se justifica, pues, un abordaje genealógico que privilegie las relaciones de poder/saber construidas socialmente, así como las cuestiones que a su vez vinculan lenguaje, poder y conocimiento.

En ese sentido, dado que los discursos asociados al 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 decisorias (médicos y abogados en su mayoría) ha sido necesario recurrir a la historia oral, mediante entrevistas realizadas a asistentes sociales que hubieran estudiado o trabajado profesionalmente en ese período con el objetivo de reconstruir la trayectoria de la profesión.⁶

La reconstrucción socio histórica de una profesión hace referencia a cómo ella es producto y elemento co-productor de un orden social, y como ella se construye y reconstruye al mismo tiempo que también lo hace la sociedad de la cual forma parte (FREIDSON, 1978). En el presente estudio no se niega el papel de la historiografía que recoge los procesos macrosociales, es más, también se la considera como una fuente fundamental.

Al mismo tiempo, la historia oral permite no sólo reconstruir lo subjetivo sino también lo objetivo de los procesos sociohistóricos, porque permite recuperar fuentes que permanecieron ocultas, iconografías, generar la identificación de nuevas fuentes documentales.

La utilización de la historia oral permitió, en el contexto de la presente investigación, explorar cuestiones que la sociología de las profesiones coloca

⁶ 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 EUSS durante la intervención universitaria cuando fue instaurada la dictadura militar de 1973.

como relevantes para indicar el grado de institucionalización de una profesión, en este caso el Servicio Social: el monopolio, la autonomía, la autoridad, la articulación de las esferas académica, corporativa y técnica, entre otras.

En el presente estudio se emplea la definición de historia oral sugerida por Verna Alberti (1990: 109, apud Pereira, 1991) quien la entiende como “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”.⁷

El material recogido a través de los testimonios transporta todos los problemas típicos de la reconstrucción basada en la memoria, ya que

“la memoria es una forma de evidencia histórica que como cualquier otra necesita ser evaluada como tal, no debemos forzarla en un molde ni pretender que se parezca a otro tipo de fuente, sino que debe ser tratada como lo que realmente es: producción de significados y por lo tanto expresión cultural con todas sus complejidades. Requiere técnicas específicas para su análisis y entendimiento. (...) el objetivo de la historia se amplía para incluir lo subjetivo y el rol de este aspecto en la realidad social”. (MOSS, W, et al, 1991: 16)

Interesa en ese sentido que la presente investigación no reivindica la fuente oral como herramienta exclusiva sino complementaria ya que en éste como en otros casos, las entrevistas de historia oral arrojan luz sobre acontecimientos desconocidos o sobre aspectos desconocidos de acontecimientos conocidos. El elemento singular en las fuentes orales es la subjetividad del hablante que se impone al historiador. Las fuentes orales nos dicen lo que hicieron pero también lo que deseaban hacer, lo que creían estar haciendo, y lo que ahora piensan que hicieron.

⁷ Alberti, Verna. *Historia oral: a experiencia do CPDOC*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1990: 12. Apud Leite Pereira, 1991: 109.

De esta forma, las fuentes orales pueden auxiliar, como ocurrió en el presente estudio, en el proceso de encontrar un cuadro, lo más completo posible, de una determinada institución inserta en un contexto histórico. Así, la idea de reconstruir la historia de una institución donde archivos enteros han desaparecido, o directamente nunca habían existido, hacía necesario procurar el acceso a los discursos de los propios agentes que participaron del proceso y al tipo de prácticas que esos discursos engendraron.

El presente estudio se presenta en dos secciones siguiendo un criterio cronológico. En la primera se intenta dar cuenta del entramado de procesos que permitieron el primer proceso de institucionalización del Servicio Social en el Uruguay.

Capítulo 1

Los procesos de medicalización en la sociedad uruguaya durante la primera mitad del siglo XX

1.1 Los procesos de medicalización de la sociedad.

Los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad. Dichos procesos hacen referencia a “la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos” (PORTILLO, 1993: 17), imponiéndose en dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina y, con ello, permitiendo codificar en términos de salud/enfermedad comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social. Esto significa una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de ciertos controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia.

El espacio social pasa a ser controlado en nombre de ciertos objetos que son traducidos como pasibles de ser abarcados por el campo médico. Foucault (1990: 14) plantea que

“la conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar. El conjunto de las dicotomías fundamentales que, en nuestra cultura, distribuyen a ambos lados del límite las conformidades y las desviaciones, encuentra así una justificación y la apariencia de un fundamento”.

Cada cultura define

“el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. En último término no existe un ámbito que pertenezca de pleno

derecho y de modo universal a la medicina. (...) la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra –práctica y teóricamente- medicalizado.” (FOUCAULT, M. 1990: 25, 26)

Se produce entonces la conversión de la salud en un problema eminentemente político desde el punto de vista de la relevancia de la higiene pública, la revalorización del cuerpo (como fuerza de trabajo) y la moralización, que lleva al control social de la “conducta desviada”. Se podría afirmar, plantea Foucault (1990: 97)– que:

“en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia, sino una somatocracia. Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud”.

Aparece la medicina como un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias, que no tienen que ver directamente o solamente con la enfermedad y con la demanda de su cura. Este aspecto pasa a ser cada vez más importante y constituye uno de los ejes del discurso de las estrategias de prevención y promoción de la salud, donde la justificación de la intervención del saber médico no se encuentra en la existencia de una enfermedad, sino en la *posibilidad* de su existencia.

La medicina como institución reivindica el monopolio de lo que tiene que ver con la salud y así todas las intervenciones médicas se tornan posibles, colonizando ampliamente la vida cotidiana de los individuos bajo la promesa de la salud y la prolongación de la vida.

Según Menéndez (1984: 165) “el proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social”, lo que aparejó una escisión entre el saber médico y el saber popular. Desde la perspectiva de la legitimación del control, “se puede no sólo prevenir y curar, sino que se puede controlar, normatizar y legitimar a través de categorías científicas. Es en función

de esta potencialidad que el ‘control’ de la salud deviene tan necesario como el ‘control’ de la enfermedad”.

Ahora bien, la medicalización del espacio social no es apenas el resultado de impulsos endógenos del saber médico. Por el contrario, se trata de procesos generalmente asociados a transformaciones económicas, sociopolíticas y culturales de alcance societal (MITJAVILA, 1999). Es en esa dirección que se discuten a continuación algunos elementos del proceso sociohistórico dentro del cual se inscribe la medicalización de la vida social en el Uruguay, terreno sobre el cual se edificará, de acuerdo con la hipótesis central de la presente investigación, la institucionalización del Servicio Social como profesión.

1.2 El proceso socio histórico: las peculiaridades de la instalación del Primer Batllismo en Uruguay

Se podría afirmar que el proceso de medicalización en la sociedad uruguaya comenzó a manifestarse más claramente hacia fines del siglo XIX y desde principios del XX se encuentra asociado al proyecto político del batllismo, en el cual la consolidación del Estado es un eje central, un Estado expandido que “coloniza” prácticamente todas las dimensiones del espacio social.

En los puntos que siguen se realiza un análisis socio-histórico del período considerado, intentando resaltar aquellos procesos que tengan especial relevancia respecto del objeto de estudio de la presente investigación.

1.2.1 El Uruguay de la primera modernización

El denominado modelo ‘higienista’ se construyó en el Uruguay desde fines del siglo XIX, en el período que se conoce como de la primera modernización. Interesa identificar en este período la existencia de algunos hitos históricos que trazaron líneas de larga duración en la sociedad uruguaya.

El nacimiento del Uruguay moderno, que puede ser situado en el período comprendido entre 1870 y 1900, se inscribe en el marco del proceso de

integración a los mercados mundiales encabezado por Gran Bretaña, y se caracteriza por la diversificación productiva, la modificación de pautas de consumo, la complejización social, la reafirmación del Estado, la extensión de la educación, el control de la natalidad, la cultura urbana secularizada, el ajuste del sistema político y la formación del sistema de partidos. Objetivos de esta primera fase modernizadora fueron consolidar la presencia del Estado en la sociedad y en la economía, afirmar la propiedad privada (en este período se produce el alambramiento de los campos) y reinsertar al Uruguay como Estado y como nación en el contexto mundial de fines del siglo XIX.

Se podría afirmar que el período se caracterizó por un modelo agroexportador en lo económico y autoritario en lo político. Según Caetano y Rilla (1996) se podría hablar de una refundación del Estado orientada a dar garantías al proceso de acumulación y así compensar las debilidades de la implantación oligárquica uruguaya. Sus instrumentos habrían sido la modernización y el monopolio de la tecnología militar; el trazado de la red vial centralizada en Montevideo; el desarrollo de las comunicaciones y la presencia de la policía urbana y rural. En ese sentido se hace notoria la represión policial a la delincuencia rural para asegurar la propiedad, disciplinar a la población, y acelerar la implantación del mestizaje y refinamiento del ganado.

En términos generales, el proceso de modernización fortaleció a la clase alta rural, consolidó el latifundio ganadero en perjuicio de la clase media rural vinculada al ovino y la agricultura; en la sociedad rural se produce la marginación de amplios sectores por el cercamiento de los campos, por lo cual en un período muy corto de tiempo se genera un abandono de las prácticas tradicionales de sociabilidad y el retorno a condición errante de una parte considerable de población en busca de sustento.

La afluencia a las ciudades de esta población expulsada del campo, fundamentalmente hacia Montevideo, así como la llegada masiva de inmigrantes en esta etapa, pueden ser considerados como fenómenos sociales propicios para la generación incipiente de ámbitos de intervención en lo social que tuvieran como objetivo la adaptación de esta población a las pautas burguesas urbanas de “convivencia social”, en especial en lo que tiene que ver

con la proletarización de dicha población.

El campo de la salud como el de la educación (hito fundamental fue la reforma escolar de José Pedro Varela) constituyeron ámbitos de desarrollo de estrategias de control y disciplinamiento de dicha población.

En el ámbito de la educación, la reforma vareliana puede ser analizada, retomando a Varela J y Alvarez Uría, F (1997: 154) en el marco del intento de 'solucionar la cuestión social'. De esta forma se trataba

“de neutralizar la lucha de clases a través de una política de armonización de los intereses del trabajo y del capital que permitiese integrar al movimiento obrero, y se impuso la obligatoriedad escolar convertida en uno de los dispositivos fundamentales de integración de las clases trabajadoras. La escuela obligatoria formaba parte, por tanto, de un programa de regeneración y de profilaxis social basado en los postulados del positivismo evolucionista. (...) Surgió así, en relación con los niños que se resisten a la escuela disciplinaria, un nuevo campo institucional de intervención y de extracción de saberes destinado a la resocialización de 'la infancia anormal y delincuente'.”

Intrínsecamente asociado al proceso de la reforma educativa en Uruguay se encuentra el que tiene que ver con la secularización de la sociedad. Se debe tener en cuenta que

“la implantación tardía de la religión católica durante la Colonia, el carácter aluvial y crecientemente urbanizado de la sociedad, la misma pobreza material e institucional de la Iglesia, debieron facilitar el despliegue secularizante, pautado a un nivel institucional por la temprana incorporación de los cementerios a la jurisdicción estatal, por la habilitación de una enseñanza laica en las escuelas, por el establecimiento del Registro Civil de la población en 1879, y del matrimonio civil obligatorio en 1885. Pero en contrapunto no puede asegurarse que estos cambios de por sí relevantes hayan trascendido rotundamente –en un principio al menos– el horizonte de las disputas entre liberales,

masones, católicos, espiritualistas y positivistas que agitaban por entonces las aguas de las elites políticas y culturales” (CAETANO y RILLA, 1996: 82).

La centralidad que cobra el Estado en la sociedad uruguaya, desde principios del siglo XX responde, en cierta forma, a legados de la historia del siglo XIX, en términos de las siguientes grandes líneas:

- a) La debilidad en Uruguay de la constelación de poder típica del continente (sectores agrocomerciales / Iglesia / fuerzas armadas como factores de consenso y respaldo coactivo).
- b) Peso relativo de las restricciones de la dependencia externa, debido a la incorporación al imperio informal británico, y por el carácter de frontera en la región.
- c) Por su parte “la combinación de ambas debilidades: la de la implantación oligárquica y la de la implantación capitalista, contribuyó a reforzar la presencia del Estado en la sociedad civil y la centralidad de sus funciones en la formación social uruguaya” (CAETANO y RILLA 1996: 91).

Hacia fines de siglo XIX, el Estado uruguayo tenía una tradición intervencionista en el desarrollo de un poder coactivo y administrativo y en el cumplimiento de tareas empresariales y arbitrales. La primacía del Estado coadyuvó a la centralidad bastante inédita de las mediaciones políticas en la sociedad uruguaya y a la consolidación de los partidos políticos como intermediarios entre la sociedad civil y el Estado.

1.2.2 El Uruguay del Batllismo temprano

En las tres primeras décadas del siglo XX se registra el segundo período de la modernización uruguaya, el cual puede denominarse *batllismo temprano*.⁸

⁸ En el presente trabajo se utilizará la definición que de esta expresión da Panizza (1990): “como una forma de referirse tanto al período en que José Batlle y Ordóñez fue presidente sin haber formado todavía un grupo que tuviera tal denominación dentro del Partido Colorado, como a la etapa posterior a 1912, cuando existió un grupo político que fue conocido explícitamente con ese nombre”. Se refiere fundamentalmente a las tres primeras décadas del siglo XX, que abarca los gobiernos de José Batlle y Ordóñez (1903-1907), Williman (1907-1911), la segunda presidencia de Batlle y Ordóñez (1911-1915), Feliciano Viera (1915-1919), Baltasar Brum (1919-1923), José Serrato (1923-1927) y Juan Campisteguy (1927-1931).

Interesa identificar también en este período algunos hitos de particular significación.

Un primer aspecto se refiere a los cambios socio-demográficos. En este sentido se destaca (Rama, 1987) que “entre 1825 y 1908 la población pasa de aproximadamente 132.000 a 1.042.689, multiplicando por 7,9 el volumen original. (...) La participación de los extranjeros fue estimada en los registros poblacionales en el 34,8 por ciento en 1860, en el 32 % en 1879 y en el 17,4 aun en 1908, mientras que en Montevideo estuvo cercana al 50% hasta 1895, para descender al 30,4 en 1908”.

El censo de 1908 constató una población marcadamente joven, ya que entre los 10 y los 49 años concentraba aproximadamente el 60 por ciento del total. El 39 por ciento de la población era activa o trabajadora, registrándose la mayor proporción en el comercio y las industrias. Comparando los datos de 1880 y 1910 “se observa un fuerte descenso en el índice de la natalidad, pero a la vez un descenso enérgico en el índice de la mortalidad”. Se podía observar también una alta concentración de población en Montevideo (309.231 habitantes) (ACEVEDO, 1934, tomo V: 441).

Desde el punto de vista de la educación, debe destacarse que “de los niños de 5 a 14 años (259.009) eran alfabetos 122.025 (47,1 %), analfabetos 130.419 (50,4 %), y carecían de especificación en los boletines 6.565 (2,5%). De 15 años para arriba en toda la República había 382.091 alfabetos, 217.072 analfabetos y sin especificar 10.055” (ACEVEDO, 1934: 437).

Teniendo en cuenta estos datos, y la importancia atribuida a la educación en el proyecto batllista, como forma de ‘crear’ ciudadanía, aparece como un hito fundamental la organización en este período del Cuerpo Médico Escolar, tanto desde el punto de vista de su integración, como por su papel en el área de la salud y la infancia en todo el período considerado, tanto a nivel nacional como internacional.

El doctor Rafael Schiaffino, profesor agregado de Higiene de la Facultad de Medicina y director del organismo, escribía en el año 1929:

“El Cuerpo Médico Escolar fue creado por ley de la Nación y reglamentado en 1908, encargándosele la misión de vigilancia higiénica de los edificios escolares, del personal enseñante, del material de las escuelas, mobiliario, programas, de la profilaxis de las enfermedades infecto contagiosas, estudio de los retardados escolares, etc, designándose cuatro miembros para desempeñar esas tareas”.⁹

La iniciativa de creación del Cuerpo Médico Escolar correspondía a uno de los votos formulados por el Tercer Congreso Médico Latinoamericano. Con carácter nacional, no se había podido extender más allá de la capital.

Se trata de un dispositivo que, como se verá más adelante, tendrá hacia fines de la década del 20, un papel decisivo en la conformación de la primera escuela que formó visitadoras sociales de Higiene en Uruguay, que se instalaría en la órbita del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina.

Los campos de la educación y la salud compartían un lugar preponderante como vías de disciplinamiento de la población. En ellos se fue creando un ámbito propicio para el surgimiento de profesiones que, como el Servicio Social, eran consideradas fundamentalmente como un nexo entre las instancias educativas y/o médicas y las familias, especialmente con relación a las familias pobres.

Dispositivos como el arriba señalado se inscriben dentro de un proceso más amplio de conformación del Estado batllista uruguayo en este período. Las características de este proceso tendrán relación tanto con la manera cómo se construyeron las formas del higienismo en esta etapa así con cómo ese Estado se fue apropiando de espacios que anteriormente eran ocupados por otros agentes, asociados con aquellos propios de las organizaciones de caridad y filantropía.

El batllismo propició seis grandes reformas¹⁰:

⁹ SCHIAFFINO, R. “Organización médico escolar en el Uruguay”. En Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo III nº 1. Montevideo. Julio de 1929 p 99.

¹⁰ Según apuntes de clase del Prof. Gerardo Caetano, 2001.

1. Reforma económica, que tiene tres ejes fundamentales, la nacionalización, la estatización (en áreas que se entendía que debían estar en manos del Estado, servicios públicos que debían ser buenos y accesibles) y la industrialización, con todo lo que significaba “la fábrica en la que el buen capitalista se asociaba al buen trabajador”.

2. Reforma social, caracterizada por la relegitimación de la cuestión social, y el Estado como mediador en el conflicto. La reforma social aparece vinculada a medidas de reparación social.

3. Reforma rural, que era concebida como el pasaje de un modelo agropecuario a uno agroindustrial, modificando el esquema de tenencia de la tierra. A pesar de ser considerada la reforma clave, fue en los hechos la más moderada porque chocaba con intereses muy fuertemente arraigados en la estructura económica del país.

4. Reforma fiscal: a través de impuestos, se creaba una vía indirecta para presionar a favor de ciertos desempeños y desfavorecer otros. La reforma fiscal tampoco prosperó de acuerdo con los términos en que fue planteada originariamente.

5. Reforma moral: implicaba una propuesta de nación por la adhesión a valores universales. Aquí puede ser ubicada la política de secularización, anticlerical, más que antirreligiosa.

6. Reforma política, que abarcaba dos elementos fundamentales: una amplia politización de la sociedad, que debía ser continua, no restringida a los actos electorales; y la propuesta del colegiado, con un Poder Ejecutivo pluripersonal que diera al gobierno un período de desarrollo para consolidar su propuesta.

Globalmente consideradas, estas reformas transportaban una propuesta

de sociedad hiperintegrada,¹¹ a través del Estado, los partidos políticos y las organizaciones sociales. La siguiente descripción da cuenta de los principales componentes de la propuesta batllista:

“En grandes rasgos (la propuesta del Batllismo) se proponía superar la injusticia social en base al solidarismo, la concordia obrero patronal, y el desarrollo de la legislación laboral y de previsión social (...), mejoramiento de las condiciones de vida de la población (...), nacionalización y/o estatización de actividades industriales y comerciales con la finalidad de limitar la incidencia del capital británico y abaratar y extender algunos servicios considerados prioritarios para el desarrollo del país (...), tecnificación y transformación estructural del sector agropecuario para aumentar y redistribuir la riqueza (...) industrialización del país con el objetivo de sustituir las importaciones, limitar la dependencia económica, generar empleos” (JACOB, R, 1988: 9).

Por su parte, la política de industrialización había tenido antecedentes en el último cuarto del siglo XIX, con aspectos proteccionistas y promoción de importaciones de bienes de capital. Aparecía ya como un obstáculo la pequeñez del mercado interno y el encarecimiento de los productos nacionales:

“Para Batlle y Ordóñez la industria era fundamental en la tarea de disminuir la dependencia del comercio exterior del país, mitigando los lazos que ataban al Uruguay principalmente a Gran Bretaña. Pero también cumplía una función de estabilidad social, creando las fuentes de ocupación e ingresos para los habitantes del país, que emigraban del medio rural como consecuencia de los avances en la modernización.” (JACOB, 1981 b): 80)

Caetano y Rilla (1996:116), señalan, por su parte, los límites del reformismo batllista donde:

“no parece fácil discriminar con precisión las ‘cuotas de responsabilidad’ en este avance del reformismo social. Para el

¹¹ Rama, G (1987: 43) denomina al modelo batllista como “Estado innovador” haciendo referencia a la “sociedad hiperintegrada” a la que dará lugar.

incipiente movimiento sindical, cuyas tendencias reconocibles iban desde el anarquismo y el socialismo hasta el catolicismo social, las reformas eran presentadas a lo sumo como concesiones arrancadas a los poderes dominantes; para el batllismo, la reforma social se justificaba y hasta se explicaba por razones de carácter moral, por mandato ético para con los 'humildes'; antes que una 'misión' cumplida por los 'de abajo' era un deber cumplido por 'los de arriba'. Es obvio que entre estas dos visiones -algo exageradas- circuló efectivamente la realidad de las cosas. Pero también parece claro que las reformas en el plano del derecho laboral no se habrían extendido al conjunto de la sociedad sin el sostén del partido de gobierno, por más fuerza que tuviera -y que en ocasiones tuvo- la movilización sindical”.

En este período es que se consagra constitucionalmente la separación entre Estado e Iglesia,¹² se establece el sufragio universal masculino, se abre la posibilidad de la sanción legislativa de los derechos de la mujer, se amplían las garantías electorales (voto secreto, representación proporcional integral, etcétera), se establece un Poder Ejecutivo bicéfalo, con un presidente y un Consejo Nacional de Administración, se inicia el reconocimiento constitucional de los organismos estatales de la actividad económica y se flexibiliza el procedimiento de reforma constitucional.

Panizza y Pérez Piera (1988: 13) plantean la peculiaridad histórica de la tardía consolidación del Estado moderno uruguayo, fundamentalmente a partir de 1904, cuando unifica y consolida su monopolio de la violencia legítima. Paralelamente marcan el temprano proceso de modernización lo que

“significó, por una parte, que el Estado se expandió tempranamente a ciertas áreas sociales y económicas y, lo que es más importante, que las primeras formas de legislación social y laboral antecedieron a la masificación del sufragio y a la consolidación de la democracia electoral. Pero, por otra parte, ello se dio en el marco de una sociedad con un ya muy alto grado de

¹² Sobre el proceso de secularización de la sociedad uruguayo véase: CAETANO, Gerardo; GEYMONAT, Roger. *La secularización uruguayo (1859-1919). Catolicismo y privatización de lo religioso*. Tomo I. Montevideo. Ed Taurus Santillana. 1997.

urbanización, y un grado también relativamente alto de alfabetización. Es decir que, cuando el Estado culmina su proceso de institucionalización tiene ya a su frente a una sociedad civil de un cierto grado de riqueza y complejidad. Ello hace que una visión puramente 'estatalista' de la sociedad uruguaya sea parcial e inadecuada: si la hegemonía en el Uruguay se construye *desde* el Estado, la misma no es construida *por* el Estado en cuanto actor dotado de un alto grado de autonomía con relación a la sociedad (lo cual es diferente del problema de su autonomía de las clases dominantes)".

La articulación Estado/partidos/sociedad civil marcará en Uruguay una interdependencia y una tensión permanente entre los actores políticos y sociales, con la predominancia de una distinción 'borrosa' entre lo público y lo privado. Tampoco la distinción Estado/partidos fue nítida, en el sentido de que las divisiones internas de éstos hacen que funcionen a la vez como gobierno y como oposición. La renegociación permanente entre partidos y entre fracciones de los mismos ha sido una marca en la formación socio política uruguaya durante todo el siglo XX.

Panizza y Pérez Piera (1988: 20) proponen referirse a estas cuestiones que se plantean entre lo público/privado, gobierno/Estado, y estatal/partidario como 'hímenes' que no constituyen líneas divisorias rígidas sino continuidades de diferencias y referencias recíprocas. Este tipo de relacionamiento llevará a la constitución de un espacio público altamente politizado y burocratizado a la vez:

"Lo público se constituye, más que como la reformulación de intereses particulares en una instancia superior de propuesta y decisión política, como un sistema de mediaciones y agregación de intereses y demandas al interior de un sistema altamente inclusivo. (...) Significa también que la unidad del aparato estatal será siempre precaria y sujeta a la fragmentación resultante de su colonización por un sistema de partidos que, especialmente en la posguerra, muestran un escaso grado de unidad orgánica o coherencia ideológica. Significa por último que los cambios políticos surgidos al interior de esta articulación entre Estado,

partidos, gobierno y sociedad civil sólo podrán ser el resultado de una lógica transformista”.

Debe agregarse, sin embargo, que el Estado uruguayo no será simplemente un instrumento de creación del orden social sino que también se constituirá en un poderoso *centro imaginario* de su unidad. Desde un análisis historiográfico de los discursos¹³ Panizza (1990: 37) explica cómo “el batllismo cambió radicalmente los límites de lo decible, y por consiguiente de lo pensable, en la formación política uruguaya. Lo paradójico es que lo consiguió con una estrategia discursiva que pudo aparecer como contradictoria pero que se mostró de una considerable eficacia”. Según este autor el batllismo utilizó la estrategia del doble mensaje, la matriz discursiva del liberalismo para someterlo a uno de los procesos de subversión más radicales en la historia política de la época en América Latina; discurso que democratizará la razón para someterla a una tradición que eliminará buena parte de su radicalidad potencial; “reunirá los elementos típicos de un discurso de tipo populista al servicio de una estrategia de tipo transformista”.¹⁴

El análisis de Panizza (1990: 23) resalta la idea de que:

“el batllismo representó la condensación de dos momentos que habitualmente se dan separados en la historia política de otros pueblos: el momento de la institucionalización y el momento de la democratización de dicho orden. Fue el método mismo elegido por Batlle para impulsar su proyecto hegemónico, tanto como los aspectos sustantivos del mismo lo que irá a constituir las fronteras de la formación política uruguaya por más de medio siglo”.

La capacidad de los partidos políticos para incorporar grandes sectores sociales y el hecho de que los terratenientes no se constituyeran como fuerza

¹³ Se entiende por discurso toda práctica articuladora (sea de naturaleza lingüística o extra lingüística) que constituye y organiza relaciones sociales mediante configuraciones de sentido. Los discursos políticos son analizados en términos de constituir los límites de una formación política. Se pone énfasis en cómo estos discursos establecen sistemas de equivalencias, antagonismos y diferencias. Los discursos de diferencia son básicamente integradores; los de equivalencias marcan antagonismos y rupturas.

¹⁴ Por ‘transformismo’ se entiende aquí el “(...) proceso por el cual los sectores dominantes en una sociedad intentan bloquear la emergencia y consolidación de una fuerza antagónica a través de la absorción y neutralización selectiva de sus demandas y/o del intento de cooptar a sus representantes políticos en el bloque de poder”.

hegemónica, fueron elementos clave para el diseño de la estrategia política de Batlle, la cual “no buscó la destrucción de las fuerzas políticas representativas del orden oligárquico. Más bien Batlle buscó negociar, transar, y subordinarles dentro de su propio partido y la sociedad en general. (...) el Estado no apareció como el Estado de las clases dominantes sino como un centro institucional de alianzas y compromisos” (PANIZZA, 1990: 35).

Castellanos (1995) ensaya una “explicación de cómo se articuló la forma del ‘welfare’ uruguayo, buscando rescatar en la lógica histórica de las políticas sociales sus funciones de integración, esenciales para la estabilidad de todo sistema democrático”. Entiende, en ese sentido, que las tres primeras décadas del siglo XX representan años constitutivos del proceso fundacional de la ‘ciudadanía’, a través de la extensión de derechos políticos y sociales, elemento central del ‘welfare’ uruguayo, al que denomina ‘bienestar de partidos’.¹⁵

Así se afirma (Castellanos, 1995: 11) que “la novedad de las primeras décadas del siglo XX es justamente el pasaje de la visión de ‘privilegios’ a la de ‘derechos sociales’, coherente con la superposición de la constitución del régimen democrático con la consolidación del orden estatal”.

En ese sentido, se puede concordar con este autor en la definición de las particularidades de la constitución de la ciudadanía en la evolución política uruguaya:

i) Temprana liberalización del debate político durante el siglo XIX, pero con una muy lenta e inestable institucionalización, haciendo referencia a la debilidad del eje iglesia/terratenientes/ejército.

ii) Extendida participación política de importantes segmentos de la población, posibilitada por un estilo de política

¹⁵En el Welfare State marca dos dimensiones fundamentales: en contraste con experiencias de ‘estados asistenciales’, aparece la participación política de las masas como central, y la centralidad asumida por las instancias estatal burocráticas sobre la acción de los partidos y los grupos de presión como agentes de mediación. Encuentra en una desarrollada burocracia la clave en las decisiones y la canalización de las demandas sociales. Por esto no cataloga al caso uruguayo como welfare state. En su lugar se hipotetiza la utilidad de tipificar esta experiencia como un ‘bienestar de partidos’.

caudillista. Se puede hablar de la existencia de 'ciudadanías caudillistas', paralelas a los canales institucionales de las formalidades constitucionales. Así, por ejemplo, la participación de las grandes mayorías de la población en las disputas políticas estaría asociada a la ausencia de un ejército nacional fuerte.

iii) Institucionalización simultánea de los derechos sociales y los derechos políticos. Así, las políticas sociales surgen reforzando la legitimidad de un régimen, y paralelamente a la extensión plena de los derechos políticos se institucionalizan las reglas del juego democrático para la totalidad de los miembros de la comunidad nacional (reforma constitucional de 1917).

iv) Carácter partidocéntrico de las identidades colectivas, políticas y sociales, históricamente estructuradas por los partidos políticos. Estos, actores centrales de la política uruguaya desde los inicios de la vida independiente, sin sustituir ni pretender cooptar las diferentes organizaciones sociales (obreras, empresariales, rurales, culturales) vieron aumentar aun más esta característica con el papel que tendrían en la definición e instrumentación de las políticas de bienestar a partir de principios de siglo.

v) Expansión y consolidación estatal: el Estado fue asumiendo progresivamente roles centrales. Las estructuras partidarias colonizaron el Estado, lo que en cierta forma minó la posibilidad de constitución de una burocracia fuerte y estructurada. La centralidad del sistema de partidos sobre las decisiones y su instrumentación fue un mecanismo que garantizó el control ciudadano sobre el manejo de las intervenciones estatales.

En función de lo anteriormente señalado pueden comprenderse mejor las peculiaridades que presentan las respuestas sociopolíticas a la 'cuestión social' bajo el signo del batllismo, y cómo esas respuestas se convirtieron en mecanismos poderosos de integración social.

Ese es el terreno sobre el que Filgueira (1995: 11) observa la

“implantación, en la segunda década del siglo, de una serie de medidas que crearon un Estado asistencial, providente y anticipador de demandas”. Si bien las políticas sociales fueron en un comienzo aplicadas de acuerdo con modalidades particularistas y clientelísticas, se apoyaron en una retórica universalista desde el punto de vista de su formulación a nivel genérico, y en su base jurídica.

Ese Estado Interventor en el diseño de las políticas sociales se estructuraba sobre *cuatro pilares* que Figueira describe como los siguientes:

i) *Las leyes y resoluciones del Ejecutivo concernientes al funcionamiento del mercado laboral*: Batlle y Ordóñez priorizó los derechos individuales del trabajador aprobando la jornada de ocho horas, la semana laboral de seis días en la industria y de cinco y medio en el comercio, la regulación del trabajo femenino e infantil. En 1915 se aprobó ley de 8 horas; en 1920 la ley de descanso semanal; en 1918 la llamada ‘ley de la silla’; se creó una Inspección General del Trabajo; en 1914 la legislación sobre accidentes de trabajo y bases para la discusión de seguros por riesgo de muerte o invalidez por causa de la actividad laboral.¹⁶

ii) *Política sobre retiro de la fuerza de trabajo*: En 1896 se crea la caja de jubilaciones para maestros; en 1904 la Caja Civil para retiro de los funcionarios públicos, recién en 1919 con las leyes emitidas sobre la materia comenzó a universalizarse su alcance. En 1919 se crea la Caja de Industria, Comercio y Servicios, y se aprueba la concesión de pensiones a la vejez. En el año 1919 por ley se establece la obligación de la cobertura estatal por causa de vejez, invalidez y muerte a la categoría de ‘indigentes’.

iii) *La instrucción pública*: Se crea en este período una enseñanza secundaria laica y se reformula la enseñanza universitaria. En 1919 se institucionaliza el liceo nocturno y en

¹⁶ Con relación a este punto, conviene tener presente que, como indica Filgueira (1995: 21) las ‘leyes obreras’ son parte del ‘mito’ batllista, ya que “su simpatía y defensa de los derechos de reunión y huelga deben ligarse más a su disputa con las empresas privadas extranjeras que a la defensa de intereses sindicales, aunque la retórica de la época lo presentaba así”.

1921 la Universidad de Mujeres. En 1916 se rediseña la enseñanza de oficios y se establecen cursos para educar jóvenes del interior. Se procuraba con ello crear una cultura liberal e igualitaria y completar el proceso de asimilación de las corrientes migratorias con el fin de homogeneizar la socialización.

La instrucción pública respondía a la necesidad de contar con mano de obra instruida y apuntaba a la integración social. A la misma no era ajena una necesidad de control social. Era también una opción democrática de crear bases para la ciudadanía de un futuro.

Además de la mortalidad infantil, otro tema que preocupaba a las autoridades era el del analfabetismo: el censo escolar de 1926 ubicaba en 196.803 los niños de 6 a 14 años, alfabetos eran 142.256 y analfabetos 54.277 (27,57%) (ACEVEDO, 1935).

iv) En cuanto al último pilar, tiene que ver con un cambio sustancial en la consideración del papel del Estado en la administración de las instalaciones de beneficencia existentes que atendían aspectos de la salud pública: la creación de la Asistencia Pública Nacional en 1910.¹⁷

Methol (1999: 39) enmarca la discusión de la ley de creación de la Asistencia Pública Nacional en la pugna entre positivismo y espiritualismo en la época y plantea que:

“este debate da cuenta, y a la vez habilita, el proceso de secularización de la sociedad uruguaya en el período intersiglos. Secularización que se produce no solamente en el sentido de pérdida de hegemonía de los valores religiosos, sino en la adopción de ‘nuevos valores científicos’ bajo la forma de un nuevo sistema de confianza en la producción de la verdad”.

Elabora una reflexión acerca de los significados representacionales que adquiere y desempeña el saber científico en la modernidad, a fin de alumbrar el análisis de una manifestación concreta para el caso uruguayo de la difusión de

¹⁷ Un análisis del proceso político que llevó a la redacción de la ley de creación de la Asistencia Pública Nacional se puede encontrar en METHOL, F. (1999).

ese saber, como lo es el movimiento higienista de principios del siglo XX.

Se entiende ese proceso como una reorientación de las bases de la asistencia social y de la caridad, con la idea de fundar esos roles sociales en bases científicas. Aparecen argumentos en pro de reconstruir estas funciones sobre un trabajo remunerado y especializado, reglamentado desde el Estado, y ya no desde el voluntariado y la finalidad religiosa.

El registro cronológico de la proliferación de los recursos organizacionales de la asistencia social durante este período es bastante elocuente al respecto:

- 1908: Creación del Hospital Pereira Rossell, para la atención de niños.
- 1913: Apertura del refugio para embarazadas.
- 1914: Escuela de Nurses, que también atendía enfermos.
- 1915: Creación de la maternidad.
- 1922: Hospital Pasteur.
- 1927 Hospital Pedro Visca.
- 1928: Colonia Saint Bois, hospital para tratamiento de la tuberculosis.
- 1930: Casa Maternal y sanatorios antituberculosos.

También en el interior del país se crean hospitales en Minas (1904), Rosario (1909), Flores (1910), Salto, Florida, Tacuarembó y Melo en 1911, Colonia de Alienados en Santa Lucía y Hospital de Treinta y Tres (1912), dos asilos en Fray Bentos y una sala de asistencia en Canelones en 1914, en San Carlos y Paysandú en 1915, en varias localidades a la vez en 1920, en Libertad en 1922, y un asilo en Salto en 1930.

Esta enumeración tomada de Barrán (1992) nos permite visualizar claramente el interés manifestado en el desarrollo de esta área de las políticas sociales en el Uruguay batllista.

En 1917 fueron centralizadas las funciones de la Asistencia Pública en

un Consejo Directivo formado por el director general de la Asistencia Pública, siete miembros designados por el Poder Ejecutivo, uno por el Consejo de la Facultad de Medicina y uno por el personal técnico de la Asistencia Pública. Dichas funciones se transformaban en rentadas.

Un grave problema sanitario en la época lo constituía la mortalidad infantil, asunto cuyo tratamiento ocupó un lugar importante en el Segundo Congreso Sudamericano del Niño, reunido en Montevideo en 1919. En ese evento, decía su presidente el doctor Morquio: “Sobre 1000 niños que nacen mueren término medio 200 antes de cumplir los dos años. La mitad antes del mes”, atribuyendo las causas a enfermedades congénitas y falta de cuidados necesarios, defectos en la alimentación, ignorancia, falta de cuidados, malos alimentos, miseria, abandono. “La protección del niño, agregaba el doctor Morquio, tiene como base fundamental la protección a la madre” (ACEVEDO, 1935: 186).

El doctor Bauzá, quien fuera director del servicio de Protección a la Primera Infancia, proponía como una de las medidas para la disminución de la mortalidad la instrucción a las madres en materia de puericultura. Sugería para ello la creación de un cuerpo de nurses inspectoras que recorriesen los hogares pobres.

Entre las conclusiones que votó el Congreso, se destaca la que propone que se estableciera en Montevideo una Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia. En 1924 quedaría constituida la Asociación Nacional de Protección a la Infancia. En 1925 se procedió a la instalación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia con sede en Montevideo, tal cual lo resuelto en el Congreso.

El presidente del Consejo Nacional de Higiene, José Scoseria, planteaba lo siguiente en la Conferencia sobre Mortalidad Infantil patrocinada por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, realizada en Montevideo entre el 7 y el 11 de junio de 1927:

“Si a todos los pueblos civilizados interesa el problema de la mortalidad infantil, del punto de vista humanitario, económico y

social, hay también una razón de egoísmo nacional que nos impulsa a combatirla. Es condición del progreso y engrandecimiento de las naciones el crecimiento de su población pues el factor hombre es capital y es trabajo.”¹⁸

1.3 Las respuestas socio políticas a los problemas sociales emergentes: la forma y el contenido de los procesos de higienización

Los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya que se desarrollan durante el período neobatllista representan, como fue señalado anteriormente, una inflexión en los rumbos del modelo higienista que había sido instalado hacia fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Se torna necesario, entonces, reconstruir el perfil de ese modelo higienista que fundó el impulso medicalizador en el Uruguay del novecientos.

El proceso de consolidación del denominado “higienismo” en la sociedad uruguaya del Novecientos se asienta sobre cambios institucionales que responden a las nuevas formas de concebir y de actuar frente a la realidad social (Barrán 1992, 1993, 1995; De Martino, 1996; Acosta, 1997). Entre las transformaciones más relevantes del período, la literatura sobre el tema destaca una creciente tendencia a codificar un vasto conjunto de problemas sociales -principalmente los vinculados a las condiciones de vida de los sectores pobres urbanos- en términos sanitarios.

La medicalización de la sociedad uruguaya de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX recibió el impulso de procesos intrincados. Se asistió a la importación de los nuevos modelos etiológicos de naturaleza exógena que, siendo fruto inmediato del desarrollo de la bacteriología, fomentaron la atribución de un importante papel al medio como causa de las condiciones sanitarias de la población.

En cuanto a las formas y contenidos del proceso de medicalización,

¹⁸ Extraído del Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo 1 No. 1: 97. Julio de 1927.

apunta Ayres (1995) que la utilización del término riesgo en el campo médico en las dos primeras décadas del siglo XX está asociado, no a la indicación de situaciones atribuibles a los individuos, sino como indicador de situaciones poblacionales. Esta concepción apunta al análisis e intervención sobre los problemas referidos a la población, asociado a la noción de medio externo para poder acceder al conocimiento de los procesos que afectan la salud desde el punto de vista colectivo.

El higienismo novecentista “(...) generalmente localizaba los peligros para la salud en situaciones concretas (el ambiente físico, la condición social de conjuntos humanos, etcétera) consideradas como totalidades en sí mismas e integradas a grandes y generalizadoras estrategias discursivas” (MITJAVILA, 1999: 143).

Esos cambios en la esfera del saber producidos desde fines del siglo XIX generaron las condiciones bajo las cuales se edificó toda una nueva institucionalidad entre cuyas principales características pueden situarse las siguientes: (i) la creación de instituciones de carácter inspectivo para el contralor de enfermedades infecciosas; (ii) la focalización de la familia y, en especial, de la mujer, como agente privilegiado en el afianzamiento de los valores de la “higiene” moderna; (iii) la construcción de la legitimidad social del saber/poder médico, y iv) el cambio de las funciones hospitalarias.

i) La creación de instituciones de carácter inspectivo para el contralor de enfermedades infecciosas

Entre las instituciones sociomédicas de carácter inspectivo se encuentran aquellas relacionadas al control de enfermedades infecciosas como la tuberculosis o la sífilis. Se hacía hincapié en el carácter social de las formas de contagio, el hacinamiento, la promiscuidad; tenían como estrategia el encierro y las medidas punitivas cuando no se cumplía con las indicaciones médicas.

Esta forma de consideración de los procesos de salud/enfermedad fue creando paulatinamente un espacio social propicio para la intervención de

agentes no médicos que actuarían para garantizar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Desde fines del siglo XVIII, el papel de las instituciones religiosas en la asistencia a los pobres, la atención a los enfermos y a mendigos había sido fundamental, con un carácter caritativo. Paulatinamente, la propia beneficencia católica comienza a identificar la ineficiencia de la caridad:

“No llegaremos a decir que todo es falso en la mendicidad callejera (...) Pero en esta profusión de mendigos (...) hay (...) mucho de fingido; bajo la capa de mendigos se ocultan vagos, los harapos cubren muchas veces cuerpos robustos y aptos para el trabajo (...)”.¹⁹

Simultáneamente se puede observar una incipiente preocupación por la creación de instituciones que atendieran los aspectos relativos a la salud. El Hospital de Caridad, creado entre 1787 y 1788, fue el único centro hospitalario hasta 1860, momento a partir del cual se habilitó el Hospital Vilardebó para enfermos mentales y el Hospital Fermín Ferreira en 1899, que ya funcionaba como “casa de aislamiento”. En 1889 había sólo dos hospitales en el interior del país, en Paysandú y en San José; en 1894 se creó el de Mercedes, en 1896 el de Fray Bentos y en 1898 el de Rocha.

Por su parte también tenían importancia las sociedades de socorros mutuos, que atendían fundamentalmente a los sectores populares inmigrantes, y no principalmente desde el punto de vista de la salud: en 1853 se crea la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en 1862 la Sociedad Italiana, en 1880 el Círculo Napolitano, en 1885 el Círculo Católico de Obreros, en 1897 la Sociedad Fraternidad Unida, y en 1900 el Círculo Católico de Paso del Molino (Barrán, 1992). De esta forma, las estrategias filantrópicas, en cuyo marco se sitúan las primeras mutualistas, comienzan a tener relevancia social en el control y disciplinamiento de las familias inmigrantes.

¹⁹ Citado por Barrán JP, *Historia de la sensibilidad, tomo 2, El disciplinamiento*, Montevideo, EBO, 1990, p 41. Tomado de *El Bien*, 24-X-1890.

En 1905 se reglamentó la Inspección Sanitaria de la Prostitución, en 1908 se crean los consultorios Gota de Leche, y también en ese año, como ya fue explicado, el Cuerpo Médico Escolar, las Inspecciones Departamentales de Higiene en 1910 así como se institucionaliza el derecho de asistencia a los indigentes surgido de la ley del 7 de noviembre de 1910. La Liga Uruguaya contra la Tuberculosis fue creada en 1902 y convertida en 1913 en institución semiestatal. El Instituto Profiláctico de la Sífilis fue creado en 1917.

Es Kruse (1994: 89) quien encuentra en la visita domiciliaria, instrumentada por los agentes que ocupaban el espacio de “lo social” en el Novecientos, dentro de los procesos de medicalización, el “hilo que podía llevarnos hasta las más profundas raíces de nuestra profesión. (...)”.

Kruse (1994) analiza el papel de las damas que visitaban a las nodrizas que se hacían cargo de los niños huérfanos que llegaban al Santo Hospital de Mujeres y Casa de los Niños Expósitos, haciendo especial mención de los aspectos de vigilancia y control que ponían en práctica. Posteriormente analiza el papel del “Andador”, de sexo masculino, que aparece alrededor de 1850, en las mutualistas, que atendían a los inmigrantes. El andador comunicaba las posibilidades laborales que aparecían en la Bolsa de trabajo mutua. Interpreta su función como estrategia de supervivencia de los sectores más débiles y como una forma de solidaridad entre ellos.

Las “Corredoras” del Asilo de Huérfanos y Expósitos hacia 1881 debían visitar semanalmente a las amas de leche y a las cuidadoras y sus funciones eran paramédicas y educativas.

Según este autor, filantropía y caridad eran dos formas enfrentadas y diferentes de ayudar a los pobres. La práctica de la visita domiciliaria fue una de sus herramientas preferidas. Pone el ejemplo de la Sociedad San Vicente de Paul y del Club Liberal de la Aguada: la ayuda en ambos casos llegaba a “los pobres pero virtuosos”.

- ii) La focalización de la familia y, en especial de la mujer como agente privilegiado en el afianzamiento de los valores

de la higiene moderna.

En cuanto a la focalización en la familia como agente privilegiado en el afianzamiento de los valores de la higiene, Donzelot (1986) nos ilustra acerca de los procesos que hicieron posible que entre las primeras décadas del siglo XVIII y fines del siglo XIX los médicos franceses elaboraran para las familias burguesas una serie de libros sobre la crianza y la educación de los niños. Se elaboraron diccionarios de higiene para uso de las familias, con consejos más bien imperativos, además de la relación directa del médico de familia con la mujer burguesa. Esta alianza privilegiada entre el médico y la “madre” tenía por función reproducir la distancia entre el hombre de saber y el nivel de ejecución de los preceptos atribuido a la mujer: ella tiene un papel asignado al ámbito relativo a la salud en lo doméstico.

A diferencia de lo que sucede con las familias burguesas, Donzelot (1986: 27) plantea que “la intervención en las familias populares pasa por otros canales, que no son los libros y el del establecimiento de una alianza orgánica familia-medicina”. Ello estaría asociado, entre otros factores al analfabetismo predominante en este sector de la población, especialmente en esta época. En este caso “no se trata más de asegurar protecciones discretas sino establecer vigilancias directas”, a través de estrategias disciplinarias rígidas para las familias pobres, que se tradujeron en la intromisión en ella de la ‘mirada’ higienista.

Otros autores (De Martino, 1995, 1996) estudian estos aspectos en profundidad en el período considerado.

iii) La construcción de la legitimidad social del saber/poder médico.

Con respecto a la legitimación del saber/poder médico, se trata de un período de afianzamiento del prestigio y poder médicos, sustentado en avances del conocimiento y en la medicalización de diversos padecimientos y de su cura.

Tres niveles destaca Barrán (1993 b: 163)) en el proceso de

medicalización de la sociedad uruguaya, siendo uno de ellos el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad, cuyo abordaje llegó a monopolizar. La especificidad de su saber y su reclusión en manos de varones universitarios, tornaban incuestionable cualquier tipo de decisión, ya sea referida a la propia enfermedad y tratamiento como a otro tipo de indicaciones más relacionadas con los comportamientos y la moralidad.²⁰ Agrega que

“La clase médica logró primero el control de las autoridades estatales que regían la salud, luego lo obtuvo en los centros que la cuidaban, asilos, hospitales, sanatorios; en tercer lugar pudo controlar ámbitos clave de la beneficencia pública. La beneficencia católica, que antes había regido el espacio hospitalario se vio desplazada no sólo de éste sino también de su escenario propio, la caridad”.

iv) El cambio de las funciones hospitalarias

En esta etapa los hospitales atraviesan procesos de cambio profundo, asociados al punto anteriormente expuesto en el sentido de la transformación del agente médico en un agente no subordinado. Podemos decir que a lo largo del siglo XVIII los hospitales fueron espacios institucionales del “cuidar” más que del “curar” (estando a cargo fundamentalmente de personal religioso) mientras que en el Novecientos, progresivamente se tornan en lugares donde es posible la cura, y por tanto el médico, que es el depositario institucional de esa función, pasa a ocupar un lugar preponderante y de prestigio.

En ese sentido se refiere Barrán (1993 b:156) a la hospitalización de la muerte, fenómeno que aconteció primero en los medios urbanos. “Los pobres, sobre todo los de Montevideo, fueron los primeros en vivir la muerte medicalizada en el hospital.” El número de enfermos atendido en los hospitales creció considerablemente.

Como observa Barrán (1995: 229) en Uruguay

“el higienismo invadió el parlamento, la escuela, la cárcel, la

²⁰ Un amplio análisis del proceso de consolidación del saber/poder médico en Uruguay se puede encontrar en Barrán, J. P. (1992, 1993, 1995).

fábrica, el cuartel, la ciudad, la casa y el rancho, el tiempo del trabajo y el del descanso; el médico comenzó a intervenir de oficio –no a pedido del enfermo– en el examen antropométrico de los presos y la determinación científica de su alimentación; en el examen preventivo de los trabajadores; en el estudio de las disposiciones lumínicas y de cubaje de aire del espacio fabril; en el diagramado urbano promoviendo plazas y parques; en la vivienda, ordenando aperturas y prohibiendo cerramientos; en el examen de los empleados y obreros determinando o negando licencias, rechazando aspirantes o imponiendo ciertas condiciones a otros, según lo que la ciencia estimaba índole de la ocupación, siendo el caso más notorio, en este plano, el de los aspirantes a maestros”.

Asimismo, en ese mismo sentido:

“El culto de la salud como valor absoluto condujo y a la vez fue alimentado por la medicalización de la sociedad. Ese descubrimiento, porque lo fue, implicó un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas morales aceptadas, pues el cura fue sustituido por el médico en la dirección de las conciencias individuales. La entronización de la salud como el Bien significó dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo. Fue, entonces, un hito final en el proceso de secularización de la cultura uruguaya (...). Así, la vida larga se transformó en el objetivo de la existencia individual y la salud pública en la suprema ley del Estado” (Barrán, 1992: 11).

1.3.1 El surgimiento de un espacio peculiar: la creación de la escuela que formó visitadoras sociales de higiene en el Instituto de Higiene Experimental

Fue un médico, el profesor agregado de Higiene de la Facultad de Medicina y director del Cuerpo Médico Escolar, doctor Rafael Schiaffino, a quien el director del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia, Dr Luis

Morquio encargó la elaboración de un informe para ser presentado ante el Congreso Internacional de Protección a la Infancia que tendría lugar en París en 1928, sobre las ideas directrices del Servicio Social en la protección a la infancia referente a los países de América Latina.

En el informe señala que su “larga experiencia en las labores médico escolares nos había convencido (...) de la dificultad de poder abrazar todo el problema con el concurso único de los médicos inspectores y con los auxilios de las clínicas escolares. Faltaba siempre el nexo entre la familia y el médico, faltaba el órgano tenaz y continuo de la propaganda higiénica, para hacer que la labor respondiera a los esfuerzos que se le dedicaban”.²¹ Se aclara que en 1925 había realizado un viaje por Estados Unidos y Europa que lo ‘había afirmado en su convicción’ de la importancia de ese ‘nexo’

Con ese fin había solicitado en 1925 la creación de un cuerpo de visitadoras escolares y, a partir de dicha iniciativa, la Ley de Presupuesto sancionada el 28 de octubre de 1926 otorgó al Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal una partida para la creación de los primeros doce puestos de “visitadoras escolares”.²² Aclara, por su parte, que contó con la incompreensión del público y de las clases dirigentes en su proyecto, ya que “no está hecha en los espíritus la distinción entre lo que una visitadora y una enfermera significan”. Dicha “incompreensión” y “ambigüedad” en la distinción atravesaron no sólo los orígenes de la profesión sino que se continuó en el tiempo, cuestión que se estudiará más adelante en este trabajo.

El punto de vista de Schiaffino 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

²¹ Información obtenida en el Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo 1 No. 3: 340. Enero de 1928

²² Véase BRALICH, J. “La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia”. Cuadernos de Trabajo Social N1 2 Universidad de la República. 1993. pp 9 –47.

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 modernos 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”²³.

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’.

El Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal, en la resolución del 27 de diciembre de 1926 resuelve solicitar a la Facultad de Medicina la creación del curso de visitadoras escolares. Se incluye en la solicitud como requisito para el ingreso de los estudiantes que fueran maestras o hubieran terminado sus estudios secundarios, o rendir un examen de suficiencia correspondiente a las asignaturas de sexto año y presentar un certificado de salud expedido por el Cuerpo Médico Escolar. Las asignaturas que se propone incluir son: Nociones de anatomía y fisiología, Nociones de patología, especialmente infantil, Higiene social y general, Higiene escolar, Economía doméstica.²⁴

De acuerdo con la investigación de Bralich (1993), el Consejo de la Facultad de Medicina aprobó una resolución mediante la cual se permitía el ingreso de aquellos estudiantes que “hubieran cursado el último año de

²³ Extraído del Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo 1 No. 3: 341. Enero de 1928

²⁴ Extractado de un registro de Legislación Escolar 1922-1927. Pág 502.

enseñanza primaria”. Por último, la propia Facultad de Medicina encomendó la implementación de los cursos al Instituto de Higiene Experimental “que por ley estaba a cargo de la enseñanza superior de la Higiene”.

A pesar de que se había impulsado la idea de que los cursos duraran dos años, las fuentes consultadas indican que la urgencia en cuanto a que comenzara a regir la ley de Presupuesto hizo que se instrumentara un programa comprimido en dos semestres, sin vacaciones, con clases todos los días, de mañana y de tarde. Se afirma, también, que se inscribieron 44 alumnas, en su mayoría maestras diplomadas y estudiantes que habían culminado cuarto año de enseñanza secundaria.

El programa de estudios de esta primera Escuela de Servicio Social universitaria, que se fundó en 1927 en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental, dependiente de la Facultad de Medicina (según resolución del Consejo Directivo del 8 de marzo de 1927) incluía materias de estudio tales como, en primer año: Anatomía y fisiología; Patología general; Higiene general y enfermedades transmisibles; en segundo año: Maternología y puericultura; Higiene social, Higiene escolar y tuberculosis; Práctica de hospital (médica y quirúrgica).²⁵

De acuerdo a la información recabada de un Informe del Departamento Jurídico de Salud Pública, de fecha 25 de setiembre de 1959, sobre el petitorio elevado por la Asociación de Visitadoras del Uruguay sobre el reconocimiento de sus títulos, que realiza una retrospectiva de la “evolución general del Servicio Social oficial en el Uruguay”, se hace referencia a que “dichos cursos fueron confiados a distinguidos profesionales; eran teórico prácticos (las prácticas se efectuaban en dependencias del Consejo de Salud Pública, Institutos Normales y fábricas, talleres, frigoríficos, etcétera) de carácter reglamentado y se rendían exámenes materia por materia”. A pesar de ello se destaca la ‘situación de desamparo legal’ de las egresadas de dicha Escuela.

Según Bralich (1993: 14) “no existía, al parecer, precisión en cuanto a la

²⁵ Información extraída del certificado de estudios de “Visitadoras sociales” otorgado por el Instituto de Higiene Experimental, Facultad de Medicina.

denominación de la profesión. La solicitud del Consejo de Enseñanza Primaria se refiere a 'Visitadoras Escolares', el Consejo de la Facultad de Medicina habla también de 'Visitadoras Escolares' al aprobar la colaboración solicitada, pero luego en los documentos del Instituto de Higiene (fichas escolares) se expresa 'Visitadoras Sociales' y los títulos otorgados son de 'Visitadoras Sociales de Higiene'".

Las tareas encomendadas a las visitadoras sociales se refieren fundamentalmente a cuestiones inspectivas (a desarrollar, en primera instancia en el ámbito escolar) respecto de los niños, de los salones de clase, brindar instrucciones sanitarias tanto a los maestros como a los niños, además de las visitas domiciliarias (a las que se brindaba especial importancia), que tenían como objetivo instruir a la familia acerca de los beneficios de la higiene.

En otro de los documentos relevados,²⁶ se hace referencia a que el Servicio Social

“se trata de un servicio otorgado por la sociedad a una parte de los miembros que la componen, por eso es social. (...) su finalidad es también la de aumentar el bienestar social. (...) trata de reintegrar a la circulación social a aquellos elementos que se han separado, que no se han adaptado a su ambiente, que constituyen piezas más o menos corroídas en la máquina social. Se trata de repararlas, de reajustarlas, de colocarlas en condiciones de poder prestar nuevamente buenos servicios, de hacer de ellas, en lugar de escoria, un material utilizable”.

Agrega que puede ser considerado, en general, como una aspiración que tiende a promover el bien social y que su desarrollo se puede apreciar en “el interés que él despierta actualmente en todos los países, manifestado por la creación de escuelas de Servicio Social”. “(La visitadora social) servirá al médico de precioso auxiliar para obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo, influencia del ambiente sobre la enfermedad y, en

²⁶ Se hace referencia al Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo II No. 2: 147, 148 Octubre de 1928. “El Servicio Social y las Escuelas de Servicio Social” Trabajo presentado al V Congreso Panamericano del Niño. La Habana, diciembre de 1927. Por el Doctor Julio A Bauzá Director del Servicio de Protección a la Primera Infancia (Montevideo).

general, toda clase de datos de interés para la etiología, el diagnóstico o el tratamiento”. Así, considerada como un auxiliar del médico, 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”.

A ella correspondería crear entre el médico y la familia del enfermo un ambiente de absoluta confianza que facilitara la ejecución del tratamiento indicado, así como la obtención de informes precisos y verídicos, a través de una intervención “cariñosa, diligente y hábil, que le permitirán conseguir cosas que parecerían imposibles”. La coloca así como una carrera “especialmente apropiada para la mujer”.

Tal vez fuera por ello que se coloquen como criterios para seleccionar a las aspirantes, que posean una

“mentalidad vigorosa que les permita adquirir preparación científica indispensable, conjuntamente con el golpe de vista y la preparación social (...). Debe poseer cualidades especiales, rápida comprensión de los problemas fundamentales de la familia, así como actividad y bondad infinitas, expresadas por el interés en encontrar la solución más favorable”.

La cuestión central es que desde su punto de vista “los problemas de orden social están íntimamente relacionados con los de orden higiénico, sin que se pueda prescindir de considerarlos paralelamente”.

Posteriormente, en la evaluación²⁷ que el profesor Schiaffino realiza de la labor de las doce visitadoras que finalmente fueron contratadas (se aclara que la selección fue realizada por concurso de oposición), se hace referencia a que cada una tiene a su cargo cuatro escuelas, o sea unos dos mil niños, “es decir una tercera parte de las escuelas y poco menos de la mitad de la población escolar” y propone, al finalizar, la necesidad de ampliar su número, y de mejorar el nivel de su preparación a través de cursos en el exterior. En cuanto a las

²⁷ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo III No. 1 Julio de 1929: 102. “Organización Médico escolar en el Uruguay”. Por el doctor Rafael Schiaffino (profesor agregado de Higiene de la Facultad de Medicina. Director del Cuerpo Médico Escolar). Montevideo.

tareas que las visitadoras realizaban las describe de la siguiente forma:

“Está a su cargo el preparar la ficha individual de cada alumno, llenando los antecedentes sociales, familiares e individuales de él, tomar las medidas antropométricas, la visión, audición, aseo y parasitosis de la piel y cuero cabelludo, columna vertebral, estado dentario, permeabilidad nasal, etcétera, sometiendo luego los examinados a la visita del médico, para rectificar su examen, hacer el diagnóstico, y realizar los pases a las Clínicas escolares, escuelas al aire libre, Clínicas de Nutrición, Clases diferenciales, etc. Las visitadoras acompañan semanalmente esos niños a las clínicas y transmiten a las familias las indicaciones del tratamiento, encargándose de que las prescripciones se cumplan. A ellas les corresponde el hacer las visitas domiciliarias en los casos de ausencia de los escolares por enfermedad, y proceder, cuando se trata de enfermedades transmisibles, de vigilar el aislamiento de enfermos y contactos, así como de señalar el plazo de su vuelta a la escuela, previo el certificado del alta. Semanalmente las visitadoras entregan su parte con el trabajo realizado en la semana.”

De acuerdo a las fuentes consultadas (GERPE et al, 1980; BRALICH, 1993; KRUSE, 1994), los cursos parecen haber sido eliminados en 1933 o 1934, posiblemente por falta de rubros. No hay acuerdo en las mismas fuentes acerca del número de egresadas de dicha escuela. Según Bralich (quien toma el dato de un documento del Departamento Jurídico del MSP) las egresadas fueron 150, mientras que Gerpe indica que fueron 161. En el registro de títulos que figura en el Ministerio de Salud Pública (MSP), fuente a la que se logró acceder en el transcurso de la presente investigación, la información acerca de las egresadas de esta escuela no es expresiva. Ello puede obedecer a que, posiblemente, no hayan tenido que inscribir sus títulos en dicho organismo.

1.4 Las transformaciones que se producen durante el período de Terra en los procesos de medicalización en el Uruguay

1.4.1 El proceso socio histórico: Permanencias y cambios

Es en el año 1931 que el doctor Gabriel Terra asume la Presidencia de la República, después de un proceso electoral constitucionalmente instituido. Un complejo proceso económico político condujo a que el 31 de marzo de 1933, apoyado por sectores del Partido Nacional (particularmente el Herrerismo), concretara un golpe de Estado “deseado por los grupos económicos dominantes (alta clase rural, banqueros, empresas extranjeras) e impulsado por los sectores políticos que canalizaban dichos intereses” (Nahum et al, 1989: 65). Este hecho político, que constituye el primer quiebre constitucional del siglo XX en el Uruguay, es considerado por Caetano y Rilla (1996: 157) como un ‘cambio en la continuidad’. Las políticas gubernamentales implementadas “marcaron –a contramano muchas veces del discurso- la continuidad de ciertas pautas batllistas, aunque reorientadas en términos generales por un nuevo tono tecnocrático y conservador”.

Desde el punto de vista socio demográfico, tomando los cálculos de Pereira y Trajtenberg, Jacob (1981a) indica que la población de Uruguay hacia 1930 alcanzaba 1.800.000 habitantes. La población activa se calculaba en 696.000 en 1930 y 815.000 en 1940. Destaca que en un estudio de Martínez Lamas figura que en 1937 la manufactura ocupaba a 80.000 personas y el comercio a 30.000, a lo cual debía agregarse 50.000 funcionarios públicos.

Con relación a la inserción de la economía uruguaya en el contexto internacional Caetano y Rilla (1996: 157) apuntan lo siguiente:

“La crisis capitalista (de 1929) profundizó el ya fuerte deterioro del viejo orden hegemónico por Gran Bretaña, que en la economía uruguaya se vinculó históricamente, en primer término, con la primacía de los ganaderos y de las exportaciones agropecuarias. En ese sentido, el estancamiento ganadero iniciado en los años treinta y no superado en toda la década, constituía, sin duda, una

de las traducciones más significativas del cambio de hegemonías capitalistas en la economía local. Resultaba imperativo entonces tanto abrir nuevos mercados como sustituir importaciones, lo que en cierto modo delimitaba los márgenes de maniobra de la política económica.”

Según cifras elaboradas por la Sociedad de las Naciones, entre 1929 y 1934 el comercio mundial se redujo en 66 %. Uruguay recién en 1946 superó las cifras de importación correspondientes a 1929 (JACOB, 1981 b: 112).

En marzo de 1933, coincidentemente, asumía la Presidencia de los Estados Unidos, FD Roosevelt, quien en “su discurso inaugural se encargaría de enunciar su política de ‘buena vecindad’, del vecino que resueltamente se respeta a sí mismo y, porque hace esto, respeta los derechos de los otros” (Jacob, 1985: 111). Sus palabras marcarían una actitud diferente en las relaciones de Estados Unidos con América Latina “resentidas por medidas económicas, intervenciones militares y agresiones varias”. Las ideas panamericanistas tenían como eje central el librecambio, la rebaja de las tarifas arancelarias, y otras barreras, y la negociación de amplios tratados bilaterales de reciprocidad, elementos que surgieron claramente en la VII Conferencia Panamericana de 1933.

Paralelamente Uruguay se vio perjudicado por las medidas británicas; entre 1930 y 1932 los índices de las exportaciones uruguayas cayeron, produciéndose un marcado desequilibrio en la balanza de pagos. Según Jacob (1981 b), se calculaba en 38.000 el número de desocupados.

Para ese autor (1985: 104) un problema de urgente solución para el terrismo era, justamente, la desocupación. Así “para el oficialismo (ella) se combatía de dos maneras (...): creando trabajo o distribuyendo el trabajo disponible en forma más racional y equitativa de manera que los salarios se repartieran entre el mayor número posible de personas. El fin último era tonificar el poder de compra y de consumo de la población trabajadora, ampliando el mercado de la industria”. A pesar de ello, la libertad salarial favoreció a los empresarios, siendo así que la política del terrismo no contempló la tonificación

del mercado de consumo por el aumento del salario real.

El Estado continuó jugando un papel decisivo e insustituible en la regulación de la economía y la sociedad, aunque consolidando el viraje del modelo estatal iniciado en los años veinte. Hubo un ajuste en las políticas públicas aunque el dirigismo económico continuó estando presente.

Respecto de las políticas sociales en este período, en 1933 se dispuso una suma para atender la alimentación de los desocupados y menesterosos. Este papel 'asistencial' del Estado se completó con un decreto por el que se decidió habilitar en el departamento de Montevideo, comedores populares que servirían al público comidas a precios reducidos creándose en 1937 el Instituto de Alimentación Científica del Pueblo (Jacob, 1985).

También se creó por ley en 1937 el Instituto Nacional de Viviendas Económicas como un servicio del Ministerio de Obras Públicas con el cometido de construir o adquirir inmuebles para ser arrendados o vendidos a los asalariados.

“Cabe mencionar el papel del Estado como generador de empleos, como aglutinador, orquestador y manipulador de intereses económicos para los cuales el mercado interno era vital. Un Estado que fue empresario, empleador, que debió buscar soluciones para que los conflictos se solucionaran o se diluyeran y que con su presencia signará todo el siglo XX uruguayo” (Jacob, 1981 a: 10).

Filgueira (1995: 32) apunta en ese mismo sentido que durante el terrismo hubo cierta expansión, y hasta una universalización, de buena parte de los servicios ya instalados. No obstante, sostiene lo siguiente: “Muchas de las normas legales aprobadas por el batllismo en su primera etapa se elevan al rango de disposición constitucional, y se las mezcla con otras inspiradas en las corrientes políticas europeas de los años 30, fundamentalmente el fascismo y el falangismo, incrustadas en el cuerpo de normas liberales preexistente”.

De acuerdo con el registro historiográfico de Nahum (1989: 28), la

Constitución de 1934 contenía una amplia sección

“dedicada a definir los derechos, deberes y garantías de los ciudadanos y de los habitantes en general. (...) se incluyó un conjunto de disposiciones que reconocían la obligación del Estado de proteger y garantizar ciertos derechos sociales. (...) Entre ellos figuraron la familia, la maternidad, la enseñanza (especialmente primaria), el trabajo, la vivienda, remuneración justa, agremiación y huelga para los obreros, propiedad intelectual, acceso a la administración pública, seguros sociales a través de jubilaciones y pensiones, etc. Aunque muchas de estas disposiciones tuvieron un evidente propósito proclamatorio y luego fueron reglamentadas –como ocurrió con el derecho de huelga, por ejemplo- significaron una evidente continuidad en el camino emprendido por la sociedad uruguaya desde comienzos de siglo”.

Con relación al período terrista, interesa rescatar su productividad en materia de construcción de un sustrato institucional denso en materia de políticas sociales, generando un terreno propicio para la institucionalización del Servicio Social. En ese sentido, Filgueira (1995: 38) afirma que “el terrismo fue en un inicio reacción para transformarse luego en conservación. Hijo de la matriz batllista, fue en puridad su ‘razón de Estado’ y no constituyó una refundación respecto al mismo. Fue un batllismo para tiempos de crisis. Pero durante ese tiempo se fundaron muchas de las instituciones que llevaron adelante las políticas sociales durante los siguientes cuarenta años”.

En el campo de la legislación social, esa expansión de las políticas sociales se expresa, entre otras cosas, en la sanción del Código del Niño y en la creación del Ministerio de Salud Pública. Ambos acontecimientos, registrados en 1934, pueden ser considerados hitos fundamentales desde el punto de vista del objeto de la presente investigación, motivo por el cual será preciso detenerse en el examen de algunos aspectos relevantes de estos nuevos recursos institucionales.

1.4.2 La sanción del Código del Niño

Como antecedentes de la sanción del Código del Niño se coloca²⁸ la designación en abril de 1933 de una comisión honoraria que debería preparar un proyecto que tuviera como objetivo la protección y patronato de la infancia, ya que se criticaba la diversidad, ausencia de practicidad y carencia de unidad de la legislación anterior sobre la infancia.

La comisión honoraria fue designada por el Poder Ejecutivo, y se procuró que estuviese integrada por algunos de los agentes que ya tenían una actividad destacada en el área de la salud y la minoridad, con una concepción higienista: el doctor Luis Morquio, el doctor Melinton Romero, el doctor Julián Álvarez Cortés, el doctor José Martirené, la doctora Sofía AV de Demicheli, el doctor Julio Bauzá y el profesor Emilio Fournié, que actuaría bajo la presidencia del miembro de la Junta de Gobierno, doctor Roberto Berro. En noviembre de ese año la comisión entrega al Dr Terra el Código del Niño.

La literatura consultada sobre el tema (De Martino y Gabin, 1998: 47) indica que “la responsabilidad conceptual del Código estuvo a cargo de un grupo de intelectuales de gran prestigio (intelectuales orgánicos de las clases en el poder) lo que le brindaba mayor aval a la propuesta, que ya tenía múltiples aspectos a favor: total apoyo del gobierno, recursos, credibilidad y expectativas en su concreción desde diferentes ámbitos de la vida nacional”.

Leopold (2002: 60) destaca la presencia de la corporación médica en la redacción del Código del Niño, aunque indica que no es menor la influencia de juristas destacados de la época. Agrega que el Código fue formulado bajo la influencia continental del Movimiento de los Reformadores²⁹ y se sustenta en la legitimación de “una intervención estatal discrecional sobre esta suerte de producto residual de la categoría infancia, constituida por el mundo de los

²⁸ Los datos respecto de este tema fueron recogidos del *Código del Niño de la República Oriental del Uruguay*. Anotado y concordado por Mercedes Metallo y Beatriz Orihuela. Tercera edición actualizada. Uruguay. Fundación de Cultura Universitaria. 1996.

²⁹ Según Leopold (2002: 60) se indica que el Movimiento de los Reformadores tuvo su origen en Estados Unidos y bregaba por un trato diferencial a los niños de los adultos. Obtiene su primer triunfo en Illinois, en 1889 cuando se constituye el primer tribunal de Menores. Llevó al ámbito del control oficial una serie de actividades juveniles que anteriormente habían sido manejadas informalmente. No distinguían entre niños delincuentes y dependientes, consolidándose una Indiscriminación entre el niño abandonado y el niño infractor.

‘menores’”, constituyendo un punto esencial la indistinción entre “menores” abandonados y delincuentes.

En una de las más relevantes disposiciones se crea el Consejo del Niño que, según se consigna en el texto del propio Código, debería ocuparse de todos los problemas de la infancia, desde la gestación y el desarrollo del niño, hasta los que se relacionan con su bienestar, en el sentido más amplio posible, incluyendo higiene, educación, trabajo, legislación y servicio social, entre otros aspectos.

A través del Código se dispone, como parte de las Divisiones Técnicas a crear en el Consejo del Niño, una con la denominación de Servicio Social, la cual se ocuparía de la formación de las visitadoras sociales y de “todo lo que se relacione con el problema social en su más amplia y moderna acepción”. Otras que se crearían serían las de Puericultura prenatal, Primera infancia (1 a 3 años), Segunda infancia (3 a 14 años), Adolescencia y trabajo (14 a 21 años), Higiene, Educación y Jurídica (a cargo del juez de menores). Los nombramientos de los directores de las distintas direcciones evidencian la continuidad de algunas personalidades de la época en el campo de la Higiene, que habían tenido importancia relevante en el Cuerpo Médico Escolar y en el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, y que a su vez habían participado activamente en la conformación de la Escuela que formó visitadoras sociales de Higiene en la órbita del Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina, tal como fue estudiado en el punto anterior del presente trabajo.³⁰

Leopold (2002) destaca, en ese mismo sentido, que el criterio ordenador de las Divisiones dentro del Consejo del Niño (que toma en cuenta el ciclo biológico de la vida) se corresponde con el protagonismo del poder médico en su diseño.

El Código (p 16) destaca la importancia de que el Consejo del Niño esté

³⁰ Según decreto del Poder Ejecutivo de fecha 9 de junio de 1934 se designan las autoridades de las distintas divisiones del Consejo del Niño: al doctor José Infanzozzi director de la División Prenatal, al doctor Julio A Bauzá director de Primera Infancia, al doctor Mario Ponce de León director de Segunda Infancia, al doctor Víctor Escardó y Anaya de Adolescencia y Trabajo, al doctor Rafael Schiaffino director de Higiene y al doctor Emilio Fournie director de Educación.

constituido en su mayor parte por mujeres ya que su presencia “tenderá a la mejor comprensión de los asuntos y a su solución más humana y sensible”. El lugar asignado a la mujer por los redactores del Código es como “reina del hogar”.

La focalización de la familia aparece de manera evidente. Al respecto Leopold (2002: 72, 73) apunta que “el reconocimiento de la familia como ‘base de la sociedad’ –en el entendido que se hace referencia al modelo nuclear de familia- se recoge tanto en el Código del Niño como en la novel Constitución de 1934 y en el Código Penal del mismo período”, bajo sospecha se encuentran todos los que no llevan a la práctica ese modelo: “bajo sospecha se ubican también las familias pobres, sobre quienes, al amparo de la definición de abandono moral, caerá sistemáticamente la desconfianza –impartida desde los dispositivos normativos e institucionales de las políticas de infancia- acerca de sus aptitudes para educar a sus hijos.”

El Código del Niño puede también considerarse como un momento clave en la institucionalización de mecanismos de inspección y vigilancia constante de la familia. En especial la mujer tendrá un papel central en cuanto a la economía doméstica y la crianza de los niños: “el reinado de la mujer se ejercerá en la casa, ámbito privado por excelencia, hacia donde deberá retraer al hombre y a los niños” (LEOPOLD, S. 2002: 76)

De igual forma, se puede percibir una preocupación especial por el tema de la legitimidad de las uniones matrimoniales y de los niños, que como se estudiará en el capítulo siguiente se constituirá en una línea de largo plazo de las expectativas en torno a la tarea del Servicio Social como profesión.

Una de las Divisiones Técnicas que se creaban en el Consejo del Niño fue la denominada *Servicio Social*, que se encargaría de la formación de visitadoras sociales. El decreto 126 del Poder Ejecutivo (firmado por Gabriel Terra y Eduardo Blanco Acevedo) de fecha 15 de mayo de 1934 establece que el Consejo del Niño dependerá del MSP y el decreto 127 designa al Dr. Roberto

Berro como presidente de dicho organismo.³¹ Debido a que en un primer momento el Consejo del Niño funcionó como una dependencia del MSP (hasta la promulgación del decreto 247 del Poder Ejecutivo de fecha 23 de marzo de 1935 que indica que pasa a depender del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social), se podría afirmar que la Escuela de Sanidad y Servicio Social que crea la Ley Orgánica del MSP instrumenta la creación de ese ámbito institucional que preveía el Código del Niño.

El papel que se asigna a la visitadora social en el Código del Niño (p. 23) está demarcado por la confección en todos los casos de la “ficha social” y por tener en sus archivos los datos de todas las familias. Así, debería intervenir en la

“organización y regularización de la familia, la investigación de la paternidad, evitar el abandono del niño, contralorear el cumplimiento de los preceptos higiénicos y las prescripciones médicas, enseñar higiene y puericultura, alimentación adecuada y económica, en todas las cuestiones de trabajo, sea para buscarlo a los padres o para evitarlo en los niños, facilitar la orientación profesional, atención y colocación de anormales y enfermos, colocación familiar en los casos de libertad vigilada, asesoramiento al juez de Menores con respecto a la vida del niño y de su familia, lucha contra el analfabetismo y los males sociales, persecución de la mendicidad, en la realización de encuestas, organización de oficinas que traten con mujeres y niños, y en muchos otros casos que no es posible prever”.

Coincidentemente se confía la organización de la instancia formadora de visitadoras sociales al Consejo del Niño en cooperación con el Consejo de Salud Pública. En el artículo 108 del Código del Niño se plantea que: “los Consejos del Niño y de Salud Pública establecerán de común acuerdo la Escuela de Servicio Social, fijando el plan de estudios, programas, horarios, reglamentando su funcionamiento, indicando las condiciones de ingreso, etc. La Escuela expedirá los certificados y títulos correspondientes, de acuerdo con la reglamentación respectiva”.

³¹ Esta información fue recabada de los Libros de Acuerdos del MSP. Archivo del MSP.

En el artículo 110 se explicita que la Escuela de Servicio Social quedará encargada de preparar el personal auxiliar que intervenga en cualquier forma en los distintos aspectos del problema del bienestar infantil.

En función de las informaciones hasta aquí expuestas, puede concluirse que la formación de la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social que comenzará a funcionar en 1939 en la órbita del Ministerio de Salud Pública contempla algunos de estos planteamientos.

1.4.3 La creación del Ministerio de Salud Pública

Como antecedentes de la creación del Ministerio de Salud Pública en 1934 las fuentes consultadas (Piotti s/e: 19) señalan la organización del Consejo de Salud Pública en 1931 y el nombramiento en setiembre de 1933 como ministro sin cartera a su presidente el Dr. Blanco Acevedo, "cuya misión sería la del reajuste administrativo, financiero y social del servicio adscrito al Consejo".

Es necesario recordar que en 1931 se crea el Consejo de Salud Pública, dependiente del Poder Ejecutivo, con el fin de coordinar la acción del Consejo de Asistencia Pública Nacional, el Consejo Nacional de Higiene, el Cuerpo Médico Escolar y el Instituto Profiláctico de la Sífilis. Según Mariño (1968: 40), hasta ese momento en el país había dos grandes organismos a cargo de los problemas de la atención médica: en lo preventivo, el Consejo Nacional de Higiene que provenía de la antigua Junta Nacional de Higiene, y en el área asistencial, el Consejo de la Asistencia Pública Nacional. Mediante la fusión de esos dos grandes organismos se organizó el Consejo de Salud Pública, dirigido a la integración de todos los organismos con injerencia en problemas de atención médica en una institución nacional central. Fue el antecedente directo del Ministerio de Salud Pública.

Durante el proceso dictatorial de Terra, las políticas sociales y de salud se reorganizaron. Por un lado se organizó el sistema de salud en cuanto a prevención, curación y rehabilitación. Por otro, las políticas que habían estado

hasta ese entonces en manos de la Asistencia Pública Nacional pero que no referían directamente a la salud pasarán al ámbito de nuevas instituciones de acuerdo con el siguiente esquema:

- alimentación para pobres, que recayó en el Instituto Nacional de la Alimentación;
- el caso de los menores abandonados o infractores cuya esfera de acción fue centralizada en el Consejo del Niño, como ya se destacó.

En la Constitución de 1934 la salud figura como un derecho y a su vez una obligación de cada habitante: el Estado tenía la obligación de otorgarla gratuitamente en caso de indigencia. Ese derecho adquiere rango constitucional.

Piotti (s/e: 1) destaca la organización centralizada del sistema de salud: “la ley 9202, que creó el Ministerio de Salud Pública, le dio las potestades de regular todo el sistema y le transfirió el poder de establecer las políticas de salud y de llevar adelante la asistencia del indigente mediante los servicios de salud públicos”.

De acuerdo al artículo 1 de la ley 9202³² “Compete al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene”.

Entre sus atribuciones en materia de Higiene (artículo 2) figuran la de policía sanitaria de fronteras, sanidad marítima, terrestre, contralor de las condiciones higiénicas de los lugares de acceso público, control bromatológico, reglamentación y policía de las profesiones (control de títulos y sanción del ejercicio ilegal de las profesiones) y actividades relacionadas con la salud pública, vacunaciones, educación sanitaria para la salud, reglamentación de la asistencia privada y control de medicamentos.

En materia de higiene, sus cometidos se retrotraen a las épocas anteriores, incorporándose otros que refieren por ejemplo a las vacunas, policía

ambiental, policía de alimentos, y en lo relativo a saneamiento y agua potable,

En cuanto a las funciones de Asistencia (artículo 3) la ley otorga al MSP potestades en “la organización, administración y funcionamiento de los servicios destinados al cuidado y tratamiento de los enfermos y la administración de los establecimientos destinados a la protección de incapaces y menores desamparados que no quedaren sujetos al Ministerio de Protección a la Infancia”. Asimismo, establece a los profesionales médicos, cirujanos, farmacéutico, odontólogo y obstetra la obligatoriedad de la inscripción de sus títulos en el MSP.

El capítulo V se refiere a la “policía de la prostitución y de vicios sociales” estableciendo una nueva reglamentación basada en la supresión de los prostíbulos y “la denuncia y el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreo-sifilíticas”. Y anuncia que extenderá la acción profiláctica que se da a la prostitución a los otros ‘vicios sociales’ como las toxicomanías y el alcoholismo. En el capítulo VI se crea la Comisión de Salud Pública, de carácter honorario a la que, entre otras funciones, se le adjudica la de reprimir el ejercicio ilegal de la medicina, así como entender en calidad de tribunal disciplinario, frente a las faltas cometidas por los médicos y “profesiones anexas”.

El ingreso a los cargos del MSP se haría por concurso de oposición mediante tribunal técnico; a pesar de ello, según Piotti, en ningún período estuvieron ausentes las críticas del Sindicato Médico del Uruguay en cuanto a la provisión de los cargos técnicos y a los pseudo concursos que se efectuaban.³³

Se define al personal del MSP en tres categorías: “personal técnico, personal administrativo y personal secundario especializado” (artículo 34). En el caso del personal técnico (“aquél para cuyo ejercicio necesite el aspirante poseer título universitario que lo habilite para desempeñarlo y los cargos que sin

³² Se toma como fuente el texto de la ley 9202 del 12 de enero de 1934. Departamento Jurídico del MSP.

³³ La ley orgánica del MSP contó con la oposición del SMU por la situación de que se sancionó en el período dictatorial y cuando se pretendía que hubiera surgido del consenso de las partes involucradas. Hay una oposición clara al ministro Eduardo Blanco Acevedo, a quien se califica de “prepotente, encumbrado y sostenido por el más abyecto y despreciable de todos los puntales: el de la fuerza” (Piotti: 30). Se critica también la hipertrofia de los servicios, las dificultades en la implementación de propuestas, y su excesiva burocratización.

ser desempeñados por profesionales, exigen por naturaleza una preparación científica adecuada, como el de ayudante técnico”) se establece que su ingreso se realizará mediante concurso de oposición, con un tribunal técnico designado por el MSP.

Se incluye en la denominación de ‘personal secundario especializado’ a todos aquellos “que desempeñan aquellas funciones dentro de la Administración Sanitaria, para las que es preciso acreditar condiciones de idoneidad en materia hospitalaria o de profilaxis, nurses, enfermeras, visitadores, y así como todos los cargos que tengan relación con el servicio sanitario y social” (artículo 40). Se accedería a dichos cargos mediante pruebas de suficiencia además de la “justificación de poseer el peticionante condiciones de moralidad y buena conducta”.

Para resolver el problema del acceso a los cargos del MSP de personal calificado, se dispone en la ley 9202 la creación de la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social, bajo su propia dependencia. “Los aspirantes a cualquier cargo en la Administración Sanitaria deberán presentar certificados de suficiencia, mediante pruebas realizadas en esa escuela”. Pero se agrega, paradójicamente, en el artículo 41 que “el funcionamiento de la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social no deberá importar aumento de ninguna clase en el presupuesto actual”.

1.4.4 La escuela de Sanidad y Servicio Social

Según Bralich (1993: 18) estos cursos se organizan recién en 1939 “mediante un decreto del Poder Ejecutivo del 2 de enero de 1939 que reglamentó las condiciones de ingreso, la duración de los cursos, etcétera”. Se exigía haber aprobado la enseñanza secundaria, una edad entre 19 y 30 años. El curso duraba dos años y las materias que incluía se relacionaban fundamentalmente con el área de la Higiene y la salud.³⁴

³⁴ “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-estadística; Práctica de laboratorio y de policlínica médica y quirúrgica y endocrinológica” (BRALICH, J. 1993: 18).

Según este investigador, egresaron de dicha escuela 125 visitadoras. Una de ellas, que inició los cursos en el año 41 o 42, fue entrevistada en el transcurso de la presente investigación.³⁵ A partir de su testimonio se pudieron recoger datos hasta ahora no relevados acerca del funcionamiento de esta escuela, cuyo director era el doctor Manuel Gortari.

Un aspecto que expresa la carencia de rubros con que contaba la escuela (cuestión que surgía de la propia ley orgánica del MSP) era su funcionamiento en una dependencia del MSP llamada "Higiene Industrial":

"Cuando yo ingresé a los cursos, allí en la calle Vázquez, porque claro, fueron haciéndose cada vez un poco... por cuestiones de rubro, los profesores eran honorarios, la cosa se iba achicando un poco". Respecto de las condiciones para el ingreso había que presentar la documentación y había que tener más de un mínimo de calificaciones, *"era exigente en el ingreso, a mí me obligaron a presentar mi documentación como que tenía el liceo hecho y un mínimo de nota. Si la calificación estaba por debajo de bueno, no se podía".*

Respecto de los programas y del perfil de los cursos, señala:

"Claro, se ha dicho muchas veces que tenían una preponderancia de asignaturas médicas, lo que pasa es que el Servicio Social estaba en reductos muy circunscriptos y los que tomaban la iniciativa (a pesar de ver bastante clarificada la idea de que no era una enfermera, sin tener un cuadro muy, muy claro sobre la cosa), eran médicos, sabían que tenían que tener una profesional que no podía ser la enfermera, eso ya estaba discriminado y tú lo vas a poder ver en un artículo que hay del doctor Rafael Schiaffino del año 27 y 28 donde ya dice que no hay error más grande que confundir una visitadora social con la enfermera. (...) además nosotros no nos sentíamos enfermeras. A pesar que después en las planillas presupuestales aparecía cierto confusiónismo pero era evidente que en el año 27 (...) en ese momento no había acá en el Uruguay una idea clara sobre la cosa. Además ya te digo, eran los médicos los que habían

³⁵ En realidad la entrevista fue realizada en 1987 por la profesora Blanca Gabin, y posteriormente incluida en el acervo de Historia Oral que se fue construyendo durante el proceso de la investigación.

tomado la iniciativa en este asunto. (...) El Doctor Rafael Schiaffino, (...) que era profesor de Higiene de la Facultad de Medicina, era el que daba la cátedra de Higiene. Tal es así que a nosotros como estudiantes nos hacían ir a dar la materia Higiene en la Facultad de Medicina. Como estudiantes de la escuela del Ministerio de Salud Pública”.

En ese momento histórico los lugares de trabajo de las visitadoras estaban centrados en el área de la salud, y como destaca la entrevistada “*es cierto que nuestro ejercicio de la profesión estaba circunscrito un poco al servicio de la institución donde se prestaba”.*

Por otro lado se apunta que “*en Salud Pública quien ingresaba, ingresaba por concurso, porque el reglamento de Salud Pública se cumplía. Podía estar en un interinato, un tiempito, pero después venía el llamado a concurso. (...) El concurso tenía una prueba oral, una escrita y una práctica, supervisada. Las que veníamos de Ministerio de Salud Pública fuimos supervisadas por una de la (escuela) privada”.*

Posteriormente se estudiará el conflictivo relacionamiento que se estableció entre las egresadas de esta Escuela de Sanidad y Servicio Social con las egresadas de la Escuela de Servicio Social del Uruguay y con las de la Escuela del Ministerio de Salud Pública fundada en 1954 fundamentalmente en cuanto al reconocimiento de los títulos profesionales.

1.4.5 La Escuela de Servicio Social del Uruguay

Según reseñan las fuentes consultadas (Bralich,1993: 15), en 1937 se crea 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 respondiendo “a una concepción caritativa de la profesión”.

En un estudio (Gerpe et all, 1980) realizado en Uruguay con el objetivo

de “visualizar las relaciones complementarias y antagónicas entre el tipo de profesional producido por los centros de formación y el tipo de profesional exigido por los centros operativos donde trabaja” se registran en forma pormenorizada los procesos de creación, títulos otorgados, programas de estudio, orientación general, fundamentalmente de la ESSU, de la Escuela de Servicio Social del MSP fundada en 1954 y de la Escuela Universitaria de Servicio Social.

Una de las tesis que sostiene dicho estudio (Gerpe et al, 1980: 20), plantea que “las peculiaridades del modelo batllista determinaron que el origen de las ciencias sociales y del trabajo social se vinculara más a las organizaciones privadas católicas –marginales prácticamente por concepto al batllismo– que al propio sector público o a la Universidad”. Se trata de una afirmación que fue suficientemente discutida por Acosta (1997) de manera central.³⁶

Con respecto a los orígenes de la ESSU, ellos se encuentran vinculados a estrategias de acción de la Iglesia Católica a nivel mundial. De acuerdo a la información aportada por Manrique Castro (1982: 53), en 1925 se fundó en Milán con motivo de la I Conferencia Internacional, la Unión Católica Internacional de Servicio Social (UCISS), que tenía dos secciones: el grupo de escuelas de Servicio Social y las asociaciones de Auxiliares Sociales, “que tenían como objetivo hacer conocer la concepción católica del Servicio Social en el mundo y asegurar el progreso de las mismas”. Agrega que la UCISS “no fue sólo un centro de aplicación y difusión de la doctrina romana, sino un lugar privilegiado para balances y conclusiones, y por tanto fuente de inspiración y no mero reflejo pasivo de las ratificaciones y cambios relativos que sufrió la doctrina católica al respecto”. Se pretendía “añadirle pericia técnica a su espíritu caritativo” a quienes asumían la cuestión social.

³⁶ “Según nuestra hipótesis el “batllismo” fue la forma ideo-política, el arreglo institucional, que particulariza la modernidad de la formación social uruguaya. Él no fue un obstáculo, antes, fue la condición que posibilitó la

En ese sentido, dos de las profesionales entrevistadas en el curso de la presente investigación, egresadas de la ESSU, forma parte de un instituto secular que una de ellas define como una

“sociedad que está fundada para, en el mundo, siendo seglares, siendo seculares, poder hacer la vida de consagración para darse totalmente a los hermanos, a los hombres, al prójimo. Que nada que pase a la gente nos sea indiferente. Entonces, qué mejor para nosotros que estudiar Servicio Social. Justamente, no teníamos la técnica de servir con amplitud, con eficacia. Nuestro fundador, monseñor Cavallero, el cura párroco de Trinidad, nos ofreció venir (vinimos nueve) para hacer esta carrera para poder ser eficaces realmente. Yo recién terminaba magisterio, que era mi vocación auténtica. Y me mandaron para acá (...) La necesidad natural de ese corazón pronto para servir y sabíamos que con el Servicio Social podíamos llegar a ser eficaces con nuestra acción.”

La información disponible estaría indicando,³⁷ la existencia de una amalgama similar entre los componentes técnico y religioso en las resoluciones del Congreso Internacional de Servicio Social realizado en Bruselas en agosto de 1946 con los auspicios de la Unión Católica Internacional de Servicio Social. En ellas se hace referencia a la concepción de un Servicio Social que “está el servicio del hombre y del orden social”. Pero, se aclara qué tipo de orden es el que se entiende como tal: sería aquel “querido por Dios porque está al servicio del hombre total, en vista de su doble finalidad: personal (terrestre, supraterrrenal) y social”. Por tanto, se explicita, debería tener en cuenta, para actuar, el derecho natural y el de la Revelación.

Manrique Castro (1982: 58) hace referencia a que la necesidad de la eficiencia trajo consigo “una progresiva renovación o ampliación de los procedimientos y técnicas propuestos para el tratamiento de la cuestión social y que paralelamente a esta búsqueda el Trabajo Social delineara su perfil

emergencia de la profesión de Asistente Social.” (ACOSTA, L. 1997: 1).

³⁷ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo XXI No. 1. Marzo de 1947, pp 78-81.

profesional propio en aproximación creciente a campos de aplicación específicos, y a dimensiones cada vez más totalizadoras de la realidad social, aunque permaneciera como dominante el enfoque de lo social a partir de su individualización o singularización fragmentaria”.

Según este autor, la Escuela Elvira Matte de Cruchaga ocupó un amplio espacio de la cuestión social, no delimitando su acción al campo médico exclusivamente: “La Escuela concibe el trabajo social más bien como una vocación que como una simple profesión (...).”³⁸ Pero se destaca la importancia de integrar elementos de la ciencia y de la técnica con una proyección continental:

“La Iglesia le dio al Servicio Social una base orgánica continental. (...) este rol difusor cumplido por la Iglesia le permitió el fortalecimiento de una tendencia de vasto alcance latinoamericano a través de la expansión de una ‘ideología profesional’ en función de la cual se producían múltiples intercambios.”

El perfil de las egresadas de la escuela chilena debía responder a una sólida formación del profesional, estrictos requisitos de ingreso, certificaciones de buena conducta, adecuada salud, además del pago por derecho de matrícula. Aparte de pruebas respecto de la fe religiosa de las aspirantes que hacía que sólo ‘damas de sociedad’ pudieran ingresar. También se destaca el peso de las materias relacionadas con la medicina en el programa de estudios.³⁹

La influencia que tuvo esta escuela en la inserción de escuelas de Servicio Social católicas en otros países de América Latina, reside en haber sido escogida como el centro principal de operaciones de la UCISS con sede en Bruselas y a la cual se afilió desde sus primeros años de vida.

El proceso de surgimiento de las dos primeras escuelas de servicio social en Uruguay posee algunas características en común con el registrado en

³⁸ Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchaga. Memoria 1930-1940. Editora Zig-zag. Santiago de Chile s/f pp7,8. Apud Manrique Castro, M (1982: 69).

³⁹ Véase MANRIQUE CASTRO, M (1982) donde aparece la estructura del plan de estudios de esta escuela, los programas y la organización curricular.

Chile: la primera escuela chilena, fundada por el médico Alejandro del Río en 1925, se asocia más bien a la expansión del Estado, y tiene una impronta esencialmente de formación de profesionales destinados a complementar la labor del médico (en este aspecto se podría asimilar a la escuela creada en el Instituto de Higiene Experimental en 1927 en Uruguay). Por otro lado en 1937 fue creada la escuela vinculada a la Iglesia Católica que, en Uruguay, tuvo a su vez la influencia decisiva de la Escuela chilena Elvira Matte de Cruchaga, fundada en 1929.⁴⁰

Respecto al proceso de la creación de la ESSU en Uruguay, se destaca el viaje a Chile de Hortensia de Salterain quien se familiarizó con el funcionamiento de la escuela chilena y retornó a Montevideo para formar un comité organizador. Posteriormente se invitó a la directora de la escuela chilena Rebeca Izquierdo quien viajó a Montevideo, en febrero de 1937. Pudo constatarse que la escuela chilena tuvo también influencia en la creación de escuelas de Servicio Social católicas en Colombia, Venezuela, Cuba, Buenos Aires, Brasil, Perú.

Gerpe et all (1980: 37) señalan que en la ESSU uruguaya, fundada en 1937, prevalecía una perspectiva cristiana tradicional, una percepción de la sociedad como integrada, un orden social normal y natural. Citando a la directora de la escuela, Augusta Schroeder, de origen alemán, los objetivos de la profesión se traducían en que “la misión propia del trabajo social de nuestra época que se llama Servicio Social (...) consiste (...) en reconstruir la sociedad (...) despertando las fuerzas interiores, la capacidad social del individuo”. Coincidiendo con la perspectiva de una orientación de la profesión hacia el individuo, el objeto de estudio es “la sociedad misma”, y “la persona humana como célula de todo organismo social”.

Retomando a Schroeder, Gerpe et all (1980: 39) indican que la visitadora social que se pretendía formar intervendría en la industria y el comercio, en la escuela, la justicia de menores y en la salud pública ya que “no completarán su obra social si no llega al núcleo familiar de donde proviene el asistido”. También

⁴⁰ Una información detallada acerca de la creación de esta escuela de servicio social en Chile se puede encontrar en MANRIQUE CASTRO, M, (1982).

la parroquia, donde “la visitadora social resulta una colaboradora inestimable del párroco, porque la mujer, con su ternura maternal, puede llegar a donde le es difícil llegar al sacerdote; puede desentrañar verdades, descubrir problemas, y sugerir soluciones para las que el sacerdote naturalmente halla dificultades muy serias.” Su función de ayuda a los misioneros que recorren la campaña consiste en “preparar el terreno donde va a ser arrojada la buena semilla”.⁴¹

Más que los conocimientos se enfatizarán y desarrollarán ‘aptitudes’ y sobre todo, ‘actitudes’ que provendrán, fundamentalmente, de la fe católica. Bastante elocuentes al respecto son las expresiones de un integrante de la Comisión Directiva de la ESSU, Juan Vicente Chiarino: “El Servicio Social es, en suma, una forma moderna de apostolado. Y yo diría más: es una forma moderna, actual, de cumplir el mandamiento supremo de la caridad.”

En cuanto a la estructura curricular, se destaca que del total de horas de los cursos teóricos, 15 % correspondía a materias propias de asistencia social (historia de la asistencia, ética profesional, asistencia social), 22,5 % a ciencias sociales (sociología, economía política, psicología, pedagogía), 37 % a materias auxiliares básicas (derecho, hasta primeros auxilios y puericultura), 20 % de materias religiosas y 5 % a materias diversas (cursillos básicos). Las prácticas consistían en visitas institucionales, estadía de seis meses por año en diversos organismos con un enfoque en general sólo de ‘casos’.

Durante el primer año se inscribieron 65 estudiantes de las que fueron seleccionadas 23. De ellas en 1940 sólo 14 habían recibido el título habilitante que, en una primera etapa, era el de visitadora social. Bralich (1993: 17) indica que en 15 años (1937-1952) hubo 87 egresos entre las 215 alumnas matriculadas. Y entre las egresadas, 65 estaban ejerciendo la profesión.

En 1953 la ESSU presenta su nuevo programa de estudios, y cambia la denominación del antiguo título de visitadora por el de asistente social; también

⁴¹ Las actividades que se enumera debían cumplir las asistentes sociales se refieren a la elaboración de informes de servicios, inscripciones, legitimaciones, matrimonios, divorcios, tutelas, adopciones. En un cuadro que se reproduce de 1945 a 1953 de actividades del servicio social parroquial de la Aguada, se destaca que el total de visitas realizadas para el “tratamiento de casos” fue de 36.189. En la definición del *campo* de acción de la visitadora social éste se refiere a la familia como elemento básico del orden social, “en él se ponen los cimientos de obediencia y respeto a la autoridad, el espíritu de comunidad y el muro protector de las costumbres”. Y de los medios que se destacan, el primero de todos es la visita domiciliaria.

cambia a Servicio Social lo que antes llamaba Asistencia Social. Recién en 1959 pasa a ser una carrera de 4 años.

De los testimonios recogidos durante la presente investigación tres corresponden a profesionales egresadas de esta escuela, que cursaron sus estudios en el período considerado (de 1940 a 1960). Haciendo referencia a los conflictos entre las egresadas de las primeras escuelas de Servicio Social de Uruguay, a través de dichos testimonios se ha podido percibir un interés marcado por destacar que esta escuela *“era la única escuela que existía”*.

En ese mismo sentido, otra de las entrevistadas recuerda que estudió en *“la primera escuela de Servicio Social en el Uruguay, fundada por Hortensia de Salterain y Margarita de Salterain Herrera que fueron a Chile, que era donde el Servicio Social estaba bastante desarrollado, y de allí trajeron las ideas para fundar la escuela. Ellas fueron las pioneras. (...) Y trajeron ellas a la señorita Schroeder, alemana, licenciada en ciencias sociales en Alemania (...) (la trajeron a ella) como experta”*.

Con respecto a la gestión de la ESSU se indica que no era paga, y que se hacían colectas callejeras por parte de las estudiantes para recaudar fondos que permitieran su funcionamiento. También *“había una comisión honoraria de personalidades conocidas en esa época (no me acuerdo de nadie) que eran quienes conseguían el dinero”*.

Respecto de la organización de los cursos se destaca que había clases teóricas y prácticas y que éstas últimas consistían en

“las visitas a instituciones en primer año. El segundo semestre o el segundo año, ya ni me acuerdo, hacíamos Servicio Social de caso, en instituciones, estaban los centros de práctica que nos seleccionaba casos. Era fundamentalmente caso, familia, juzgados, cárceles, instituciones de salud, por supuesto, fábricas: RAUSA, Alpargatas y otras industrias”.

Cuando se interroga acerca de si las supervisoras eran asistentes

sociales egresadas de la ESSU se responde lo siguiente: *“Sí, por lo menos las que a mí me tocaron. De la ESSU porque no había otra (con mucha seguridad) Hasta ese momento no había otra (escuela)”*.

Respecto de la influencia de la escuela chilena en la formación de la ESSU recuerda que *“acá la escuela privada en el comienzo fue creada a imagen y semejanza de la escuela chilena. Estaban unas belgas que fueron a fundar la escuela chilena. Después trajeron toda la metodología y apuntes y libros de ahí, es decir, de la otra escuela, hacían seminarios en nuestro país”*.

Por último, es conveniente reflexionar acerca de un informe oficial presentado a la V Conferencia Interamericana de Servicio Social en 1950, donde se relata:

“El Ministerio de Salud Pública realiza cursos de Visitadoras de Higiene Social, que se iniciaron en la Facultad de Medicina en el año 1928 (...) la preparación integral del personal técnico la realizan: la de Asistentes Sociales o Visitadoras Sociales, la Escuela de Servicio Social del Uruguay, organismo privado; en el campo higiénico la de Visitadoras de Higiene, en el Ministerio de Salud Pública (organismo oficial); la de nurses sanitarias, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (organismo oficial)” (BRALICH, 1993: 18).

Se puede apreciar una clara delimitación de competencias en la formación de Asistentes Sociales, una referida al ámbito de la formación privada como más universal, recorta al ámbito del campo “higiénico” la formación de otro tipo de profesional, aparentemente sólo dedicado institucionalmente a ocupar un lugar en el ámbito de la salud.

Como se estudiará en el capítulo siguiente, el campo de las actividades asignadas al Asistente Social irá ampliándose en un proceso que incluye influencias de diferente índole, donde destacan aquellas que tienen que ver con los cambios en la forma y el contenido del higienismo, así como (y en forma relacionada) con el proceso de internacionalización de la salud pública en el marco de las denominadas estrategias panamericanistas.

Capítulo 2

Las transformaciones en las respuestas socio políticas a los problemas sociales emergentes: cambios en la forma y el contenido de los procesos de higienización

2.1 La transición de Baldomir, el panamericanismo y el nacimiento del neobatllismo en Uruguay

El período de transición hacia la democracia fue iniciado con la asunción del Gral Alfredo Baldomir a la presidencia de la República en 1938⁴² y, según los autores estudiados,⁴³ culmina con el retorno del batllismo al gobierno luego de las elecciones de 1946. Esa transición se realizó fundamentalmente desde el Estado.

Según Filgueira, con la asunción de Baldomir⁴⁴ se produce un paulatino retorno a la versión originaria de la matriz batllista de las políticas sociales: ciudadanía política ampliada y primacía del liberalismo político.

En 1942 el presidente de la República da un golpe de Estado, alegando como causas, difundidas en una alocución radial, la necesidad de la reforma constitucional, la cual no era apoyada por el herrerismo, sector que dominaba la Corte Electoral. En ese sentido, Frega et al (1987: 111) apuntan que “el golpe era presentado como el único instrumento capaz de salvaguardar estos intereses por cuanto eliminaba al herrerismo, principal enemigo de la reforma, y acérrimo opositor a la política internacional desarrollada por el gobierno” (el panamericanismo). El golpe (para el cual se acuñaría el calificativo de ‘golpe bueno’) garantizaría la continuación de los rumbos panamericanistas y, en líneas generales, contó con el apoyo de varias fracciones del Partido Nacional y del Partido Colorado.

⁴² Tengamos presente que el batllismo y el nacionalismo independiente se declararon a favor de una política abstencionista negando su concurso electoral en las elecciones de 1933, 1934, 1938.

Estas elecciones de 1938 son las primeras en las que las mujeres votaron en Uruguay.

⁴³ FREGA, A; MARONNA, M; TROCHÓN, Y. *Baldomir y la restauración democrática (1938-1946)*. Ediciones de la Banda Oriental. 1987.

⁴⁴ El Partido Colorado presentó dos candidaturas en las elecciones de 1938: Eduardo Blanco Acevedo y Alfredo Baldomir, ambos colaboradores del régimen terrista y unidos por lazos de parentesco con el Dr. Gabriel Terra. Tengamos en cuenta que en 1931 Baldomir asume como jefe de Policía, habiendo sido esta institución “el brazo ejecutor del golpe de Estado”.

Desde el punto de vista de la posición de Uruguay en la política internacional (y que, como se vio, tiene una relevancia indiscutible en las transformaciones en el campo de la salud pública) podemos decir que hasta 1938 mantendrá una posición de neutralidad. A partir de ese momento comienzan a manifestarse dos tendencias opuestas que giraban en torno a las opciones de un panamericanismo pro estadounidense o de una posición de neutralidad, esta última sostenida fundamentalmente por el Herrerismo:

“El Partido Nacional no confiaba en absoluto en la política de ‘Buena Vecindad’ destacando que sus enunciados se contradecían con la conducta económica cerradamente proteccionista llevada a cabo por dicho país con respecto a los productos latinoamericanos” (Frega et al: 1987: 32, 33).

Posteriormente, y debido a un cambio en la correlación de fuerzas en el gobierno, se establecerá una progresiva adscripción a un panamericanismo condicionado por la influencia estadounidense.

Desde el punto de vista del comercio internacional, se le otorgaría a Uruguay “la cláusula de nación más favorecida o bien se lo proveería de aquellos productos cuya obtención resultaba dificultosa ante el desarrollo de la guerra, fomentándose la colocación de capitales extranjeros en nuestra plaza.” (Frega et al, 1987: 43). El gobierno de Estado Unidos buscará fiscalizar, ya desde antes del comienzo de la guerra, las orientaciones económicas de América Latina. Uruguay, por su parte, adherirá al Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca en la reunión Consultiva de Río de Janeiro de 1942, donde se consolidaba el principio de ‘defensa global’ de América bajo la égida de Estado Unidos.

Respecto a los mecanismos de concertación social vigentes a partir de los años 40, “se buscará implementar mecanismos de conciliación entre los distintos sectores sociales, tratando de evitar radicalizaciones peligrosas para la paz y el orden social. La idea de cuño keynesiano de un Estado que debía intervenir en la regulación de la economía cuando eran evidentes los signos del malestar social, fue reconocida por los gobernantes del momento. Era necesario que el Estado propiciara la búsqueda de mecanismos que equilibraran las

relaciones económicas y sociales y que las garantizara (redistribución del ingreso, regulación del empleo, etcétera)". (Frega et al, 1987: 86).

Entre 1940 y 1946 se produce un importante impulso de la legislación laboral y social: extensión a todos los funcionarios públicos del régimen de jubilaciones (2-VII-40), reparaciones por accidentes de trabajo (21-VII-41); se introdujo el régimen de Asignaciones Familiares para algunas actividades (12-XII-46) y la indemnización por despido a todos los gremios (1944). Se aprobó el estatuto del trabajador rural (16-X-46) y se propició la recuperación del salario real de los obreros.

En las elecciones de noviembre de 1942 la reforma constitucional es aprobada, y triunfa la fórmula del oficialismo y dentro de ella el batllismo: Baldomir entrega el mando a Amézaga en marzo de 1943. En este período fue fundamental la reconquista de la normalización política y la reparación de las injusticias cometidas durante el período dictatorial de Terra: la concertación social se tornaba imprescindible.

Constituye un hito fundamental en 1943 la creación de los Consejos de Salarios (el proyecto aprobado establecía que el salario mínimo debía asegurar al trabajador la satisfacción de sus necesidades físicas, intelectuales y morales) como sistema tripartito de negociación salarial para la actividad privada, involucrando a representantes de los trabajadores, de los empresarios y del Estado. Los consejos de salarios así establecidos comenzaron a integrarse hacia 1944 y 1945. Dos eran sus fines básicos: descripción de tareas y estructuración de una jerarquía para los trabajadores de una planta o rama de actividad, y señalar cuál sería el salario para las categorías definidas.

En materia de políticas de salud comienza a darse mayor prioridad a las actividades preventivas, que estarían centralizadas en el Estado, como por ejemplo las vacunaciones masivas. Una creciente importancia fue atribuida a los proyectos de salud pública, al amparo de una verdadera proliferación de convenios internacionales dirigidos a la prevención y promoción de la salud. Una expresión material de estos cambios es la creación de varios centros de salud, en Montevideo y en el interior del país, así como otros proyectos sanitarios.

Con respecto a la internacionalización de los procesos referidos al campo sanitario, en 1945 nace la ONU, y a partir de ésta la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, consolidándose el movimiento de internacionalización del sanitarismo. En este período esa internacionalización es hecha sobre la base de una franca hegemonía política de una nación determinada (Estados Unidos) y su determinado proyecto de sociedad, así como una franca hegemonía ideológica de racionalidad tecno pragmatista consustanciada con este proyecto. (AYRES, 1995).

Se destacan varios aspectos en este período, de trascendental importancia: la incidencia del acontecer internacional, por la articulación del Uruguay en la órbita estadounidense, y por la influencia que ello tuvo en la transición política. También porque la Segunda Guerra Mundial aportó a la economía nacional condiciones de desarrollo y prosperidad (“estructuralmente frágil”). Por otro lado, y desde el punto de vista de las alianzas político partidarias, “en 1933 el golpe de Estado había marcado un principio de diferenciación por encima de las divisas; 1942 suponía el retorno al vínculo tradicional, donde los grandes partidos unidos ante los comicios, albergaban sectores claramente diferenciados” (Frega, 1987: 150)

2.2 El período neobatllista

El período histórico que transcurre entre 1940 a 1960 en Uruguay, abarca una serie de procesos intrincados de manera compleja.

Con posterioridad a 1930, el proceso económico en Uruguay se caracteriza por dos aspectos básicos: el estancamiento a largo plazo del sector agropecuario (fundamentalmente por una baja importantísima de la demanda de carne y lana y de los precios a nivel internacional a causa de la aparición de nuevos países exportadores de esos productos) y el proceso de industrialización por sustitución de importaciones, de protección estatal necesaria, en el cual se produce el desarrollo de actividades industriales en líneas de producción que en condiciones “normales” de la división internacional del trabajo eran monopolizadas por los países desarrollados. Este proceso necesitaba la

protección del Estado y la creación de un mercado interno lo suficientemente activo para que constituyera un mercado de consumo apropiado para las mercancías que se producían, debido a que éstas carecían de posibilidades de competencia para la exportación (D'Elía, 1982).

Caetano y Rilla (1996) ubican en el período de la segunda posguerra un núcleo de cuestiones centrales en nuestro análisis. En primer término, su impacto en la reinserción internacional de Uruguay, con la ratificación de la estrategia panamericanista y el alineamiento del país en la órbita estadounidense. Coincide en este punto D'Elía (1982: 70) señalando que 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”. Con la creación del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento se afirmó su predominio y su condición de centro financiero.

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, coincidiendo con la asunción al gobierno de Luis Batlle Berres (1947-1951) sobrino de José Batlle y Ordóñez. 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.

Nahum (1989: 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 elevar el poder adquisitivo de la población y, consecuentemente, 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. Los enfrentamientos sociales debían trasladarse al plano de la división internacional del trabajo. Empresarios, trabajadores y Estado, según esta postura, debían enfrentar juntos las derivaciones de nuestra posición subordinada frente a los países desarrollados.”

En lo que se denomina como el ‘Estado benefactor’ del período neobatllista, se destaca cómo en el éxito de esta política tenía peso la bonanza económica del país favorecida por el contexto internacional.

Para que pudiera darse este proceso se necesitaba una mano de obra capacitada y un mercado interno con poder adquisitivo que le permitiera consumir los productos que anteriormente eran importados, por lo tanto el neobatllismo tuvo una política de subsidios para la producción industrial, congelación de alquileres, abaratamiento de los bienes de consumo popular, transporte subsidiado, políticas específicas de salud, educación, seguros de enfermedad, de desocupación, políticas sociales orientadas al reforzamiento del mercado interno. El movimiento obrero, fundamentalmente a nivel urbano, fue cobrando una fuerza cada vez mayor (D’Elía, 1982).

Es así que Luis Batlle en un discurso pronunciado al cumplir el primer año de su gobierno explicitaba que:

“el Gobierno no se mueve para borrar injusticias provocando otras injusticias, sino que él actúa en el deseo de acercar a las fuerzas sociales y económicas que distantes entre ellas y en opinión podrían provocar lucha de violentas perturbaciones, y los hechos dicen que las masas populares oprimidas reaccionan fuertemente y la preocupación de los gobernantes debe estar en alejar con mano firme esa opresión para que no estalle esta temida lucha”.⁴⁵

Según D’Elía, (1982: 28), fueron necesarias varias condiciones para que ese proceso pudiera concretarse. En cuanto a las externas se refiere a la

coyuntura de la posguerra como favorable para el proyecto de industrialización, “al mantener la continuidad de los niveles de autonomía y protección que la guerra había originado”, además de permitir la acumulación en Uruguay de una masa de capital mediante el cual se logró abastecer de bienes de capital, materia prima, y combustibles.

Respecto de los factores políticos internos, el retorno del batllismo al poder constituyó un elemento positivo en la medida que tenía una concepción favorable al desarrollo industrial del país.

Por su parte, el papel que desempeñó el Estado fue central en el sentido de su estímulo a la empresa privada, el proteccionismo de la actividad industrial, la política redistributiva que amplió el mercado al elevar los niveles de consumo de la población. Se consideró a la industrialización sustitutiva de importaciones como un factor dinámico y dinamizante de otros sectores económicos: cultivos industriales, ampliación del sector servicios, apertura de canales de comercialización, etcétera. Además el Estado había consolidado su participación en la esfera económica con el monopolio de un conjunto de servicios públicos acrecentando su peso en la producción industrial: en este período se extendió el dominio industrial del Estado con la creación de Administración Nacional de Combustibles, Alcohol y Portland (ANCAP), Administración Nacional de Puertos (ANP), Obras Sanitarias del Estado (OSE), Administración Municipal de Transporte (AMDET), Administración de Ferrocarriles del Estado (AFE), Subsistencias, Instituto Nacional de Colonización.

Filgueira (1995: 42-43) sostiene que:

“en este proceso de consolidación de un Estado de bienestar hay que señalar en primer término la incidencia de la matriz batllista original al conformar una cultura política estatalista (...) Esa matriz originaria apoyada por la consagración legal que hizo la Constitución de 1934 moldeó el tipo de relaciones entre sociedad civil y Estado. La conformación de grupos de presión

⁴⁵Tomado de Luis Batlle. *Pensamiento y acción*. Ed. Alfa. Montevideo. 1965. Tomo I. P 95.

representativos de sectores subalternos estuvo condicionada por esta apreciación acerca del funcionamiento de las relaciones entre sociedad y Estado.”

También influyó un sistema democrático competitivo, con partidos políticos que abarcaban muy variados intereses; por su parte, la instrumentación de ese Estado social se dio en gran medida en forma clientelar en torno a aparatos partidarios, bajo la paradójica consigna de ‘privilegios para todos’. Dicha prosperidad permitió la transferencia de ingresos originados en el sector agro exportador a los otros grupos sociales.

Según Panizza (1990), el Estado uruguayo de posguerra mantuvo esa característica de transformación por agregación de diferencias (que se estudió para el período del batllismo temprano). Sus líneas de separación con la sociedad civil, que lo hubieran caracterizado como tal, borrosas desde sus orígenes históricos, se volvieron ahora casi inexistentes.

Coloca como primera ‘línea borrosa’ la de los “precios políticos” haciendo referencia al Estado como un espacio de negociación, compromisos, y equilibrio entre diferentes clases, fracciones de clase, y otras fuerzas sociales: “Eliminó lo ‘económico’ como un campo relativamente autónomo de lo ‘político’, todos los precios se transformaron en ‘precios políticos’” (Panizza, 1990: 66). La segunda ‘línea borrosa’ se refiere a la inexistencia en el Estado uruguayo de una burocracia autónoma: de esta manera, el juego de fracciones intra y extrapartidario permitió al gobierno establecer redes de apoyo político y, simultáneamente, incorporar gobierno y oposición al interior del Estado. La tercera ‘línea borrosa’ hace referencia al clientelismo que operó fundamentalmente como una relación entre los partidos (o, mejor dicho, entre sus fracciones), la burocracia estatal y los sectores populares.

“El caudillo de barrio era el punto nodal de las relaciones clientelísticas a nivel de los sectores populares urbanos. Su propia condición personal, en la que a menudo se unía la doble condición de activista político y empleado público, encarna la violación de la distinción público/privado, y con ella, la separación Estado/sociedad civil” (PANIZZA 1990: 70).

El caudillo de barrio recibía de la gente demandas de todo tipo, entre ellas las relacionadas con la salud. Puede aparecer como discrecional pero no como arbitrario en la dispensa de favores: “Por momentos el caudillo se ve a sí mismo como una persona sirviendo al vecindario en forma muy similar a la de un dedicado trabajador social.”

Luis Batlle, en su discurso pronunciado el 14 de agosto de 1947, irradiado en cadena de broadcastings a todo el país, al asumir la Presidencia de la República planteaba:

“...no es posible desatender el hecho de que la humanidad está viviendo una violenta revolución social y política que convulsiona a todos los pueblos. Nadie puede pretender que nos pongamos al margen de ese movimiento para abominarlo y apedrearlo, sino que, lo que la hora exige, es entrar y formar parte de esta inmensa columna para orientar el movimiento, para dirigir las fuerzas aunque para ello sea necesario acelerar la evolución. Nosotros, los que fuimos formados en los últimos aleteos de la filosofía liberal del siglo pasado y dimos los primeros pasos hacia la socialización de ciertas actividades del organismo social, comprendemos que tenemos que continuar ese ritmo para encauzarlo por las vías normales. Apresurarse a ser justo es asegurar la tranquilidad; es brindarle al ciudadano los elementos principales y básicos para que tenga la felicidad de vivir y hasta él lleguen los beneficios del progreso y de la riqueza. Apresurarse a ser justos, es *luchar por el orden y es asegurar el orden*”.⁴⁶

Las ideas principales que estaban apoyando este proceso eran, entonces, las de progreso, justicia social, libertad, democracia y orden.

Según la interpretación de Panizza (1990: 79), el neobatllismo se constituye “como continuidad de las grandes líneas ideológicas del batllismo temprano y reafirma la también larga continuidad histórica de la formación política uruguaya”, pero con una peculiaridad, en Batlle y Ordóñez el orden social era algo a ser construido desafiando el statu quo, en el neobatllismo es

algo a ser preservado.

Ideas centrales de su discurso fueron: la de considerar al Uruguay como un espacio interior privilegiado, “el ‘Uruguay feliz’ que era claramente una creación batllista”. En segundo lugar, aparecía la idea de tutela que ha establecido el batllismo en la constitución de ese orden social:

“la noción de tutela conlleva aquí un doble sentido que caracteriza las relaciones entre el Estado y la sociedad en el Uruguay batllista: Por un lado como toda tutela, está destinada a la preservación de un cierto orden, el orden privilegiado del Uruguay ‘mejor y diferente’. Por el otro es expresión de una concepción ética de la política, y sobre todo del Estado. Es la idea, también común al ballismo temprano y al neobatllismo, de que el tutelaje estatal se ejerce en beneficio de los sectores más necesitados. (...) En el discurso batllista orden y paz social no son solamente productos históricos de los largos períodos de gobierno colorado, sino también resultados tangibles de la estrategia política de su gobierno.” (Panizza, 1990: 82).

Interesa señalar que Luis Batlle rechaza el concepto de lucha de clases. Pero la armonía de clases no es 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.

El del neobatllismo es un discurso de mediación entre diversos sectores sociales a través de la tutela estatal:

“El orden social es presentado como siendo el producto de un proceso de absorción gradual de demandas populares en beneficio ‘de todos’ bajo la acción tutelar del Estado. Los colorados asumen como su responsabilidad principal *la tutela del orden social en la cual el control social es inseparable de una estrategia de cambio controlado.*” (Panizza, 1990: 99)

⁴⁶ Tomado de Luis Batlle. Pensamiento y acción. Ed. Alfa. Montevideo. 1965. Tomo I. p 56, 57

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

Como será analizado seguidamente, la implantación de un modelo preventivista en Uruguay se vio asociado al factor de la internacionalización de los procesos institucionales en el campo de la salud

Los centros de salud tienen su 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. Se definen como ámbitos institucionalmente abocados a las tareas de prevención y promoción de la salud, se ubican dentro de una estrategia panamericanista que, como se explicitó, se desarrolló en la etapa posbélica, con un papel hegemónico de Estados Unidos y con la creación de los organismos internacionales que comenzaron a tener una importancia fundamental en la implementación de algunos programas que se consideraban clave.

2.3 Transformaciones en el saber

Como apunta Ayres (1995), y como esbozamos en el capítulo anterior, el saber epidemiológico se configuró como una ciencia cuando, a mediados del siglo XIX, pasó a aprehender el espacio público de la salud, lo que fue posible gracias al concepto de un “medio externo” que permitió relacionar causalmente los fenómenos orgánicos y los extraorgánicos de la salud.

A mediados del siglo XX, se observa una nueva inflexión en el saber científico sobre la dimensión colectiva de la salud, con la asignación a lo individual de un papel relevante en la génesis de las enfermedades.

Una de las más importantes transformaciones de este período se localizaría en el propio corazón del saber médico, y estaría caracterizada por la “endogenización” progresiva de los modelos etiológicos tanto en la esfera de la medicina clínica como de la epidemiología y de la salud pública. En ese marco se asiste a una fuerte individualización y “familiarización” de los riesgos sanitarios a través de la asignación de un papel preponderante a los factores (conductuales, motivacionales, cognitivos, morales, etcétera) provenientes del individuo y del medio familiar en la producción de la salud y la enfermedad. Para algunos investigadores

“se trata de una inflexión en las relaciones entre instituciones y agentes individuales en el campo de la salud pública, una de cuyas expresiones más significativas es la emergencia y consolidación, a partir de las décadas del treinta y cuarenta del movimiento preventivista en Estado Unidos, el cual tuvo amplias repercusiones, especialmente debido a su posición muy influyente en el movimiento de internacionalización de la salud pública” (MITJAVILA, 1999)

El cambio esencial consistía en que “la vieja salud pública se ocupaba del medio externo, la nueva se ocupa de los individuos. Los antiguos procuraban las fuentes de la enfermedad infecciosa en los ambientes del hombre, la nueva los encuentra en el propio hombre”. (AYRES, 1995: 157).

Esa transformación se expresa en la afirmación del preventivismo y del securitarismo, en tanto facetas del mismo proyecto normativo que emergió del conflictivo período posterior a la Segunda Guerra Mundial. Son dos ideas interrelacionadas y repletas de contradicciones (AYRES, 1995: 260).

El preventivismo puede ser aquí sintetizado como la doctrina médica que 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 volcadas para el desarrollo de acciones asistenciales y educativas simplificadas, con baja densidad de tecnología especializada y

equipamientos materiales. En este contexto esas prácticas fueron destinadas sustancialmente a minimizar los padecimientos y los costos de la asistencia especializada. En las palabras de Ayres (1995: 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 puede sostener que tanto las transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales surgidos en el período neobatllista, como las transformaciones en el saber respecto de la etiología de las enfermedades constituyeron factores asociados al proceso de transformaciones en la institucionalidad en el campo de la salud, institucionalidad que expresa tanto la subsistencia de continuidades como la emergencia de nuevos factores institucionales que merecen ser estudiados.

En cuanto a las permanencias, podría decirse que se consolida la influencia del saber/poder médico, abarcando cada vez áreas más vastas de la vida social, como campo propio de actuación profesional. Se profundiza al mismo tiempo la consideración positiva del cuerpo humano, y se mantiene con proyección a largo plazo la consideración de la familia como lugar estratégico de control social, en los aspectos referidos a la salud.

Por otro lado, se registran novedades asociadas a problemas sociales emergentes, nuevas orientaciones en las políticas públicas en el área de la salud, y procesos de internacionalización de la atención sanitaria, con énfasis en la prevención de enfermedades.

2.3.1 Cómo se tradujo en Uruguay la influencia de las ideas preventivistas Su influencia en la Facultad de Medicina

En este punto se estudiará, en general, la influencia que las ideas preventivistas tuvieron en el ámbito de la Facultad de Medicina, en el entendido

que el proceso de formación de los médicos a partir de mediados del siglo XX también sufrió una inflexión en los contenidos de sus aprendizajes que contribuyó a que la adjudicación de papeles a los otros profesionales del área también cambiara de perspectiva. Se trata de cambios en el saber médico-sanitario que afectaron la definición de funciones y roles de las diferentes categorías profesionales y, en particular, de los asistentes sociales del área de la salud.

Una de las principales referencias empíricas en la cual se sustenta la afirmación anterior está formada por las ponencias de destacadas personalidades en el Primer Congreso Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y Educadores Sanitarios realizado en setiembre de 1956,⁴⁷ 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,⁴⁸ se hace referencia a la importancia que la enseñanza de la higiene y la medicina preventiva estaba adquiriendo en el pensamiento médico y también a nivel general. Interesa registrar que aquí aparece, de manera decidida, la idea de que la prevención solo se torna posible con la participación de otros profesionales. En palabras del rector de la Universidad, arquitecto Leopoldo Agorio, también presente en el evento, “si al hombre común no se lo educa, sólo verá en las medidas de prevención un cúmulo de obligaciones que restringen, de una manera arbitraria e injustificada, su propia libertad”.⁴⁹

En la ponencia presentada por el equipo integrado por los profesores Salveraglio, Borrelli y Giordano, referida a la enseñanza de la higiene en la Facultad de Medicina de Montevideo, se recomienda que una vez que el médico

⁴⁷ La información fue relevada de *Primer Congreso Nacional de Profesores de Higiene, Medicina Preventiva y educadores sanitarios*. 20, 21, 22 de setiembre 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.

⁴⁸ 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. Desde el año 1944 el curso de Higiene en la Facultad de Medicina había estado a su cargo. En 1947 fue designado, previo concurso de méritos y oposición, profesor agregado de Higiene. En 1949 fue designado profesor titular de la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva y jefe del Departamento de Higiene del Instituto de Higiene. Fue el presidente de la comisión organizadora del Congreso.

⁴⁹ Ob Cit P 28

diagnostica una enfermedad infecciosa se debe tratar de averiguar “cuál fue el origen o el foco original de la infección, buscándolo especialmente en el ambiente familiar”. Se maneja en el congreso una concepción de la Higiene Pública como una “vasta rama del conocimiento”, llegando a plantear que “la higiene pública 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”.⁵⁰ Explicita la necesidad de técnicos en distintas disciplinas: ingeniero en salud pública, ingeniero sanitario, arquitecto, odontólogo, veterinario, sociólogos, educadores sanitarios, economistas, expertos en administración, en estadísticas, en legislación sanitaria, también la intervención de enfermeras sanitarias, trabajadoras sociales e inspectores sanitarios con preparación técnica adecuada. Incluso se llega a proponer la creación de una Escuela Superior de Higiene.

La Escuela de Higiene, según la propuesta, tomaría a su cargo o participaría en la preparación de enfermeras sanitarias, trabajadores sociales, inspectores sanitarios, colaboradores de los ingenieros sanitarios, auxiliares de laboratorio, nutricionistas, etc.

En una ponencia sobre “La enseñanza de la medicina preventiva infantil”, realizada por la profesora agregada doctora María Luisa Saldún se hace referencia a las transformaciones de la medicina y de la pediatría, reivindicando una esfera de acción más amplia, no sólo en el orden médico asistencial sino en el higiénico preventivo, en directa relación con los factores socio económicos, culturales o jurídicos que pueden incidir sobre el bienestar físico, psíquico y social del niño:

“La pediatría del presente y del futuro tiene su principal escenario de acción en el seno de las colectividades, en el núcleo familiar que el niño integra, en la masa de la población infantil de un país o de un continente a la que hay el deber de defender en su salud integral: física, mental y social. En el campo pediátrico es donde mayor trascendencia cobra la medicina preventiva, porque en el niño la enfermedad no tiene otro justificativo que el fracaso de las

⁵⁰ Citan a Winslow, profesor de la Universidad de Yale, sin agregar más datos. Ob cit: 82.

medidas profilácticas.”⁵¹

También se destaca la presencia en la tarea educativa, de otros profesionales, entre los cuales se encuentran los asistentes sociales. En la ponencia del director de la División Primera Infancia del Consejo del Niño y profesor agregado de Pediatría se señala que “deben extenderse en cantidad y calidad nuestros servicios preventivos materno infantiles, contando con asistentes sociales polivalentes capacitadas y en número suficiente”. Agrega que “el concepto de profilaxis de las enfermedades de los niños debe ser sustituido por el de preocupación en el bienestar infantil, el cual depende no sólo del factor sanitario sino fundamentalmente del estado moral, espiritual, educativo y económico de la familia, base de su normalidad.”⁵²

En la ponencia del profesor doctor Luciano Martínez, director del Centro de Salud del Cerrito, acerca de la Enseñanza de la Higiene en los liceos, se 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”. Destaca “el valor enorme de los aspectos psicológicos y sociales en el análisis del origen y desarrollo de las enfermedades.”⁵³ En el ítem siguiente del presente estudio se profundizará acerca del papel adjudicado en los centros de salud al asistente social.

En el relato acerca de la higiene en los cursos de auxiliares del médico

⁵¹ Ob cit: 118

⁵² Ob cit: 126.

⁵³ Ob cit: 156.

se subraya que “la medicina actual es un esfuerzo cooperativo de muchos grupos de trabajadores de la salud que incluye a médicos, dentistas, enfermeros, trabajadores sociales, químicos, ingenieros sanitarios, y auxiliares de estas profesiones, cuya tendencia moderna *no es sólo* reparar la enfermedad”.⁵⁴ También se insiste en esa idea en la ponencia de la escuela de nurses Carlos Nery, cuando se hace referencia a la coordinación de las nurses con un equipo donde pueden intervenir “médicos, visitadoras, alumnas de la escuela de enfermería, asistentes sociales, auxiliares de enfermería, maestros, profesores, dietistas”.⁵⁵ 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”.

En ese mismo sentido la doctora Odulia Ebole, especialista en Higiene y medicina preventiva, graduada en la Universidad de Chile, ayudante de Investigación de la cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina destaca que la educación en salud

“debe abarcar todas las edades de la vida del hombre. (...) Hay que conocer la familia, costumbres del hogar y las facilidades médicas de que se dispone en su medio para reparar como para fomentar su salud. (...) Para que la educación sanitaria escolar sea efectiva debe 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.”⁵⁶ Recomienda la participación imprescindible de una enfermera sanitarista y una asistente social que acompañen al médico escolar en sus actividades.

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.

⁵⁴ Ob cit: 237.

⁵⁵ Ob cit: 268.

⁵⁶ Ob cit: 309.

Paradójicamente, en la parte introductoria del trabajo, donde se enumeran las “ponencias y relatos publicados en el libro”, figura uno con el título “La enseñanza de la Higiene en los cursos de la Escuela de Servicio Social” firmado por el doctor Domingo Prat (h) y la doctora Obdulia Ebole cuyo texto no aparece publicado en el libro.

Cabe destacar cuatro elementos centrales que se pueden extraer del análisis de las diferentes ponencias del congreso, que fueron alrededor de cien. En su mayoría se trabaja con 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.

Por otra parte, se percibe ya por entonces un discurso 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, 1991; Mitjavila 1999). Se trata de una tarea educativa que debiera desarrollarse a lo largo de toda la vida del individuo para que tuviera un resultado positivo, aunque se destaca la importancia de los resultados que se pueden obtener en la infancia.

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 abarcativa en Higiene) y se destaca permanentemente la existencia de otros técnicos que también llevarían adelante la tarea educativa. Finalmente, se puede apreciar que comienza a diferenciarse, al nombrarlas, a las visitadoras o enfermeras sanitarias de las asistentes sociales.

Seguidamente se examinará someramente bibliografía que era usada en la Facultad de Medicina como textos de la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva.

En un texto cuyo título es significativo: *Cómo cuidar la salud y evitar la*

*enfermedad. Texto de Higiene y Medicina Preventiva*⁵⁷ se hace alusión a que “la instrucción y la salud son los pilares fundamentales del bienestar, del progreso y de la paz social. El Estado debe poner al alcance de todos los medios para adquirir la instrucción y la salud”.⁵⁸

Se reitera la idea de que la educación sanitaria necesita del concurso de varios profesionales, entre ellos el asistente social, lo cual se reconoce en los siguientes términos:

“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”.⁵⁹

En el *Tratado de Higiene y Medicina Preventiva*⁶⁰ se hace hincapié en la atribución al individuo de las causas de las enfermedades, en la medida que se plantea que la “ignorancia, la falta de cultura sanitaria son todavía causas de enfermedades evitables”.

También se otorga gran importancia al papel de la visitadora en el cumplimiento de las medidas de prevención, y a las formas 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,

⁵⁷ Salveraglio; Giordano, A. *Cómo cuidar la salud y evitar la enfermedad*. Texto de Higiene y Medicina Preventiva. Montevideo, Barreiro y Ramos, 1955.

⁵⁸ Ob cit: 3.

⁵⁹ Ob cit: 29.

⁶⁰ Salveraglio, Federico. *Tratado de Higiene y Medicina Preventiva* Tomo I. Montevideo. Imprenta Rosgal. 1951. P 21.

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”.⁶¹

2.4 Transformaciones en la institucionalidad: la formación de nuevos agentes sanitarios. Las influencias internacionales en los modelos de gestión.

2.4.1 Convenios internacionales firmados por el Uruguay en el área de la salud.

Las líneas de interpretación sobre las que se trabajó en el capítulo 1 del presente estudio permiten visualizar que el proceso de inserción del Uruguay en el contexto internacional ha tenido una injerencia decisiva en su proceso socio histórico.⁶² Ello puede apreciarse tempranamente en el proceso mismo de conformación del Uruguay como país independiente. Así, los fundamentos de esa matriz que fundó la sociedad uruguaya provienen de su particular inserción en el mercado capitalista mundial -especialmente en el cono sur latinoamericano- así como también de su relacionamiento con las grandes potencias hegemónicas, en especial Estados Unidos durante el período posterior a la Segunda Guerra Mundial.

El examen de los convenios internacionales firmados por Uruguay desde el año 1864⁶³ en el área de la salud permite rastrear la temprana presencia de algunos elementos que más tarde, en los años 40 del siglo XX, ocuparan un lugar destacado en la inflexión experimentada por las respuestas sociopolíticas

⁶¹ Salveraglio, Federico. *Tratado de Higiene y Medicina Preventiva* Tomo II. Montevideo. Imprenta Rosgal. 1951. P 53.

⁶² Ello se puede observar desde el período de la colonia, con la disputa entre España y Portugal por estas tierras; sus varias ocupaciones por parte de los países vecinos; el proceso mismo de su declaración como país independiente, por señalar sólo algunos hitos.

⁶³ La información respecto de los convenios internacionales en el área de la salud fue recabada de TORRES BRUNO, O. *Sanidad en el Uruguay. Información bibliográfica 1804-1976*. Universidad de la República. Facultad de Medicina, BINAME. Montevideo. 1978.

a los problemas sanitarios. Básicamente esa inflexión se traduce en la consolidación de nuevas formas de percibir los problemas de salud y de organizar las acciones sobre los individuos y sobre la población. En este sentido, la promoción de la salud y el desarrollo de estrategias e instrumentos de prevención representan una notable ampliación de las antiguas fronteras de los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya. Durante este período se suscribió un convenio bilateral entre Uruguay y Estados Unidos, dando origen a los Centros de Salud uruguayos, verdaderos depositarios institucionales de esta nueva concepción que tuvo, como será analizado más adelante, una fuerte influencia en el proceso de institucionalización del Servicio Social.⁶⁴

También es de fundamental consideración el proceso histórico de surgimiento y consolidación de organismos que, a nivel supranacional, tuvieron variadas denominaciones y radicaciones, y cuyos objetivos fundamentales referían a mantener una injerencia en cada uno de los países participantes en aspectos relacionados con la salubridad,⁶⁵ en un primer momento, como forma de evitar la posibilidad de que las enfermedades epidémicas se expandieran por sobre las fronteras de los distintos países, e incluso continentes. Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial también se produce una inflexión en la conformación, prestigio e injerencia de nuevos organismos a nivel mundial.

Por otro lado se produjeron una serie de congresos o reuniones internacionales cuyo objetivo era colectivizar los conocimientos y normativizar las relaciones internacionales en el área de la salud.

En este mismo capítulo se realizará una indagación de los aspectos que emergen como más significativos en cada uno de los tres ámbitos: congresos y reuniones, creación de organismos y convenios internacionales.

Las fuentes documentales consultadas coinciden en señalar que históricamente una de las primeras expresiones a nivel de lo social de la

⁶⁴ Se hace referencia al convenio firmado el 18 de noviembre de 1943.

⁶⁵ Se retoma en este trabajo la acepción que da Foucault (1990: 145) a este término cuando indica que "se refiere al estado del medio ambiente y sus elementos constitutivos que permiten mejorar la salud. Es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. (...) Correlacionado con ella surge el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud. Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan a la salud; la higiene pública es el control político-científico de este medio."

búsqueda de mecanismos que permitieran evitar la propagación de las enfermedades estuvo constituida por la institucionalización de los lazaretos y las cuarentenas,⁶⁶ que tenían al encierro como principal criterio de aislamiento (SARALEGUI, J, 1958; MARIÑO, R, 1968; TORRES BRUNO, O, 1978).

Del mismo modo puede observarse que las primeras reuniones internacionales en el área de la salud, que se realizaron principalmente en Europa a partir de mediados del siglo XIX, trataban fundamentalmente de reglamentar dicha acción de los países.

Las dos primeras Conferencias Sanitarias Internacionales, realizadas en 1851 y en 1859 en París, trataron justamente sobre el tema de la reglamentación de las cuarentenas y lazaretos en el Mediterráneo.⁶⁷

De acuerdo con la investigación de Saralegui (1958: 116), “el miedo a las enfermedades pestilenciales procedentes de Asia, y los intereses comerciales que se veían afectados por las medidas locales de cuarentena, aplicadas a los transportes y particularmente a los navíos fueron los motivos determinantes a partir de 1851 de las Conferencias Sanitarias Internacionales”.⁶⁸

Un antecedente relevante en el área del Cono Sur puede también hallarse en la realización del Primer Congreso Sanitario Internacional en Montevideo entre el 14 de junio y el 30 de julio de 1873, donde participaron Uruguay, Argentina y Brasil. De este evento surgió la primera convención sanitaria internacional en América, a iniciativa del doctor Pedro Mallo, vocal de la Junta de Sanidad de Buenos Aires. Se trataba de adoptar un régimen sanitario marítimo respecto del cólera, la fiebre amarilla, la peste y el tífus. Este mismo congreso dio lugar a otra convención sanitaria que tenía como objetivo fundar lazaretos internacionales para lo cual se adoptó un reglamento sanitario internacional que intentaba uniformizar las medidas de la cuarentena y el

⁶⁶ De acuerdo Saralegui, J (1958) en 1423 se instaló en Venecia el primer lazareto o centro de aislamiento.

⁶⁷ Posteriormente, en 1866 la Conferencia Sanitaria Internacional se realizó en Constantinopla, y su tema principal fue el cólera. En 1874 se reunió en Viena, y era su objetivo formar una Comisión Internacional de Epidemias, hecho que no se concretó. La siguiente se reunió en Washington, en 1881 (la integraban 26 países), luego en 1885 en Roma, la séptima en Venecia, en 1892, que trató el tema del cólera; la octava en Dresden, en 1893; la novena en París en 1894; la décima en Venecia, en 1897, y trató el tema de la peste.

⁶⁸ Al respecto debe señalarse que ya en el siglo XVI este dispositivo era utilizado como criterio de aislamiento y observación de personas que se consideraba podían estar en el período de incubación de enfermedades.

tratamiento de los buques infectados por el cólera, la fiebre amarilla y la peste.⁶⁹

Si bien no es posible asimilar las características de Montevideo a las de las grandes ciudades europeas, sí se puede pensar en la capital del Uruguay como un receptáculo de la población expulsada del campo,⁷⁰ así como también receptora de un gran flujo migratorio europeo, fundamentalmente español e italiano durante este período. Por tanto, se considera conveniente recurrir al análisis que Michel Foucault (1990) realiza sobre la historia de la medicalización, identificando tres etapas en la formación de la medicina social: a la primera la llamó la medicina de Estado, que se desarrolló en la Alemania de comienzos del siglo XVIII. Posteriormente se refiere a la medicina urbana, como una segunda trayectoria de la medicina social, representada por el ejemplo de Francia hacia fines del siglo XVIII, apoyada en el fenómeno de la urbanización. Por último trata de la llamada “medicina de la fuerza laboral” que es analizada a partir del modelo inglés. El presente estudio retomará elementos de los últimos dos modelos en la medida que se entiende que pueden dar cuenta de los fenómenos que se pretenden analizar.

En la llamada “medicina urbana” se asocia el tema de la ciudad al problema de la unificación del poder urbano, en el cual tuvieron incidencia factores económicos, por las transacciones comerciales que en ella se realizaban, y por la instalación de los lugares de producción; políticos, en el sentido del surgimiento de una población obrera pobre cuyas reivindicaciones comenzaron a manifestarse como conflictos urbanos. Nace entonces lo que Foucault denomina “miedo a la ciudad” y, en especial, al hacinamiento de la población, a los posibles contagios cada vez más numerosos.

Foucault (1990: 137) afirma que la clase burguesa recurre así al modelo médico y político de la cuarentena, que existía desde fines de la Edad Media y era puesto en práctica cuando aparecía una enfermedad epidémica. Ese modelo consistía en que cada persona debía permanecer en su casa, se establecía un sistema de vigilancia generalizada que dividía y controlaba el

⁶⁹ Es necesario recordar que en 1857 se produjo en Uruguay una epidemia de fiebre amarilla, en 1869 una de cólera, en 1872 y 1873 de fiebre amarilla, y en 1884 una de cólera nuevamente. La viruela y la peste bubónica eran endémicas.

⁷⁰ Como se estudió en el capítulo 1.

espacio urbano, un sistema de registro centralizado, una “revisión exhaustiva de los vivos y de los muertos, la desinfección casa por casa”. Ese plan de cuarentena fue un ideal político médico de la buena organización sanitaria de las ciudades en el siglo XVIII. Destaca que hubo fundamentalmente dos grandes modelos de organización médica en la historia occidental: uno constituido por la lepra y otro por la peste. En el primer caso el mecanismo utilizado era el de la exclusión y la expulsión; en el segundo se utilizó la distribución de los enfermos en espacios inspeccionados, su individualización y vigilancia.

Añade Foucault (1990: 139) que “la higiene pública fue una variación refinada de la cuarentena y de ahí parte la gran medicina urbana que aparece en la segunda mitad del siglo XVIII y que se desarrolla sobre todo en Francia”. La medicina urbana intentaba así “analizar los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que en el espacio urbano podía provocar enfermedades”; también realizar el control del agua y el aire, apoyándose en la creencia de que el aire podía llegar a ser un factor patógeno; y por último la organización del abastecimiento de agua y desagüe, evitando la contaminación.

Respecto de la tercera dirección de la medicina social analizada por Foucault (1990: 152), ella hace referencia al surgimiento, en especial en Inglaterra, de una medicina que “consiste esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas para que fueran más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas”. A través de ella se pudo vincular la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública.

Uno de los ejes centrales del presente estudio hace referencia a los cambios producidos en la consideración, por parte de la medicina, de los factores que se encontraban en el origen de las enfermedades, cuestión de la que Foucault (1990: 144) da cuenta destacando que “la medicina pasó del análisis del medio al de los efectos del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del propio organismo. La organización de la medicina urbana fue importante para la constitución de la medicina científica”.

En ese mismo sentido las fuentes documentales consultadas (Saralegui,

J. 1958)⁷¹ apuntan que en el siglo XIX se consideraba que en el origen de las epidemias existían factores climáticos y ambientales que influían poderosamente en el despertar del momento epidémico. Se percibía la influencia de las zonas insalubres, la mala vivienda, y se consideraba que con medidas de higiene se detenía la progresión de las enfermedades.

Ya en los comienzos del siglo XX en la Undécima Conferencia Sanitaria Internacional de París de 1903, el gobierno francés bregó por el establecimiento de una oficina internacional que regulara las medidas de protección en los diferentes países. La misma se creó en 1907 luego de un acuerdo firmado en Roma y se denominó L'Office International d'Hygiene Publique con asiento en París.

En 1912 se reúne la duodécima Conferencia Sanitaria Internacional de París donde participaron 41 países, entre ellos por primera vez Uruguay. Los temas tratados estuvieron referidos al cólera, la peste y la fiebre amarilla. En 1913 por ley se autoriza la adhesión de Uruguay al convenio de Roma para la organización de dicha oficina y se aprueba la Convención de París de 1912.

Entre el 15 y el 21 de abril de 1914 se reúne en Montevideo una conferencia sanitaria que convoca a Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay, de la cual surge la Convención Sanitaria Internacional Americana, cuyo objetivo era establecer la intercomunicación entre los países contratantes cuando apareciera el primer caso de cólera asiático, peste de Oriente o fiebre amarilla en sus territorios. La ley 5164 de octubre de 1914 dio cuenta de estos principios. En este caso, según las fuentes consultadas (Torres Bruno, 1978: 40) Uruguay tuvo la iniciativa de su realización, cursó las invitaciones y presentó las bases generales a tener en cuenta para el nuevo tratado, que reemplazará a la convención sanitaria de 1904 de Río de Janeiro.

Ya en febrero de 1920 en Londres se reúne una Conferencia de expertos para estructurar las funciones que la Sociedad de las Naciones cumpliría en materia de sanidad internacional, creándose así la Organización de Higiene de

⁷¹ José Saralegui fue director de Sanidad Internacional del MSP. Especialista en Higiene, graduado en la Universidad de Michigan.

la Sociedad de las Naciones que en 1946 fue absorbida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En esa dirección se destacan otros encuentros que tuvieron lugar en el continente americano, y que dieron origen a organismos como, por ejemplo, la creación en Washington de la Oficina Sanitaria Internacional (1902), antecedente de la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta oficina tuvo su propia publicación, el *Boletín de la OSP*, que se comenzó a editar en 1923. En 1949 la Oficina Sanitaria Panamericana pasa a ser oficina regional de la OMS (MARIÑO, 1968).

Hacia mediados del siglo XX, en 1943, mediante un acuerdo internacional firmado en Washington por 44 países, entre ellos Uruguay, se crea la United Nation Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) como “organismo de emergencia para cumplir un programa de bienestar social internacional siendo la sanidad uno de sus objetivos”, y que abarcó desde 1943 a 1946 en que cesó en sus funciones; en 1947 se transfieren las actividades sanitarias de este organismo: asistencia, alimentación, vivienda, a la OMS. En Uruguay se aprueba la integración con la ley 10.503 de 1944.

En 1946, una vez concluida la Segunda Guerra Mundial, las funciones desempeñadas por la Oficina Internacional de Higiene Pública de París y de la UNRRA pasaron a ser responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyos orígenes se encuentran en la Conferencia Internacional de la Salud realizada en Nueva York en ese año. La constitución de la Organización Mundial de la Salud se firmó en dicha conferencia y se promulgó y entró en vigencia el día 7 de abril de 1948.

En el texto de la constitución de la OMS figura “la salud” como uno de los principios básicos para “la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos”. Aparece considerada como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” colocándola como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las

personas y de los Estados”. Sus reglamentaciones tendrían valor para todos los países miembros salvo aquellos que formularan observaciones.

Por el hecho de la idea de salud contener una amplitud conceptual considerable, comienza a aparecer en todos aquellos documentos que se refieran tanto al área de la salud explícitamente, como aquellas áreas que se considera que influyen “en el completo estado de bienestar” y por tanto comienza ser utilizada como fundamento de todas las intervenciones posibles en el área de lo social.

En el proceso de la investigación se ha podido relevar un recurso a la citada definición de la salud aportada por la OMS en la mayoría de los documentos analizados, en general como fundamento para la acción en cada vez más amplios campos de la vida social.

i) Tratados Internacionales. Antecedentes legislativos en el Uruguay

En esta sección se rastrearán algunos elementos que conforman el soporte institucional de los tratados internacionales⁷² que Uruguay suscribió en el área de la salud.

Es así que a través del proceso de la investigación se ha corroborado que los primeros tratados firmados por Uruguay en el área de la salud tienen que ver con la Convención de Ginebra y la conformación de la Cruz Roja Internacional (datan de 1864, 1868).

A partir de 1873 se puede percibir un interés marcado en la zona del Cono Sur, a través de la firma de tratados con Argentina, Paraguay y Brasil fundamentalmente respecto del régimen sanitario marítimo, la fundación de lazaretos, y el régimen de cuarentenas (algunos surgieron en el Primer

⁷² La noción de tratado aquí será empleada en un sentido amplio: “El tratado puede ser definido como toda concordancia de voluntades entre dos o más sujetos de derecho internacional, destinada a producir efectos jurídicos, es decir, a crear, modificar, o suprimir una relación de derecho. (...) la palabra tratado se emplea en un sentido lato, equivalente a acuerdo, y comprensivo, no sólo de los tratados ‘sensu strictu’ o propiamente dichos, sino también de las convenciones, acuerdos, canjes de notas, protocolos, declaraciones, actas finales, pactos, ‘modus vivendi’, arreglos, compromisos, artículos adicionales, y otros ‘términos por los que se designan aquellos instrumentos que crean derechos y obligaciones por medio del acuerdo de voluntades entre sujetos de Derecho Internacional.” Extractado de Jiménez de Aréchaga, E. *Curso de Derecho Internacional público*. Centro de Estudiantes de Derecho. Vol 1 p 97-114. Montevideo. 1959. Apud Torres Bruno O. (1978: 10).

Congreso Sanitario Internacional, ya mencionado, realizado en Montevideo entre el 14 de junio y el 30 de julio de 1873).

Las cuestiones relevantes en este período, hasta fines del siglo XIX y principios del siglo XX, fueron las relativas al temor a la expansión, a través de las fronteras, de enfermedades contagiosas como la fiebre amarilla, el cólera, la peste⁷³ y la seguridad en los transportes de pasajeros por vía marítima o terrestre que podían ser sus portadores.⁷⁴ Uno de los objetivos de los convenios era uniformizar las medidas que aplicaban los países en ese sentido.

En 1905 se desarrolla en Washington la II Convención General Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, con el objetivo de “codificar las medidas destinadas a resguardar la salud pública contra la invasión y propagación de la fiebre amarilla, de la peste bubónica y del cólera” que es firmado ad referendum en Uruguay en 1907.

También se destaca la firma y ratificación de convenios sobre estupefacientes, cuestión que comienza a ser percibida como un problema de salud pública. En 1912 Uruguay adhiere a la Convención Internacional del Opio en la Primera Convención de Estupefacientes realizada en la Haya, cuyo objetivo era regular el comercio de opio, coca y derivados. En 1920 adherirá a otro convenio sobre prohibición de exportación y reexportación de estupefacientes.

Entre 1864 y 1975 Uruguay adherirá a 122 convenios internacionales,⁷⁵ de los cuales 82 serán firmados entre 1864 y 1961.

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) 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

⁷³ En 1887 entre el 25 y el 26 de noviembre en Guanabara, Río de Janeiro se firma entre Uruguay, Argentina y Brasil la Convención sanitaria y el reglamento sanitario internacional sobre enfermedades contagiosas.

⁷⁴ En el año 1904 se firma la Convención Sanitaria sobre tratamientos sanitarios en los puertos, y enfermedades endémicas entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay que caducó en 1913.

⁷⁵ La información acerca de los convenios, sus contenidos, países firmantes y referencias fue tomada de Torres Bruno, O. (1978).

partir del gobierno de Baldomir) y la creación de organismos internacionales como la OMS y la OPS después de la Segunda Guerra Mundial pudieran tener en este ámbito.

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, etcétera y otros trece convenios referidos específicamente a la forma de evitar la propagación de enfermedades transmisibles como cólera, fiebre amarilla, peste, etcétera que están íntimamente relacionados con el punto anterior.

Respecto a los convenios firmados que incluían países no fronterizos, en forma bilateral o en conjunto con más de un país, fue posible rastrear la existencia de veinticinco, siendo ocho de ellos referidos a la Cruz Roja Internacional, cinco al tema de la circulación de estupefacientes, cinco a evitar la propagación de enfermedades transmisibles, uno se refiere a la creación de organismos internacionales (Oficina de Higiene Pública de París), y sólo dos a medidas de cooperación internacional.

En esta última categoría se encuentra el Código Sanitario Panamericano que fue propuesto en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en la Habana entre el 5 y el 15 de noviembre de 1924 que se proponía “estimular y proteger con más eficacia la salud pública y aplicar medidas cooperativas internacionales”. Se tradujo en Uruguay en la Ley 8347 del 22 de octubre de 1928 y fue ratificado por todas las repúblicas americanas. El otro incluido en esta categoría se refiere al Protocolo Adicional al Código Sanitario Panamericano, surgido de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Lima entre el 12 y el 20 de octubre de 1927 y trata de la revisión y sugerencias sobre modificaciones al Código Sanitario Panamericano.

En el 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: UNRRA, 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).

Se ha destacado este segundo período, al cual se brindará mayor relevancia, considerando apropiada su delimitación en el entendido que, como se estudió en el presente capítulo se produce en el Uruguay la consolidación de una política panamericanista, se crean y consolidan a escala mundial organismos internacionales en el área de la salud y otros de relevante injerencia para la estandarización de medidas sanitarias, y se va ampliando paulatinamente su alcance en el mundo occidental.

Se coloca como hito final del período el año 1961 por dos razones fundamentales: porque coincide con el período de estudio de la investigación y porque en ese año se produce en Punta del Este la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) al nivel ministerial, donde se aprueba el Plan Decenal de Salud Pública y Recomendaciones sobre prevención de las enfermedades y la defensa y recuperación de la salud, en el marco de la denominada Alianza para el Progreso. Este evento, por sus características peculiares no será abordado en el presente estudio, pero se entiende que representa un asunto a profundizar en futuras investigaciones, dada la influencia que el modelo desarrollista tuvo en los países latinoamericanos, y cuyo discurso afectó directamente al Servicio Social.⁷⁶

A través del análisis de los tratados firmados en este período, además de relevar la marcada influencia de los organismos internacionales que se fueron creando después de la Segunda Guerra Mundial, se ha destacado una inflexión en los asuntos de que tratan.

⁷⁶ Al respecto reflexiona Manrique Castro, M. (1982: 155) “la realización de planes de gobierno de nítida orientación desarrollista (anidó) también en su interior la realización profesional del Trabajo Social en la medida que numerosos gobiernos pasaron a compartir también el lenguaje de las reformas sociales. En los foros internacionales del continente –entre los que Punta del Este tuvo crucial importancia– se escuchaba una concordancia mayor sobre la necesidad de poner en práctica reformas”.

Figuran cuatro acuerdos referidos a la Cruz Roja Internacional y a la Convención de Ginebra en cuanto a la protección de las víctimas de la guerra; dos relativos al tratamiento del tema de los estupefacientes a nivel internacional y siete que dan cuenta de la preocupación de los países fronterizos con Uruguay sobre el tema de las enfermedades transmisibles. En este momento histórico adquieren mayor importancia aquellos convenios firmados bajo la órbita de los organismos internacionales ya citados, que ascienden a 21, ya sea en forma bilateral o abarcando a su vez a otros países dentro de ese entorno. Estos convenios se refieren fundamentalmente a medidas de cooperación internacional en diferentes temas, teniendo como telón de fondo la preocupación por la implementación de estrategias dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Otro tipo de convenios dentro de este grupo hace referencia a la estandarización en el mecanismo de fijar la nomenclatura de las enfermedades y causas de muerte, y aquellos orientados a la implantación de reglamentos sanitarios internacionales.

Se puntualizarán seguidamente algunos de los tratados más relevantes desde la perspectiva de este estudio.

Se destaca en 1948 la firma del Acuerdo Sanitario Panamericano y Protocolo adjunto entre Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay, surgido de la Primera Reunión Regional Sanitaria Panamericana realizada en Montevideo que trataba sobre medidas preventivas permanentes acerca de problemas epidemiológicos relativos al paludismo, la viruela, la fiebre amarilla, la peste, el tracoma, la hidatidosis, la rabia, y enfermedades venéreas. La iniciativa de esta reunión correspondió a Paraguay.

En 1954 Uruguay, a través del MSP, firma un convenio con la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) dirigido a la creación de un plan tripartito de operaciones para instaurar un Programa de Salud Pública Rural (PSPR) “con el fin de hacer llegar al mayor número de personas de las comunidades rurales del país los servicios de salud pública que satisfagan las necesidades básicas sanitario

asistenciales de este importante sector de la población”. Posteriormente, en 1965, en la órbita de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Ministerio de Salud Pública firma un convenio de extensión del servicio de salud pública rural con el objetivo de planificar las acciones de salud tomando como referencia la Carta de Punta del Este.

Este programa abarcó los departamentos de Artigas, Tacuarembó, Salto, Durazno y Rivera. Los problemas sanitarios que pretendía abordar se referían a la alta mortalidad infantil,⁷⁷ frecuencia de enfermedades infecciosas e insuficiente higiene ambiental. También desarrolló campañas intensivas de educación sanitaria y vacunaciones.

Los organismos que realizaron acuerdos con el MSP bajo esa órbita fueron: OSE, Instituto Geológico Uruguayo, y los consejos departamentales. UNICEF proporcionó equipos y suministros por valor de 30.000 dólares para establecer la red de los centros rurales. La OMS quedó encargada de la asesoría técnica, comprometiéndose a dar becas en el extranjero para el personal. En 1957 el PSPR recibía 100.500 dólares destinados a proporcionar el material importado necesario para la construcción de 15.000 letrinas, y la perforación de 200 pozos de agua potable.

Aunque en el presente estudio no se abordará en profundidad la instalación de servicios de salud en el interior del país y su relación con el Servicio Social, se entiende que es un capítulo de interés que podría ser abordado en investigaciones posteriores.

Por su parte, en 1955, se firma un acuerdo entre Uruguay y Estados Unidos, en particular entre el MSP y la International Cooperative Alliance (ICA) Cooperating Agency sobre sistemas de servicios de salud pública con el objetivo de implantar en Uruguay un sistema completo y moderno de servicios de salud pública.

En 1956 otro acuerdo entre Uruguay y el Fondo de las Naciones Unidas

⁷⁷ Se debe recordar que la tasa de mortalidad infantil en 1947 era del 67.73 por mil y en 1952 de 51.02 (datos del departamento de Estadística Vital del MSP).

para la Infancia (UNICEF) hace referencia a la ayuda de este organismo internacional en beneficio de los niños y adolescentes, de las mujeres embarazadas y lactantes. Fue aprobado como ley 13.686, recién en setiembre de 1968.

ii) El convenio que dio origen al SCISP en Uruguay

En el contexto de tres procesos que se superponen y se influyen mutuamente: la consolidación de la política panamericanista bajo la hegemonía de Estados Unidos; la instalación del modelo preventivista en el campo de la salud, y la creación de organismos internacionales en dicha área, es que tienen sus orígenes los centros de salud que, como lugares institucionalmente abocados a las tareas de prevención y promoción de la salud, han tenido una influencia importante en el proceso de institucionalización del Servicio Social en 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).

Saralegui (1958: 165) afirma, dando indicios de su apoyo a esta estrategia sanitaria, que

“el alevoso ataque japonés a la base de Pearl Harbor conmovió a toda América y determinó la realización de la Tercera Reunión de Ministros de Relaciones Exteriores celebrada en Río de Janeiro en enero de 1942 con el objeto de poder así, movilizar mejor los recursos del continente”. “En cumplimiento de la resolución XXX aprobada en esta Reunión de Cancilleres, es que se crearon y pusieron en marcha en casi todas las repúblicas americanas los planes cooperativos interamericanos de salud y sanidad. Con este plan, al tiempo que se trataba de mejorar las condiciones

sanitarias de América Latina, etapa indispensable para aumentar su bienestar y rendimiento en esa emergencia, se daba objetividad a la política de 'buena vecindad' proclamada por el presidente F D Roosevelt, de los Estados Unidos." Los graves problemas que destaca se debían resolver eran: alta mortalidad general e infantil, el elevado número de enfermedades parasitarias, paludismo, etcétera.

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".⁷⁸

Los conceptos que surgen con mayor fuerza en forma asociada son los de seguridad continental y de bienestar de los pueblos a partir del reforzamiento de estrategias de prevención en salud.

"A través de múltiples conferencias y convenios e instituciones se fueron desarrollando el concepto y la acción sanitaria internacional, gracias a la acción de hombres de buena voluntad, héroes de esta historia sin fronteras, que no sólo han luchado por el mejoramiento de la salud y el abatimiento de la enfermedad, sino que con su labor técnica y por su actuación diplomática sanitaria han logrado no sólo aumentar el bienestar físico y mental de los pueblos, sino que han contribuido a su acercamiento, mejor comprensión, y afianzado la paz entre ellos" (SARALEGUI, J. 1958: 121).

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública fue creado en nuestro país por un convenio concluido el 18 de noviembre de 1943, entre el general George C. Dunham, en representación del Instituto de Asuntos Interamericanos de los Estados Unidos de Norte América y el ministro de Salud

⁷⁸Revista *Salud*. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias Nos. 4 y 5. Noviembre - diciembre de 1953: 2.

Pública, Dr Mattiauda, en representación de la República Oriental del Uruguay. El acuerdo fue ratificado por ley del 15 de setiembre de 1944, y autorizaba la contribución del Poder Ejecutivo para la integración de un fondo destinado a hacer efectiva la cooperación, en materia de salud pública, conjuntamente con el aporte del gobierno de Estados Unidos realizado por intermedio del Instituto de Asuntos Interamericanos. Un decreto del Poder Ejecutivo (No. 9266) de 14 de noviembre de 1944 reglamentó el plan de Higiene y Salud Pública en el aspecto técnico administrativo.

En 1946 las cámaras aprobaron su renovación hasta diciembre de 1947; posteriormente se extiende hasta el 30 de junio de 1949 y así sucesivamente hasta 1956 año en que pasó en su totalidad y definitivamente al Ministerio de Salud Pública con la denominación de Departamento de Unidades Sanitarias.⁷⁹

El Instituto de Asuntos Interamericanos fue el organismo con el cual se firmó este convenio. Según Saralegui (1958) “impuesto por las exigencias de la guerra”, alrededor de 1939 se había creado en Estados Unidos la Oficina del Coordinador (que más tarde se llamó Instituto de Asuntos Interamericanos) dependiente del gobierno de Estados Unidos “con el objeto de administrar un extenso plan de cooperación para estrechar y hacer más amistosas las relaciones entre los Estados Unidos y las repúblicas americanas”. La ley le confiere la función de “estrechar los lazos de amistad y entendimiento entre los pueblos de las repúblicas americanas colaborando con sus gobiernos en planes y obras técnicas en materia de salud pública, saneamiento, agricultura, educación, y ramas afines”. El Instituto de Asuntos Interamericanos actuaba en los diferentes países mediante las denominadas Misiones de Operaciones. Los planes que resultaban de convenios bilaterales se debían ajustar a cinco puntos: el primero consistía en la firma de Convenios básicos entre el gobierno de los Estados Unidos y los de los países interesados y se concertaban entre el embajador de los Estados Unidos y el ministro de Relaciones Internacionales correspondiente. El plazo en general era de tres a cinco años, pero habitualmente se extendían a diez. El segundo punto se refiere a que el Servicio Cooperativo resultante se estableciera en el Ministerio de Salud u otro según el

⁷⁹ Revista *Salud*. Organó del MSP. Publicación del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Tomo IV. Noviembre - diciembre de 1947: 2.

tipo de plan a desarrollar. El director debía ser generalmente el jefe de la misión que enviaba el Instituto al país y debía preparar junto al ministro correspondiente un plan detallado. En tercer lugar, los planes se financiaban a partir de aportes del instituto y del gobierno local que iban variando en su proporcionalidad a lo largo del tiempo. Los gastos de personal del Instituto correrían por cuenta del Instituto. En cuarto lugar, los convenios se realizaban sobre proyectos donde se estudiaban los detalles administrativos y técnicos, y por último los convenios de culminación, que eran firmados entre el Instituto y el Ministerio correspondiente.

Según los datos recopilados a través de la investigación (Saralegui, J. 1958) desde 1942 los servicios cooperativos realizaron una amplia labor en el campo de la sanidad en las 18 repúblicas americanas. A fines de 1948 se habían desarrollado 1940 proyectos (1300 a término) con los cuales estima que se beneficiaron 23 millones de personas. Se pusieron en servicio 107 centros de salud, se construyeron o reconstruyeron 86 hospitales y se cumplieron numerosos programas de saneamiento. El Instituto concedió 1200 becas de estudio para Estados Unidos y más de 7500 personas recibieron instrucción en sus propios países.

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. En agricultura la contribución del Instituto fue de 5.761.000 dólares, y los gobiernos americanos aportaron 5.019.000 dólares. En Educación el aporte del Instituto fue de 3.663.000 y el de los gobiernos de 3.490.000 dólares. En general el Instituto participó en dichos planes con la suma de 63.456.000 y los gobiernos americanos con 55.722.000 dólares hacia 1950.

El autor advierte que el gobierno americano “ha sido generoso” en sus aportes, y que los servicios cooperativos por su organización y recursos han sido dinámicos en sus proyectos.

A partir del análisis de estos datos se puede observar que fue en el área de la salud donde se atribuyó 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 merece 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, como se estudió, consideraba en forma intrincada los elementos de la seguridad y el bienestar.

En un informe del Dr. George G Dunham, que es reproducido en el Boletín *Salud*, Organó del MSP, publicado mensualmente por el SCISP, de fecha agosto de 1944,⁸⁰ (y donde aparece como lema en letra destacada 'más vale prevenir que curar'), se evalúa la marcha del programa continental de salud y saneamiento surgido de la conferencia de Cancilleres de 1942. En la introducción se destaca que dicho programa, "está destinado no solamente a atender las necesidades momentáneas de la guerra, sino también a sentar las bases permanentes de una vida más feliz y saludable para las poblaciones del continente americano".

A pesar de lo extenso de la cita consideramos de interés reproducir textualmente sus palabras:

"En los demás países del continente americano, millares de trabajadores están activamente empeñados en la producción de cobre, manganeso, plomo, goma, fibras, quinina, maderas y otras materias importantes para la conducción de la guerra. Lo significativo es lo que las gráficas de la producción señalan en materia de aumento. Con las restricciones que pesan en tiempo de guerra sobre las estadísticas de producción, esas gráficas no pueden ser publicadas. Tras las curvas de producción se desarrolla una emocionante historia de trabajo humano. Y quienes se multiplican en esfuerzos para mantener a esos hombres en estado de salud y felices son los médicos y los ingenieros sanitarios. Para el germen de las enfermedades, para el mosquito inoculador del paludismo, el hombre constituye siempre una presa codiciada, especialmente cuando se congrega

⁸⁰ Este artículo fue traducido del Boletín del Servicio Especial de Salud Pública del Brasil. Nº 9. Mayo de 1944, por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública en el Uruguay, dependiente del Ministerio de Salud Pública y publicado en el boletín *Salud*. Organó del MSP. Publicación mensual del SCISP. Agosto de 1944. P. 7. Tomo 1. Nº 5.

en gran número y descubre nuevos medios para trasladarse de un lado a otro rápidamente y para ampliar sus contactos sociales. Así, en la producción compleja exigida por la guerra total, la permanente vigilancia contra la enfermedad constituye el precio obligado de la salud, como lo es de la libertad.”

Tras estas palabras, que desentrañan el objetivo último del plan, reconoce que este principio fue admitido en la Conferencia de 1942

“en medio de las más apremiantes necesidades jamás suscitadas al desenvolvimiento de las nuevas fuentes de materias primas estratégicas del Hemisferio Occidental. Los planes de los Estados Unidos en el sentido de un vasto incremento en la producción de material de guerra, implicaban una intensa búsqueda de materias primas. Además, la captura de las fuentes productoras de estaño, goma, quinina, fibras y otras materias primas vitales, por los japoneses, en el Extremo Oriente, obligaba a los Estados Unidos a dirigirse hacia otros países del Continente, en busca de las que les iban faltando”. Entre las materias que enumera que América Latina puede proveer a la industria norteamericana coloca la lana y los cueros de Uruguay.

Bajo el subtítulo de ‘La salud pública y el desarrollo de la industria’ en el mismo informe (Ibid: p. 12) se une el desarrollo de los nuevos sistemas de salud preventiva con el desarrollo industrial y de la economía:

“De la complejidad de los problemas de desarrollo en tiempo de guerra, las Américas extraerán preciosas lecciones de cooperación. Esto se aplica a la salud pública tanto como a los demás aspectos del plan establecido en Río de Janeiro. (...) Los Estados Unidos a través de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, consideraron necesario crear un organismo cooperativo como canal para la colaboración con las demás Américas en los proyectos de salud pública y de abastecimiento de víveres en tiempos de guerra. Esa entidad es el Instituto de Asuntos Interamericanos.” Por último afirma que este esquema se lleva adelante a través de los SCISP, y plantea los beneficios del

intercambio de técnicos y especialistas entre los diferentes países, teniendo en cuenta que en 1944 trabajaban en el plan más de 13.000 personas.

En Uruguay, con respecto a su organización, se estableció que el SCISP constituiría una entidad autónoma, dentro del Ministerio de Salud Pública, pero subordinada en todos sus aspectos a ese ministerio. Un médico, enviado a Uruguay por el Instituto fue designado director del SCISP y representó a la División Salud y Sanidad del Instituto de Asuntos Interamericanos en el desarrollo del convenio dependiendo además del MSP.

En una primera etapa el gobierno de Estados Unidos contribuyó con 500.000 dólares y Uruguay con 100.000. Posteriores aportes extendieron la acción del SCISP.

El primer director del SCISP, designado por el Instituto de Asuntos Interamericanos en 1943 fue el ya nombrado doctor Pascual F Lucchesi. El 4 de enero de 1944 el doctor Rafael Schiaffino, director de la División Higiene del MSP y profesor de Higiene de la Facultad de Medicina fue designado representante del Ministerio en el SCISP.

El 31 de diciembre de 1944 el personal de SCIPS ascendía a 127 empleados de los cuales cinco pertenecían a la misión enviada por el Instituto de Asuntos Interamericanos. En el año 1956 el Uruguay se hizo cargo de los diversos servicios dependientes del SCIPS. En la ley presupuestal de 1957 se creó el Departamento de Unidades Sanitarias que pasó a abarcar todos los centros de salud.

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: 167)

Se construyeron en Uruguay cinco centros de salud. 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.

Las mismas fuentes indican que “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”. Se destaca, por otra parte, la organización de diversos cursos de visitadoras sanitarias y la preocupación por enviar becados para cursos de perfeccionamiento a Estados Unidos y otros países de América.

En 1957 se evaluaba que, luego de 13 años, esta acción podía considerarse beneficiosa, tomándose como indicadores la contribución al mejoramiento de los índices de morbilidad y mortalidad, en función de la aplicación de las modernas técnicas de la medicina preventiva aplicadas al Uruguay y del acercamiento entre las naciones contratantes del convenio.

En la carta del convenio básico⁸¹ bilateral firmado entre Uruguay y Estados Unidos en 1943 se hace referencia a una nota dirigida por el secretario de Estado interino de USA al embajador de Uruguay en USA fechada el 1 de octubre de 1943, a la respuesta de éste y a la resolución XXX aprobada en la Tercera Reunión de Cancilleres de las Repúblicas Americanas, de enero de 1942. En ella se establece que se facilita la suma de 500.000 dólares como aporte del Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI), que serán combinados con 100.000 aportados por Uruguay. Desde el punto de vista institucional, en el convenio se establece la creación en la órbita del MSP de un servicio especial que se designará con el nombre de Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, al cual le es asignada la responsabilidad por la ejecución del

⁸¹ La información relativa a los convenios, ampliaciones, leyes y decretos aprobados fue tomada de Saralegui, J, 1958.

programa. Se prevé su estatus como entidad separada dentro del MSP, no obstante subordinada a éste. El IAI contribuiría con un grupo de técnicos cuyo jefe de misión técnica sería “el representante con todos los poderes legales para actuar en nombre de la División Salud y Sanidad del IAI”. Se propone también que el jefe de la misión de la División Salud y Sanidad del Instituto de Asuntos Interamericanos sea designado por algún funcionario competente del Uruguay como director del SCISP con funciones de contralor de gastos y administración en general.

El director del SCISP podía elegir, nombrar o despedir a los funcionarios y fijar sus sueldos o traslados, y su remuneración dependía de fondos propios. Se indica en el convenio que “al finalizar este acuerdo todos los bienes raíces y muebles del SCISP quedarán en la propiedad del gobierno uruguayo”.

En la carta enviada⁸² por el ministro de Salud Pública de Uruguay, doctor L. Mattiauda, en respuesta a la primera se acepta la creación del SCISP en el MSP como responsable de la ejecución del programa. Se acepta también la recomendación de nombrar al jefe de misión enviado por el IAI como director del SCISP. El MSP podía designar a su costo algunos funcionarios para integrar la Junta de Técnicos y toda ella estaría subordinada al MSP. La naturaleza y extensión de cada proyecto y la distribución de los fondos para su ejecución serían determinadas por el ministro de Salud Pública con el acuerdo del médico Técnico Director en su capacidad como representante de la División de Salud y Sanidad del Instituto de Asuntos Interamericanos para los Estados Unidos. El aporte del gobierno uruguayo consistiría en el dinero, personal y equipos. Los sueldos del personal serían pagados con los fondos del SCISP. Coloca como posible restricción de los aportes al tema de la guerra, ya que condiciona el aporte de cualquier equipo, provisiones o materiales a las necesidades “del esfuerzo de guerra”

Por su parte, la ley del 15 de setiembre de 1944 autoriza “la contribución del Poder Ejecutivo para la integración de un fondo destinado a hacer efectiva la cooperación establecida en materia sanitaria, conjuntamente con el aporte del gobierno de Estados Unidos de Norteamérica prestada por intermedio del

Instituto de Asuntos Interamericanos”. Se autoriza al Poder Ejecutivo a destinar el equivalente de hasta 100.000 dólares por concepto de aporte del MSP al SCISP de acuerdo a los convenios celebrados.

Posteriormente el decreto No 9266 de 14 de noviembre de 1944 firmado por Amézaga, Mattiauda y Serrato, reglamenta la forma de hacer efectiva la cooperación. Inserta esta iniciativa en un Plan de Higiene y Salud Pública que se encomienda al SCISP. Se establece que habrá técnicos que pagará el IAI y otros que pagará el MSP, de acuerdo a las necesidades que cada uno pretenda cubrir. Se trabajará sobre la base de ‘proyectos’ y las decisiones en general serán tomadas por el ministro de Salud Pública en acuerdo con el Médico Director Técnico en su carácter de representante del Instituto de Asuntos Interamericanos.

En el Mensaje y proyecto de ley del Poder Ejecutivo del 3 de setiembre 1951 se solicita una prórroga hasta el 30 de junio de 1954 del convenio de 1943. La última ratificación y extensión había sido del 13 de enero de 1949 y decreto del Poder Ejecutivo del 27 de julio de 1949.

En este informe se hace referencia en forma elogiosa a las actividades sanitarias a las que ha dado lugar el convenio: la ejecución de encuestas o censos antes de iniciar los trabajos y la reorganización del departamento de Estadísticas de Salud Pública. Del mismo modo,

“se ha continuado con la política de formar el mayor número posible de técnicos uruguayos en las materias afines a la sanidad y salubridad. Es así que hasta ahora han realizado seis cursos para la formación de visitadoras sanitaristas en Montevideo y en las ciudades del interior donde tienen asiento los centros de salud del SCISP, habiendo obtenido hasta ahora la promoción setenta y dos visitadoras sanitaristas. Además han sido becados al extranjero treinta y cuatro técnicos por el SCISP o por el Instituto de Asuntos Interamericanos, incluidos médicos, ingenieros, nurses y estadígrafos (...).” Más de cincuenta fueron los técnicos

⁸² Convenio Básico. Carta No. 2 E No. 085740

que llegaron a Uruguay para asesoramiento en ayuda técnica extraordinaria del IAI.

La labor de los centros de salud se resume así en el mensaje del Poder Ejecutivo: canalización en una dirección de los esfuerzos en medicina preventiva; despiste “de los enfermos y portadores de gérmenes y focos que pueden provocar contagios o contaminaciones, a fin de evitar la iniciación de epidemias”; atraer incluso a ‘los sanos’ para practicarles revisiones periódicas en las clínicas de medicina preventiva “y aconsejarles por medio de las visitas domiciliarias de nurses o visitadoras sanitarias, sistemas de vida adecuados para la conservación y mejoramiento de la salud”; y por último “vigilancia de las condiciones vitales del núcleo poblado (...) esencialmente dirigida hacia la higiene materno infantil, y en todos los aspectos sanitarios y sociales que tengan relación con la prevención de las enfermedades y fomento de un estado de salud y bienestar personal.”

El mensaje expresa en cierta forma el prestigio generado por los centros de salud en la población, con especial incidencia en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades como disentería, fiebre tifoidea, viruela, tuberculosis, difteria, etcétera. Se destaca también la participación del SCISP en la puesta en funciones de la Escuela Universitaria de Enfermería.

El Poder Ejecutivo plantea que si bien se ha avanzado en la consolidación del SCISP en el país, “no se ha alcanzado la madurez necesaria que le permita desligarse completamente de su actual dirección y vigilancia técnica” y por tanto se solicitan los fondos al Poder Legislativo para poder concretar la prórroga del convenio hasta el 30 de junio de 1954.

En ese contexto se hace también mención a los fondos que se requerirán para continuar con el acuerdo que corresponden ya en ese entonces a una proporción mayor actualmente al Uruguay en comparación con los del IAI.

Posteriormente el Senado y la Cámara de Representantes autorizan al

Poder Ejecutivo la prórroga del convenio hasta el 30 de junio de 1954, facultándole a destinar de Rentas Generales el equivalente a un millón de dólares por concepto de aporte de Uruguay al SCISP. Será dividida en cuatro anualidades de 250.000 dólares cada vez que el IAI a nombre del gobierno de Estados Unidos liberara 50.000 dólares correspondientes a cada año.

En el Acuerdo de Terminación firmado por Julio César Estrella como ministro de Salud Pública y por el IAI por John C Hall el 16 de enero de 1956 se establece que el convenio fue cumplido a satisfacción de ambas partes. Uruguay aportó en total con todas las prórrogas y extensiones: 1.874.122.44 dólares. También ha contribuido con otros valores y servicios por valor de 1.087.916 pesos.

El IAI ha contribuido con 893.638.32 dólares y ha puesto a disposición los servicios de especialistas. Todos los bienes a partir de ese momento serían considerados propiedad de Uruguay.

Mariño (1968: 74) analiza el funcionamiento de los centros de salud en un capítulo destinado a la medicina preventiva destacando que fueron actividades demostrativas de las excelencias del nuevo sistema médico preventivo y social “por el que se pudo obtener una exacta y permanente coordinación de todas las actividades de medicina preventiva bajo una sola dirección que, actuando en cada zona de operaciones, pudo llegar a una perfecta adaptación del programa a los problemas y las circunstancias de cada lugar.” Mariño continúa con la descripción de este proceso:

“Los centros de salud se ubicaron y funcionaron en zonas sanitarias estratégicas del país, uno por cada zona. El director del centro de salud era el encargado de controlar y coordinar todas las actividades sanitarias del lugar, asistido por las nurses y visitadoras sanitarias, los médicos especializados, los inspectores sanitarios y otro personal auxiliar.”

Del plan general de actividades de los centros de salud destaca: censos sanitarios y familiares en las distintas ciudades; programa materno infantil para la atención de la embarazada y el niño; educación sanitaria, pública, extensa y

continúa por todos los medios difusores (prensa, radio, cine, conferencias, afiches, folletos), cursos de higiene para maestros, visitas domiciliarias de las nurses y visitadoras sanitarias; programas especiales de control de las enfermedades transmisibles, incluyendo investigaciones epidemiológicas; programa de vacunaciones en todo el país; investigaciones sobre salud pública, ayuda técnica.

Fue entonces en 1956 que dejó de tener vigencia el acuerdo firmado en 1943; de todas formas quedó instalada en el país una fuerte red institucional que sirvió como mecanismo de control de la población que se incluía en sus programas. Se puede decir que en el transcurso de la implementación del programa se fue constituyendo un dispositivo de control que permitió extender la mirada médica minuciosamente a vastos sectores de la población, apelando como fundamento a dos órdenes de argumentos: (i) la salud como criterio omnicomprendido, en el sentido de que ya no sólo se refería a la cura sino también a la prevención de las enfermedades y a todo aquello que afectara el “bienestar físico, psíquico y social”, y (ii) la concepción del bienestar como algo ligado al avance de la sociedad en la superación de una serie de problemas no inmediatamente sanitarios que comenzaron a ser vinculados al valor de la seguridad continental.

En el próximo punto se analizará qué lugar ocupó el Servicio Social como profesión en estos centros de salud y cómo se relacionó con otras profesiones en este campo, tomando fundamentalmente como fuentes los boletines editados en los centros de salud en la época y los testimonios de Asistentes Sociales que se desempeñaron en esa área.

2.4.2 El lugar del Servicio Social en el área de la salud

i) “Buscando un lugarcito”

El presente capítulo está orientado a la reconstrucción de las funciones y del rol del Servicio Social en el período que transcurre entre la creación de los primeros centros de salud y el año 1960 en el campo de la salud. Además de tomar como insumo las categorías que se trabajaron en el capítulo anterior, se

usarán referencias a otros ámbitos asistenciales que presentaban una trayectoria anterior, como sería el caso de los dispensarios de la Lucha Antituberculosa.

El análisis de la información apunta a la reconstrucción de las imágenes sociales presentes en esos ámbitos sobre las problemáticas consideradas más relevantes desde el punto de vista socio-sanitario, así como las definiciones institucionales que trazaban el perfil de los mandatos⁸³ que recibían las profesionales del servicio social.

Durante el proceso de la investigación se ha podido percibir que bajo el discurso de la prevención de la salud se fue abriendo un campo que fue ocupado por profesiones nuevas o en proceso de institucionalización como el propio Servicio Social: estadígrafos, nurses sanitaristas, higienistas, etcétera. Ese proceso se llevó a cabo no sin conflictos ya que había tareas y funciones que no estaban claramente asignadas ni distribuidas. No lo estaban para los propios profesionales pero tampoco lo estaban en el campo institucional. En ese sentido un ejemplo lo constituye el papel central que desempeñaba en los centros de salud la llamada indistintamente nurse sanitarista, visitadora sanitarista o enfermera sanitarista, tal como se estudiará en el presente capítulo.

En este punto se han tomado los boletines mensuales *Salud* publicados entre agosto de 1953 (en que se editó el primer número) y abril de 1955 como fuente principal de información. Se trata de una publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias, cuyo comité de redacción estaba integrado por, entre otros, el director del centro de salud, el doctor Luciano Martínez como asesor técnico, apareciendo como colaboradores la Comisión de Fomento Edificio Social del Cerrito, Comisión de Fomento Aires Puros, Comisión del Barrio Municipal de Instrucciones, y Comisiones de Fomento de las Escuelas Públicas del Distrito. También fueron consultados los boletines *Salud. Organó del Ministerio de Salud Pública*, publicado mensualmente por el SCISP cuyo primer número se editó en

⁸³ Se utilizará en este trabajo la acepción que de este término da Hughes (71: 287 y ss): "El mandato (...) se deriva de la identidad y solidaridad del cuerpo profesional que abarca las personas con el mismo título o licencia. Consiste en la definición de derechos y deberes en la relación con los clientes e incluso en la confirmación de un cierto 'espíritu' o mentalidad de cuerpo. (...) y se materializa en un código de ética, unos estatutos profesionales." (HUGHES *Apud* MORENO, JM; DE MIGUEL, A, 1982).

1944.

En el mismo sentido, y como forma de reconstruir esas funciones y ese rol del Servicio Social a través de la historia oral, se recurrió a testimonios, por un lado, de la primera asistente social que trabajó en el centro de salud del Cerrito de la Victoria,⁸⁴ por otro, para intentar visualizar las continuidades, discontinuidades y conflictos, a los de la única visitadora social que se pudo entrevistar⁸⁵ durante la investigación, y a los de una asistente social que fue egresada de la Escuela de Servicio Social del MSP⁸⁶ que trabajó en el campo de la salud pero en la Liga de la Lucha contra la Tuberculosis, que era un ámbito donde el Servicio Social tenía una trayectoria anterior, entre otros.

Como se ha estudiado en el presente capítulo las estrategias que tuvieron que ver con la prevención de la salud en el período considerado, están intrínsecamente asociadas con la concepción de la salud como “un completo estado de bienestar...” la cual permitió que se abriera un espacio social que validaba la intervención en áreas cada vez más amplias de la sociedad en su nombre.

Si se observan las áreas que se consideran propias de la medicina preventiva, en las publicaciones relevadas se puede apreciar la amplitud de su definición: educación sanitaria, estadística, control y profilaxis de enfermedades transmisibles (en especial tuberculosis y enfermedades venéreas), higiene materna e infantil, “visitación al hogar”, “vigilancia y mejoramiento de la salubridad del distrito sanitario”, vacunaciones, higiene escolar, higiene de los alimentos, higiene industrial, nutrición, higiene dental, higiene ambiental, laboratorio de análisis clínicos y radiología.

⁸⁴ Nacida en 1930, esta asistente social ingresó en la Escuela de Servicio Social del Uruguay en el año 1946 y realizó la práctica de tercer año en el centro de salud del Cerrito de la Victoria en 1949. Obtuvo el título de asistente social en 1950 y en 1953 ganó una beca de estudios de la ONU en Estados Unidos. Cuando regresó, en 1954, fue contratada en dicho centro por el SCISP; trabajó allí hasta 1956. También obtuvo un pase en comisión a la Escuela de Servicio Social del MSP donde desarrolló su actividad como docente supervisora de Grupo de estudiantes de Servicio Social que realizaban la práctica en dicho centro de salud.

⁸⁵ Se trata de una visitadora social que inició sus estudios en la primera Escuela de Sanidad y Servicio Social del MSP, en 1941 o 1942 después de recibirse de maestra. Obtuvo el título de visitadora social que luego fue revalidado por el de asistente social universitaria. Obtuvo su cargo por concurso primeramente en el Consejo del Niño (en una Gota de Leche en la zona del Cerrito de la Victoria) y en el Hospital Vilardebó. Fue docente del Instituto Normal y del Instituto Magisterial Superior.

⁸⁶ Nacida en 1931, Asistente social egresada de la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública en el año 1959. Hizo la práctica de tercer año en el Hospital Pedro Visca. Trabajó como contratada en la Lucha Antituberculosa, y como interina en un dispensario del MSP, hacia fines de la década de 1950. Pasó en comisión a la Escuela de Servicio Social del MSP como docente.

Esta ampliación del campo de la salud encuentra en la familia un espacio privilegiado para la construcción y reafirmación de referencias morales e higiénicas, lo que la convierte en objeto de múltiples formas de intervención política y técnica, ya que:

“hoy día se reconoce como un derecho fundamental la salud del individuo. Las autoridades tienen la obligación de velar por la salud de sus habitantes, es decir que se ha superado la etapa defensiva frente a la enfermedad y se procura incrementar la salud, de emprender una ofensiva no sólo contra las dolencias físicas, sino también contra las enfermedades de la mente y la mala adaptación social (...), teniendo como norte defender y mejorar la salud de la colectividad en que actúa, haciendo la vigilancia sanitaria integral de su unidad social que es la familia”.⁸⁷

La focalización de la familia parece haberse apoyado en dos clases de fundamentos. Uno de ellos estaría vinculado a la reafirmación de la figura de la ‘madre’ como responsable por la crianza de sus hijos, y por lo tanto depositaria de los esfuerzos educativos que ‘se expandían’ desde el centro de salud. En ese sentido,

“la necesidad de los conocimientos de higiene infantil surge del hecho constatado en todas partes del gran número de niños que mueren por causas evitables, por ignorancia de los cuidados más elementales de parte de la mayoría de las madres. (...) La madre debe saber cuándo recurrir a la ciencia”.⁸⁸

El segundo tipo de fundamento de la focalización de la familia consistiría en un correlato poblacional del primero, definido en términos epidemiológicos: se trata del nacimiento de una preocupación por primera vez profundamente política con respecto a la mortalidad infantil. De manera creciente gana adeptos la idea de que “el grado de adelanto de un pueblo se mide por su índice de mortalidad infantil”. No es posible olvidar que Uruguay mantenía muy altos

⁸⁷ Extractado de la revista *Salud*. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. Noviembre y diciembre de 1953. Año I Nos. 4 y 5.

⁸⁸ Extractado de la revista *Salud*. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. Agosto de 1954. P. 2. No 13.

índices de mortalidad infantil, en comparación con otros países, incluso de América Latina, a pesar de su adelanto en otras áreas: era de 50,9 por mil nacidos vivos en 1950.⁸⁹ Esa percepción de la mortalidad infantil como marca de distinción de cada sociedad se ha mantenido bastante intacta hasta el presente, al punto de haber impulsado, en períodos recientes, transformaciones importantes en las políticas y programas de salud dirigidos a los sectores de población en situación de pobreza en el medio urbano (MITJAVILA, 1999).

Se ampliaba de esta forma el campo de intervención en lo social, principalmente a través del desarrollo de las denominadas *actividades técnico-sociales*, que marcan las funciones esperadas respecto del Servicio Social, entre las cuales se destaca la Obra Social. Esta se describe como una actividad "que está a cargo de una visitadora social y que tiene la responsabilidad directa en todos los problemas sociales y jurídicos (regularización de uniones ilegítimas, inscripciones tardías, pensiones de invalidez, y de la Comisión Honoraria Antituberculosa, adopciones, rectificaciones de partidas, trámites de obtención de beneficios varios en agencias públicas y privadas, etc.)."

Ya desde el punto de vista institucional se marca una ambigüedad en el estatus y en las funciones adjudicadas a las profesiones que estaban en un proceso de institucionalización ya que, al mismo tiempo, se señala que el hecho de que exista una sección especializada en Servicio Social, "no significa que el resto del personal y en especial las enfermeras sanitarias en su polivalencia hayan segregado este aspecto, sino que el volumen de trabajo obliga a abordarlo con la amplitud que él requiere para el mayor ajuste familiar."⁹⁰

No se encuentra aquí un reconocimiento institucional de cierta clase de monopolio o competencias exclusivas de las visitadoras sociales. Por el contrario, sea debido a una aun tímida especialización funcional, sea debido a una temprana percepción del carácter auxiliar o complementario de las profesiones de lo social, lo que sí se puede constatar es su carácter aun difuso y su fuerte concentración en el espacio familiar.

⁸⁹ Este dato fue obtenido de EBOLE, O. "Estudio de las estadísticas de Mortalidad, mortalidad neonatal, mortalidad infantil" In: VIDAL, L; EBOLE, O; GIORDANO, A. Estadísticas de valor sanitario en el Uruguay. Montevideo. Facultad de Medicina. Cátedra de Higiene. 1953.

⁹⁰ Extractado de la revista *Salud*. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. Noviembre y diciembre de 1953. Nº 4 y 5.

Esa relevancia atribuida a la familia como campo de actuación de diversos agentes sociales establece de alguna forma los contornos dentro de los cuales los comportamientos individuales son controlados a través de procesos de socialización o re-socialización de algunos integrantes en los papeles familiares (fundamentalmente definidos en términos de relaciones sociales de género y entre generaciones). En ese sentido, no parece sorprendente que se incluyeran, además, entre las “actividades técnico-sociales” los cursos de economía doméstica: alimentación y nutrición y los de corte y confección que se dictaban en los propios centros de salud.

La visión de la problemática familiar que debía abordar el Servicio Social, que se recupera a través de los testimonios recogidos (fundamentalmente de la primera asistente social que trabajó en el Centro de Salud del Cerrito), coincide con los planteados anteriormente en el sentido del reconocimiento de la existencia de *“mucho problema jurídico, inscripción tardía, cantidad, la gente no inscribía a los hijos, los tenía en las casas, había muchos problemas”*.

La justificación para que el Servicio Social debiera intervenir en esas cuestiones se encontraba por un lado, justamente, en la concepción de familia que se sustentaba, y por otro en la necesidad de diferenciarse del lugar que era ocupado por otro profesional, la visitadora sanitarista, que como se verá tenía un papel fundamental en el funcionamiento de los centros de salud.

Y es en este punto donde se plantea una de las principales inflexiones en el tema que se trata. Las visitadoras sanitaristas –cuyo origen se encuentra en las visitadoras de Higiene formadas por la Escuela del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina, que son presentadas por algunos autores como las precursoras del Servicio Social en Uruguay⁹¹– se formaban mediante un curso de especialización que brindaba el SCISP con el título de *visitadoras sanitaristas* o *nurses sanitaristas*, de las que se intenta separar la asistente social entrevistada, en tanto egresada de la ESSU, y reclamando el

⁹¹ Véanse: KRUSE, H. “En procura de nuestras raíces” In: Cuadernos de Trabajo Social Nº 3. Montevideo. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. 1994. Pp 87-105. KRUSE, H “70 años de los cursos de visitadoras sociales” s/e s/f. BRALICH, J. “La formación universitaria de asistentes sociales: más de seis décadas de historia”. In: Cuadernos de Trabajo Social. Nº 2. Montevideo. Universidad de la República. 1993. Pp 9-48. GERPE, N. Et all. *Elementos para un perfil profesional del trabajo social*. Perú. Ediciones CELATS. 1980.

reconocimiento de su identidad como verdadera 'asistente social'.

Como respuesta a la pregunta acerca de si en ese momento la entrevistada se veía haciendo un trabajo parecido o similar al de la nurse sanitarista se obtiene un "no" categórico. Cuando se interroga acerca de dónde ella veía las diferencias explica:

"Yo hablaba la parte social. Cómo estaba compuesta la familia, eso lo anotaba yo. Teníamos unos cartoncitos que se doblaban así, y que adentro tenían una hoja donde se llevaba toda la parte de salud y yo llevaba la parte social y entonces allí se anotaba la entrevista. (...) Nosotros detectábamos los nacimientos del Pereira Rossell, en ese momento estaba también el Pedro Visca, los que eran de la zona del Cerrito, íbamos a visitarlos la nurse sanitarista y yo. Yo para la parte social y ella para la parte sanitaria. Ella le daba las indicaciones, cómo bañarlos, cómo manejarlos, cómo hacer pocas cosas y pocos gastos, todo económico, todo lo que podía hacer para mejorar la salud."

Y esa 'parte social' consistía en:

"Saber la composición familiar, los recursos, si le alcanzaban los ingresos familiares. Si era una familia constituida o era juntada. Había muchas, muchas (no una cantidad enorme como debe haber ahora) mujeres solas con hijos, de distinto padre, por ejemplo, porque claro, viene uno se queda unos días, le dan unos pesos y ceden para tener los pesos, para darle de comer a los otros. Bueno, así era la vida de las mujeres solas, y bueno... había que saber lo que era la vida, ¿no? Después inscripciones tardías, ¿está inscripto el niño? ¿No está inscripto? ¿Usted está inscripta? Toda esa parte jurídica. Después toda la parte de si había posibilidades de conseguirle trabajo, en algún lugar que dejara a los niños, porque había colegios católicos por la zona que recibían niños. Entonces recibían chicos, para que estuvieran mientras la madre trabajaba y después los retiraba cuando dejaba de trabajar, casi siempre eran empleadas de servicio."

Tenía tanta importancia anotar a los niños en esa época, en opinión de la entrevistada

“por la sencilla razón de que si no, no existían. Para el Estado no existían. Para los programas de salud, no se sabía si no cuántos niños eran. Eso era una cosa importante. Además de saber por ejemplo si estaban reconocidos. Eso nos ayudaba muchísimo”.

Si se observa el número de visitas domiciliarias efectuadas por los técnicos (no aparece discriminada la cifra de visitas realizada por cada una de las profesiones) que aparecen registradas en cada uno de los boletines *Salud* que fueron relevados, como parte de la denominada ‘estadística vital’ se puede valorar la relevancia que se le asignaba: así, en agosto de 1953 frente a un número de nuevas familias usuarias del centro de salud del Cerrito de 43, y de 565 exámenes médicos realizados la cifra total de visitas domiciliarias fue de 1042; en octubre de ese mismo año las visitas efectuadas fueron 846; en noviembre, frente a un total de 479 exámenes médicos realizados, las visitas realizadas ascendieron a 679; en diciembre de 1953, frente a un número de 91 nuevas familias inscritas, el número de visitas fue de 732

En realidad, no solo no se había establecido una misma identidad para el Servicio Social y para las nurses sanitaristas, sino que, además, el Servicio Social aparece muchas veces definido como un “complemento” del trabajo sanitario en general, ya sea para asegurar la mayor y mejor calidad de la información respecto de las familias que eran usuarias del centro, como para realizar una serie de trámites que aseguraran su institucionalización, que dieran garantía de que ‘existían’ para el Estado.

Pero, al mismo tiempo, ya se registra una reivindicación de la autonomía del Servicio Social en el sentido de que

“nosotros teníamos reuniones de todos los profesionales que participábamos, semanales, cada uno hablaba y sus dificultades, las manifestaba, como sus aciertos en el trabajo. (...) ahí sabían lo que era trabajar en equipo, todos sabían que cada uno tenía una profesión respetada y todos sabían cómo se hacían las reuniones y cómo se trabajaba para unir elementos, para

después salir a trabajar cada uno desde su punto profesional”.

Un elemento que, como se estudiará en el presente capítulo, surge como innovador en la práctica curricular de la Escuela de Servicio Social fundada en 1954 bajo la influencia de la ONU, fue el llamado ‘trabajo en grupo’. En ese sentido también se realizaban en el centro de salud prácticas de estudiantes de dicha escuela, de la cual la entrevistada era docente supervisora justamente en ese nivel. Al respecto los conceptos que se manejan tienen que ver con qué tenía que hacer una asistente social en un grupo:

“Era un miembro más que solamente podía orientar... Promover la participación del grupo y que se manifestara el grupo, sus necesidades sentidas y no las necesidades del orientador. O sea que eso era fundamental. O sea escuchar más que hablar. Por lo menos en las primeras reuniones. Este... La verdad es que ahora para darte otro concepto... Este es un concepto básico sine qua non porque no se puede hacer (grupo) si no se escucha. A veces no se daban cuenta de que las necesidades sentidas no eran las que ellos tenían que realizar, estaba en nosotros ver de qué manera podíamos darles elementos para que se dieran cuenta de que había otras cosas primero (...) Había una cantidad de elementos que eran primarios pero que no los veían. (...) Después se formaban grupos entre las señoras, grupos de costura, donaban máquinas de coser. Y entre ellas comentaban lo que iban a hablar en la próxima reunión. Muy bien hecho. Un barrio que nos dio muchísimo, yo aprendí mucho. Eso era más que un centro de salud. Era gente muy solidaria. (...) Por ejemplo en el centro de salud una vez hicimos con las señoras que ayudaron una barbaridad, y también con la ayuda de las damas americanas, el Club de Damas Americanas... yo me había olvidado de eso. Como era un servicio cooperativo, ellas colaboraban. Mujeres de la embajada, el agregado cultural. Colaboraban en manualidades para a fin de año regalarle a los niños, todos con nombre y apellido. Ellas iban al centro de salud a donar sus manualidades, para ayudar a los niños del barrio.”

Con una visión un tanto más crítica, que dice mucho acerca del proceso de institucionalización de la profesión hacia fines de la década de 1950, cuando ella cursaba la práctica de Grupo en la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública, en el Hospital Pedro Visca, en una clínica psicológica para niños, otra de las asistentes sociales entrevistada hace explícito lo siguiente:

“Teníamos una (docente) asistente social muy buena, era la mejor a nivel de grupo, creo que era brasileña, que era muy bonita. Era muy gracioso el tema porque al Servicio Social nadie le llevaba el apunte, un poco de menosprecio, no sé si todavía sigue vigente el tema, pero se luchó con una profesión de categoría para abajo ¿no? Y esta mujer era preciosa, (...) era preciosísima, entonces con su belleza abría los caminos. Me acuerdo que íbamos a las reuniones con los médicos y allí en el anfiteatro y empezábamos a hablar del Servicio Social, era muy gracioso porque era ella la que abría las puertas. Pero era muy buena, muy buena, como profesora era buenísima, tenía buena preparación.”

Pareciera, de acuerdo a este testimonio, que abría más las puertas la belleza de la docente que la capacidad profesional.

Continuando con su testimonio, califica su trabajo posterior como asistente social en la Liga de la Lucha Antituberculosa, en el departamento de Canelones, a donde había entrado a trabajar por concurso hacia fines de 1959, como

“inaguantable, tenía que hacer cualquier cosa. (...) La Lucha Antituberculosa daba pensiones a los tuberculosos para que se curaran, entonces nosotros teníamos que controlar cómo vivía esa persona, cómo estaba el núcleo familiar, había contralores y todas las variables en juego que podía tener una situación de contralor de un enfermo BK positivo. Teníamos que ir, yo estaba en Canelones, tenía que ir a todo el departamento de Canelones, eso sí, nos daban coche. Pero cuando tú terminabas la labor externa en la parte social propiamente dicha, cuando volvías al hospital, que era el lugar de origen de toda la instrucción de trabajo (...), ahí tenías que atender los enfermos que venían, yo qué sé por fichas, por lo que fuera, y eventualmente si no había

ninguna enfermera, hacerle el lavado gástrico al tuberculoso... entonces era una cosa... había que salir lo más rápido posible de una cosa de esas. Yo quería trabajar igual pero... en esas condiciones, no. Pero eso era muy común que donde tú fueras tenías que hacer lo que te dijeran. No podías decir 'esto no es de la profesión' tú tenías que hacer lo que la institución te dijera que tenías que hacer. Es decir era toda una lucha, fue toda una lucha y creo que todavía estamos en la lucha. No creo que se haya avanzado mucho, no lo sé."

Recuerda posteriormente su acceso por concurso a trabajar como asistente social en un dispensario del MSP, y hace referencia al poder de los médicos en ese ámbito:

"ahí los médicos eran los dueños de la cancha totales, con mucha soberbia, el Servicio Social era lustrabotas entonces, yo siempre tuve mucho carácter, yo nunca le lustré las botas a nadie, y entonces eran unos choques tremebundos, así tremebundos. Y además era muy relativo lo que se hacía, el primer trabajo que yo agarré dentro de los dispensarios era para vacunar a los nenes. (...) Pero no hacías nada de Servicio Social. (...) Eran los médicos los que disponían, y ahí dispusieron que tenía que vacunar. (...) Tú tenías tu titulito por un lado pero después tenías el cargo por otro y el médico que te mandaba hacer lo que él quería o la institución que disponía que tú realizaras equis función aunque no tuviera nada que ver con lo tuyo. Era tremendo, Salud Pública era espantoso, y para peor eran los lugares donde había más cargos disponibles."

Con respecto a la consideración de qué era ser una 'buena asistente social' en ese momento histórico la entrevistada manifiesta que

"no era que fueras buena o que fueras mala, yo creo que el tema era que la gran lucha a brazo partido era darte tu lugar, es decir, darle no tu lugar, el lugar al Servicio Social que tenía que ocupar. Y ahí eran los grandes líos porque yo creo que en el fondo tampoco lo teníamos muy claro nosotros".

En ese sentido aclara:

“Si bien las chilenas⁹² nos dieron pautas muy importantes, nos hacían sentir, como te dije, que éramos los dueños del Universo, que íbamos a cambiarlo todo; tampoco era tan así. Entonces tú salías de una formación donde sentías que podías hacer montones de cosas, o que podías potencialmente llegar a hacer montones de cosas, pero en la realidad te encontrabas con una situación muy diferente, donde tú tenías que empezar a movilizarte para encontrar tu lugarcito, eso era lo más difícil de todo, no tanto ser buena como asistente social, sino encontrar el lugarcito como asistente social, eso no era nada fácil y siempre fue la gran lucha. (...) El lugarcito no era un pensamiento personal, era lo que nos habían inculcado en la escuela, estamos hablando de factores de cambio, de factores que podríamos estar hablando de una proyección hacia una sociedad mejor, y bueno, en esas cosas tan genéricas podrías hacer montones de cosas, montones de cosas, a partir de la institución donde tú estés trabajando, pero siempre dentro del ámbito social, no que esté invadiendo otros terrenos, que ahí perdías tiempo, te invalidaba hacer más cosas, esa era la gran lucha, buscarte tu lugar.”

Entre las tareas que se definían como propias del Servicio Social en la Lucha Antituberculosa se encontraban las siguientes: *“El ir a domicilios, a contralor de la parte médica y social de... eso era específico del Servicio Social, pero otras cosas dentro del hospital no, de ninguna manera.”*

Ahora bien, las asistentes sociales que actuaban en ese contexto disponían de una fuente relevante de poder, por lo menos en la relación con los usuarios. En efecto, la evaluación realizada por la asistente social determinaba, en última instancia, si se recibía o no un beneficio económico.⁹³ Los informes que se realizaban para ese fin

“eran en base a un diagnóstico social y cultural y económico y el

⁹² Se refiere a las profesoras chilenas que vinieron a Uruguay como asesoras de las Naciones Unidas, Valentina Maidagan de Ugarte y Rebeca Bustos, para fundar la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública en 1954.

⁹³ La ley 10.709, llamada Ley Mattiauda, aseguraba a la familia del enfermo de tuberculosis el derecho a una pensión mensual que le permitiera realizar el tratamiento indicado y redujera la posibilidad de contagio.

principal interés era que hubiera contralor médico, porque era como una coacción, (...) el propio paciente cuando pasaba de BK positivo a negativo se pasaba a domicilio y si no hacía los controles que se exigían corría el riesgo de que le sacaran la pensión, lo mismo si no había contralor del núcleo familiar. Lo que me parece que estaba muy bien, por otra parte, que no hubiera difusión de la enfermedad, que no hubiera contagio intrafamiliar o entre amigos, también, el tema del mate, por ejemplo esas cosas que se hacían, campañas educativas pero...”

Como puede apreciarse en el propio testimonio de una asistente social, la visión que tenían del asistente social los usuarios estaba en gran medida condicionada por la expectativa que generaba ese auténtico 'veredicto social':

“Era una visión... (se ríe), que tenías que ser muy buena, nos regalaban cosas, yo les decía que no me regalaran nada, yo me sentía incómoda, pero eran zonas vitivinícolas y te cargaban con el vino, ‘yo no quiero...’ ‘pero no por favor..’. Llegaba un momento en que te sentías tan mal por no recibir. Nosotros éramos los emisarios que decíamos ‘cumple o no cumple’ entonces éramos la figurita que decía ‘cobro o no cobro’, entonces éramos fantásticas, no importa lo que fuéramos nosotros sino lo que representábamos.”

Cuando se le pregunta si la asistente social representaba para los usuarios el papel del bueno o el papel del malo, dice, con total claridad: *“No, no, representaba el valor vigilante, ni una cosa ni la otra, el valor vigilante de que las cosas se hicieran, y bueno, ta. No tenían más remedio que querernos (risas).”*

La vigilancia aparece como una función cuya principal base tecnológica es la "visita domiciliaria".

Una visitadora social a la que se logró entrevistar en el proceso de investigación y que trabajó en un hospital psiquiátrico señalaba con respecto al lugar del Servicio Social, hacia mediados de la década de 1940 que *“ellos (los médicos) estaban buscando un personal que no era la enfermera ni la*

vacunadora. Nosotros reivindicábamos la visita domiciliaria. (...) Yo cumplía con lo que el médico indicaba pero me escapaba de esos límites”.

Según la asistente social que trabajó en el centro de salud del Cerrito, en cuanto a su relacionamiento con los otros profesionales,

“las directivas las marcaba el director (médico) y la parte sanitaria la directora de las nurses sanitaristas. Yo daba mi opinión sobre lo mío. A mí no me podían decir ‘haga tal cosa’. Yo decía lo que yo hacía de acuerdo a eso lo que me parecía que debía hacer. Con defectos y virtudes pero nada más. Hay tal programa, vamos a armar el programa, entre todos, cada uno aportaba. Era muy bueno, muy, muy bueno el sistema.”

Sin embargo semejante auto percepción sobre la autonomía profesional del servicio social no es compartida por la experiencia de trabajo en la Lucha Antituberculosa, cuestión que puede vislumbrarse en el siguiente testimonio:

“Pero lo peor era que el médico se sentía dueño de la institución, entonces tú tenías que estar al servicio del médico. Era un enfrentamiento continuo. (...) cuando entrás en un nivel de relación de una prepotencia y de un querer mandar más y sentir que el otro es un ser superior a ti, entonces eso era muy denigrante, molesto, muy fastidioso trabajar así.”

La relación asimétrica con la figura del médico es una marca de nacimiento de la profesión ampliamente reconocida por la literatura y por diversas narrativas sobre prácticas profesionales en el campo de la salud. De acuerdo con uno de los testimonios recogidos, los médicos *“eran los dioses de la creación y los dueños del mundo y de las vidas”.*

ii) Los conflictos por ‘el lugar’ a ocupar

El análisis del material empírico disponible permite sostener la idea de una progresiva diferenciación, a partir de mediados de la década de 1950 entre las denominadas visitadoras sanitaristas y las asistentes sociales. Se podría decir que una de las líneas que surgió con las visitadoras de higiene o

visitadoras sociales, formadas en la Escuela del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina o en la Escuela de Sanidad y Servicio Social del MSP, tiene en parte un proceso de continuación en estas nurses o visitadoras sanitarias. Sin embargo algunos autores ya mencionados marcan una línea de continuidad entre ellas y las asistentes sociales. Por su parte, a través de su testimonio, la única visitadora social que se logró entrevistar, formada en la Escuela de Sanidad y Servicio Social del MSP, reivindica su carácter de precursora del Servicio Social, cuestión que, fue motivo de un largo proceso de confrontación a nivel gremial.

Se tratará de profundizar, pues, en las características del rol asignado a la visitadora sanitaria, o nurse sanitaria o enfermera sanitaria (su denominación varía en las distintas partes de las publicaciones relevadas). La documentación se refiere a ella como:

- “elemento primordial en la Medicina Social”;
- “el enlace entre el enfermo y el público por un lado y el médico y el Centro de Salud por otro”; “el elemento de reconstrucción y agrupación de la familia”;
- las que “intervienen en los hogares de la zona, en la unidad sanitaria, en escuelas, en higiene infantil y maternal, y en tuberculosis, en enfermedades venéreas y contagiosas agudas”.
- la que “debe enseñar la manera de vivir con salud y el modo de conseguirlo y debe crear en el pueblo fe en el trabajo.”

Se señala también: “La labor más importante la desarrolla la visitadora sanitaria en el hogar por medio de la inspección y vigilancia” y en la clínica a través de procedimientos de enfermería, vacunaciones, charlas educativas, etcétera”.

Según la información que surge del estudio realizado de fuentes primarias, las primeras visitadoras sanitarias egresaron como nurses o visitadoras de higiene, y realizaron un curso de posgrado de seis meses de duración organizado por el SCISP. El primer curso fue iniciado el 9 de octubre de 1944, con las siguientes asignaturas: nutrición, bacteriología, enfermedades contagiosas, psicología, teoría y práctica de la nurse sanitaria, higiene bucal,

tuberculosis, cuidado de la madre y el niño, enfermedades venéreas, estadística vital, y sociología. Fueron dictadas por profesores de la Facultad de Medicina y médicos de hospitales. Al terminar el curso algunas de las egresadas fueron enviadas a Chile para un trabajo práctico en los centros de salud que allí venían funcionando.

De acuerdo con la documentación examinada, también las nurses graduadas en la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery fueron enviadas a Estados Unidos y Brasil para especializarse en Medicina Preventiva y a su regreso al país pasaron a dirigir cursos para poder disponer de personal especializado. Se destaca que a partir de esa necesidad se creó la Escuela Universitaria de Enfermería dependiente de la Facultad de Medicina, además de seguir funcionando la Escuela de Nurses Carlos Nery, dependiente del MSP.⁹⁴

Según las publicaciones relevadas, la visitadora sanitaria tenía a su cargo un sector de la población de alrededor de 5.000 personas y debía

“tratar los problemas que encuentra en cada familia como un conjunto en el cual la salud de uno de sus integrantes influye en la de cada uno de los otros miembros y de la totalidad del grupo. La enfermera sanitaria, con normas precisas y técnica propia, se encuentra en condiciones de ser la verdadera prolongación hasta el hogar de la labor del médico. Ella hace acudir la población bajo su control a los distintos servicios del Centro de Salud y en las clínicas asiste al médico de tal modo que se compenetra de los problemas médicos de su sector, lo que le permite en sus visitas domiciliarias continuar y reforzar sus indicaciones. (...) su diario contacto con la familia que tiene bajo su custodia. Su método de trabajo es la educación sanitaria realizada en los distintos servicios del centro de salud y en sus visitas domiciliarias.”⁹⁵

Se realiza una distinción en gran medida favorable a la acción de la enfermera sanitaria en los centros de salud cuando se plantea que “decimos

⁹⁴ Tomado de SALUD. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. Enero y febrero de 1955. Año III No. 18 y 19.

⁹⁵ Tomado de SALUD. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. Noviembre y diciembre de 1953. Año I Nos. 4 y 5.

Enfermera Sanitarista y no Visitadora Social, pues su capacidad en problemas de salud es indiscutida, por los estudios realizados en su carrera y a la vez, como continuamente está visitando las familias de la zona, o por mejor decir del sector que tiene a su cargo, ha establecido una relación, conocimiento y afecto con los habitantes que le permiten abordar cualquier nuevo objetivo que se le asigne.”⁹⁶

Otra forma de visualizar el lugar del Servicio Social en esta área es a través del análisis de las remuneraciones de los diferentes profesionales. Mientras que del testimonio de la asistente social que trabajó en el centro de salud del Cerrito surge que *“los otros tenían más años que yo en el centro de salud, por lo tanto recibían un poco más”*, cuando se le re pregunta acerca de la valoración del trabajo del asistente social respecto al del médico, o de la nurse sanitarista plantea:

“Imaginate que la nurse sanitarista era nurse, y ya con el título de nurse antes de sanitarista ya eran reconocidas en todo el país. Era muy distinto. Los médicos ni te cuento, o sea que... es distinto, el Servicio Social era nuevecito acá. Además de ser privado, que no era del Estado, entonces más todavía. Nosotros éramos los voceros para dar a conocer la profesión. Y se hacía por el boca a boca porque... o alguna cosa, difusión radial, pero muy poca”.

A partir de los materiales hasta aquí analizados se puede concluir que los centros de salud conformaron un dispositivo de vigilancia que se fue construyendo específicamente durante el periodo escogido para el presente estudio. Dicho dispositivo incluía:

- la delimitación de una región dentro de la ciudad,⁹⁷ seleccionada en base a censos preestablecidos y realizados casa por casa;
- dentro de esa región se establecían los llamados “distritos” que estaban bajo la responsabilidad de una visitadora sanitarista;
- la centralización en un mismo edificio de los servicios que anteriormente se encontraban en diferentes lugares;
- la dirección a cargo de un médico especializado en Higiene;

⁹⁶ Tomado de SALUD. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. Febrero y marzo de 1954. Año II No. 7 y 8

⁹⁷ “Toda persona que desee usufructuar de los beneficios de la institución (se refiere al centro de salud) encuentra sus puertas abiertas, todos tienen derecho a ella, cualquiera sea su condición económica, racial o filosófica. Una sola condición se imponía: que la persona viviera en la jurisdicción.”

- la conformación de un campo documental basado en la existencia de ficheros familiares e individuales donde aparecían registrados todos los datos de la historia médica y familiar del usuario⁹⁸;
- la creación de mapas sanitarios;
- la preeminencia de la acción educativa y ‘preventiva’ frente a la curativa, al menos del punto de vista de la orientación propugnada;
- la importancia otorgada a la ‘visita domiciliaria’ que se puede apreciar principalmente en su peso cuantitativo,
- y, por último, la presencia de una serie de profesionales que no en forma lineal ni enteramente ‘pacífica’ fueron ocupando un lugar en ese ‘ambiguo espacio de lo social’.

En el punto siguiente se estudiará qué tipo de formación recibían las Asistentes Sociales en la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública.

2.4.3 La Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública fundada en 1954

En 1954 se crea, con carácter autónomo, una Escuela de Servicio Social (ESS) en el Ministerio de Salud Pública. Según la investigación realizada por Bralich (1993: 20), “desde el momento de su creación, esta escuela contó con la cooperación de la ONU, a través de la Administración de Asistencia Técnica”.

El decreto número 25948 de fecha 20 de enero de 1954,⁹⁹ 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, fundamentado en la “importancia cada vez más evidente que existe en establecer una adecuada preparación en la formación de elementos capacitados en los problemas vinculados a los múltiples aspectos del Servicio Social, y que esa preparación debe estar acreditada por órganos oficiales (...) y considerando que funciona en el Ministerio de Salud

⁹⁸ “En la carpeta familiar se contemplan los aspectos sociales, sanitarios y económicos de la familia y a la vez se incorpora una ficha de cada caso bajo control.”

⁹⁹ Tomado del Registro Nacional de Leyes y Decretos, enero de 1954. P 45.

Pública una Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social (artículo 41 de la ley 9202)” adjudica a dicho organismo la organización y contralor de esa preparación de profesionales del Servicio Social. En ese entonces también se evalúa como positivo el informe elevado por la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas a ese respecto. Se crea de esta forma y dentro del MSP una Comisión Honoraria Asesora para proyectar la organización del Departamento de Servicio Social que funcionará dentro de la Escuela de Sanidad y Servicio Social de Salud Pública.¹⁰⁰ La amplitud en la convocatoria para la integración de dicha comisión es un indicador de la relevancia que se asignaba a este emprendimiento, y de lo abarcador del campo que se pretendía cubrir con la formación de estos profesionales.

En el mismo decreto, a diferencia de la ley 9202, se destinan los medios necesarios para la implementación de los cursos: personal administrativo, designación de profesores e instructores, imputándolo a un rubro específico. En el 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”. Por último aclara que “es la finalidad esencial de ese Departamento formar trabajadores sociales cuya preparación básica les permita desempeñar las funciones propias del Servicio Social en cualquier campo o institución pública o privada”.

Con fecha 18 de agosto de 1954¹⁰¹ se reglamentan mediante el decreto 27.605 del Consejo Nacional de Gobierno las condiciones de ingreso y se fija el programa del primer año del curso, que comprendería tres años de asignaturas teóricas y prácticas, con pruebas parciales periódicas y exámenes para ser promovidos al curso superior. El último semestre se dedicaría a estudios de especialidades profesionales y a la redacción de la tesis final de aprobación. Las

¹⁰⁰ El decreto 25948 marca que la comisión estaría integrada por: el director de la Escuela de Sanidad y Servicio Social que la presidirá, el encargado de los cursos docentes de instrucción y capacitación de dicha escuela, la directora del Departamento de Servicio Social, un delegado del Consejo Central de Asignaciones Familiares, un delegado del Consejo del Niño, un delegado del Consejo Central Uruguayo de Servicio Social, un delegado del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social, uno de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, tres miembros nombrados por el Poder Ejecutivo, a propuesta del MSP, que “deberán tener notoria competencia y prestigio en los medios financiero, industrial o comercial”.

¹⁰¹ Tomado del Apéndice, Registro Nacional de Leyes, decretos, etc. P 1139-1141.

condiciones de ingreso que se fijan son las siguientes: edad, de 18 a 40 años; estudios previos de cuatro años liceales o normales aprobados; “antecedentes personales fidedignos de moralidad acreditados por certificado de tres personas responsables”, carné de salud del MSP. Como cuestión a tener en cuenta se agrega en el decreto que la admisión no será definitiva hasta dos meses después del ingreso, período en que serán calificados por tres miembros del personal docente, uno de ellos asistente social.

El programa de primer año incluía las siguientes materias: *Estudios teóricos*: Asignaturas propias del Servicio Social: Asistencia Social: historia, evolución, y campo de acción; Métodos del Servicio Social, nociones generales de caso social individual, y de Servicio Social del grupo; Ética profesional, Servicios de asistencia en el Uruguay, recursos de la colectividad. Dentro de las Ciencias Sociales se incluía: Sociología, Psicología general; Demografía, nociones de Estadística y métodos de investigación. Dentro de la Pedagogía: Capacitación democrática; Nociones de pedagogía y métodos educacionales. Dentro de las Ciencias Jurídicas: Nociones generales de Derecho y procedimientos judiciales; Código del Niño y legislación social conexas. Dentro de las Ciencias Médicas: Nociones de medicina asistencial y preventiva, Maternología, puericultura, higiene bucal, nutrición y dietética. Dentro de las Asignaturas de Formación Familiar se encontraban: Economía doméstica y Manualidades. En el aspecto de *los trabajos prácticos* se incluye: Lecturas dirigidas; Visitas a instituciones; encuestas; investigación social.

En primer año la tercera parte del tiempo total se destinaría a trabajos prácticos.

En el decreto 28.688, de fecha 28 de diciembre de 1954, firmado por el Presidente Martínez Trueba y el ministro de Salud Pública Federico García Capurro en representación del Consejo Nacional de Gobierno, se fijan los programas de segundo y tercer año de la carrera.

En las asignaturas propias del Servicio Social para segundo año aparecen: Servicio Social profesional de casos; Servicio Social con grupos; Organización de la Comunidad; Investigaciones Sociales; Moral profesional. En

las Ciencias Sociales: Caracterología, Psicología del niño y del adolescente, Economía Política. En las Ciencias Médicas: Higiene, Medicina Social, Educación Sanitaria. En las Ciencias Jurídicas: Legislación Social, Legislación penal y criminología, Delincuencia juvenil. En las Ciencias Pedagógicas: Psicopedagogía y métodos de enseñanza de anormales, Pedagogía social y Orientación vocacional. Dentro de los trabajos prácticos se incluía: Lecturas dirigidas, Trabajos de investigación, Estadas prácticas en instituciones, Casos individuales y Servicio Social en Grupos. Estos trabajos prácticos en segundo año abarcaban entre el 50 y el 60 por ciento del tiempo total de las clases.

El programa de tercer año ampliaba las asignaturas propias del Servicio Social: Organización y administración de servicios sociales; Supervigilancia en Servicio Social; Servicio Social profesional; Deontología; Servicio Social Hospitalario, Industrial, Rural, de protección a la infancia, en la enseñanza primaria y secundaria, en tribunales de menores, en clínicas psiquiátricas. El área de las Ciencias Sociales abarcaba Doctrinas sociales y Seguros sociales; las Ciencias Médicas: Psicopatología e higiene mental y Educación sexual; las Ciencias Jurídicas: legislación del trabajo y en el área de los Trabajos Prácticos se incluía: Casos individuales, Trabajo en grupos, Organización de barrios o sectores, Gran estada práctica y redacción y presentación de la memoria de tesis. Estos cursos prácticos abarcaban las dos terceras partes del tiempo total de este tercer año del curso.

Como se indica en el artículo 5 del decreto mencionado, esta Escuela de Servicio Social contó con aportes de variada índole a cargo del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. De acuerdo con las fuentes consultadas (SARALEGUI, 1958: 205) ese servicio fue creado en 1949, comenzó a funcionar en julio de 1950 y estaba orientado al “desarrollo económico de las regiones insuficientemente desarrolladas”.

La asistencia técnica se brindó en forma diversa: servicios de expertos que se enviaban a los países que los solicitaban; becas de estudio para capacitación en el extranjero; organización de seminarios, proyectos experimentales, etcétera. Como una evaluación de lo actuado se agrega que: “en los cinco primeros años de actuación más de 110 países han recibido

asistencia técnica. Más de 75 países recibieron servicios de expertos y cerca de 70 han contribuido con expertos para otros países; 98 países han recibido becarios (...). Múltiples y variadas necesidades han sido atendidas con el Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, en actividades económicas, sanitarias, educacionales, industriales, ganaderas, asistencia social, administración pública, etcétera”. Con respecto a Uruguay, específicamente, se hace referencia a la llegada de veinte técnicos de diversas nacionalidades y con variada especialización, y se agrega que para coordinar la acción del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas desde 1951 había comenzado a funcionar en el Ministerio de Relaciones Exteriores la Comisión Interministerial de Asistencia Técnica, integrada con delegados de los distintos ministerios y presidida por el delegado del MSP.

En ese sentido, las fuentes coinciden en señalar que el primer plan de estudios de la Escuela de Servicio Social, que ya fue reproducido en el presente capítulo, se instauró bajo asistencia técnica de las Naciones Unidas, materializada en la asesoría de las asistentes sociales chilenas Valentina Maidagan de Ugarte y Rebeca Bustos Julien, graduadas en el Escuela Alejandro del Río, que permanecieron en Montevideo durante varios años, ejerciendo la docencia en la ESS.

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. El relato de una entrevistada revela que *“las becas se usufructuaban el último año de la carrera, con la idea de especializarnos en algo, lo hicimos en la Alejandro del Río”*.

El testimonio de una asistente social egresada de la ESSU, que había obtenido una beca de la ONU en 1953, de perfeccionamiento en ‘método de grupo’ en Nueva Orleans recuerda que:

“fue en el año que yo me vine, en el 54, y a mí me esperaban las profesoras de las Naciones Unidas, que yo llegara de Estados Unidos para colaborar con ellas, la señora Ugarte y Rebeca Bustos, dos asistentes sociales; entonces conmigo y con otras asistentes sociales más encaramos la creación de la Escuela del

Ministerio. Las asesoras de Naciones Unidas sabían que había estado becada en método de grupo y esperaron para conmigo hacer la estructura del plan para la escuela.”

Respecto de la orientación general de los cursos, los énfasis y el perfil de profesional que se esperaba, relata lo siguiente:

“Lo que me surge de lo que me acuerdo es que las asesoras de Naciones Unidas venían de una escuela de Servicio Social de un estatus que tenía la profesión en Chile que no era el de acá, porque acá recién se iniciaba la oficial, entonces daban varias materias, entre ellas deontología, creo que daban, claro para personalidad, la conducta, la orientación que debía tener una persona asistente social, eso me acuerdo que daba la señora de Ugarte y la señorita Rebeca Bustos daba Comunidad, muy buena, eran dos personas muy bien formadas, con mucha práctica en la escuela chilena, (...) o sea que daban una orientación sobre el perfil personal y profesional de un asistente social. Rebeca Bustos realizaba muchísimo comunidad, que era lo que más faltaba en ese momento acá. Yo daba grupo también, método de grupo, como docente de teórico.”

Los referentes vocacionales y personales que se enseñaban a las futuras asistentes sociales tenían tanta o más relevancia que la formación profesional. En todos los testimonios recogidos se pueden observar las referencias permanentes a los componentes de la personalidad, moralidad, forma de vestirse o de hasta maquillarse que correspondían a ‘un buen desempeño profesional’.

Gerpe et all (1980: 67) afirman que “los objetivos generales de la Escuela de Servicio Social se insertan en una cosmovisión –en ese momento dominante en el país- íntimamente ligada a la ideología batllista” con un énfasis en componentes humanistas y solidaristas, principios de democracia social, en un momento en que se afianzaba el papel del Estado en la prestación de servicios sociales.

El testimonio de una de las asistentes sociales entrevistadas en el transcurso de la investigación, egresada en 1959 de la ESS, da cuenta de ese componente que se pretendía dar a la formación:

“Fue un grupo muy lindo, quizás en ese momento nos sentíamos demasiado importantes porque las chilenas eran de clase social muy alta, hablaban con mucha autoridad de lo que hacían, de lo que podíamos hacer, nos sentíamos medio como que íbamos a ser diosas, que íbamos a cambiar el mundo”.

Otro testimonio de una asistente social ingresada en la tercera generación de la escuela y egresada en 1959 y que posteriormente se desempeñó como supervisora en la misma, marca su punto de vista acerca de cuál era la concepción que los docentes transmitían acerca de lo que era ser ‘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 visagra la cosa, sí, sí.”

Sin embargo, otra de las asistentes sociales entrevistadas, que había obtenido el título de maestra previamente, y que perteneció a la primera generación de la ESS, explica con claridad meridiana el perfil asistencialista de la profesión en ese momento:

“Tuve dificultad para explicar qué estudiaba y por qué lo hacía. No había manera que me entendieran. Desde un profesional hasta un almacenero. Era una cosa como estratosférica. Por eso digo que fue un antes y un después de esta escuela en el sentido de que, digamos, desde el principio trataron de inculcarnos que nuestra tarea no era asistencialista, no era dar sino ayudar a pensar y a decidir cada uno.”

En su opinión el cambio mayor *“fue porque la abrieron las Naciones Unidas y venían con esas pautas sobre este tema. (...) Esas ideas: no asistencialismo, trabajo grupal y comunitario. Porque lo asistencialista generalmente es individual. Había que enfocar distintos espacios, la familia, los grupos de pares, las comisiones y las tareas comunitarias. Un poco adelantándose al desarrollismo que llegó en el sesenta”*.

En una disertación del doctor Domingo Prat,¹⁰² quien fuera director de la Escuela de Servicio Social desde el año 1954 en que fue fundada en el MSP, y que se mantuvo en ese cargo durante su pasaje por el Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social (en 1961) y posteriormente al Ministerio de Trabajo, en 1967, define al Servicio Social (citando la definición adoptada en el V Congreso Internacional de Servicio Social de Bruselas) como

“el conjunto de trabajos coordinados, metódica y científicamente realizados por un equipo de agentes competentes, técnicamente preparados, pero con vocación para el trabajo social e infundidos de una mística común, que busca en sus realizaciones de conjunto y su acción personal: a) colocar al hombre y su familia en condiciones normales dentro de su medio (...) b) prevenir los males sociales y evitar su retorno por la acción directa o indirecta sobre las causas que los provocan, c) bregar para conseguir la

¹⁰² Destacan los testimonios recogidos que su designación como director de la ESS también estuvo vinculada al hecho de que el doctor Domingo Prat (h) era yerno de Martínez Trueba, en ese momento Presidente del

estructuración de la sociedad humana basada en la comprensión y armonía (...). Coloca al Servicio Social como ciencia, profesión que exige vocación, adquisición de conocimientos médicos, sociológicos, jurídicos, pedagógicos, y propios del Servicio Social, sus métodos y técnicas. Posteriormente aclara que esta ciencia actúa a través de cinco métodos: el Servicio Social de casos, con grupos, la organización de la comunidad, la investigación social y la administración de servicios sociales.¹⁰³

De los testimonios recabados surgen elementos comunes en cuanto a que los docentes de la ESS entraban por concurso, que en general los encargados de las materias relacionadas con la medicina y el derecho eran profesionales destacados, que las supervisoras eran asistentes sociales, en los primeros años, egresadas de la ESSU. Los centros de prácticas eran hospitales, juzgados, industrias, Consejo del Niño. Respecto de la organización del régimen de estudios y de la composición social del grupo de estudiantes uno de los testimonios indica que:

“Estaba bastante bien, bastante correcto todo. En materias específicas por ejemplo jurídica, teníamos abogado, bueno, en la parte médica médico, pero en la parte de Servicio Social había mucha carencia, obviamente, porque aquí lo que teníamos eran visitadoras sociales, y que eran de, de, de la escuela católica (...). O sea que eso era lo que teníamos que captar en materias de Servicio Social y eso a mi juicio, siempre por supuesto estoy hablando a un nivel personalísimo, no era un muy buen nivel. Pero para una escuela en comienzo, a mí me parece que las cosas funcionaban bastante bien, bastante bien. El nivel general era muy parejo de gente muy culta, gente mayor. Fue un grupo de excepción. Fue bárbaro. Un grupo con mucha preparación, con mucha cultura.”

En cuanto a los aportes teóricos que se impartían en general a los

Consejo Nacional de Gobierno.

¹⁰³ PRAT, D. *La asistencia social en el mundo actual*. Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. 1964: 10.

entrevistados les ha costado identificar las corrientes o las tendencias que se manejaban en el Servicio Social hacia fines de la década de 1950: “Se estudiaba mucho de apuntes, todos los profesores daban mucho apunte, más que libros”.

Salvo uno que identificó claramente las carencias y los aportes

“era una época en que no había literatura nacional en ningún lado. Una de las cosas que nos escandalizó en la Conferencia de Río en el 62, era que italianos, coreanos, franceses, uruguayos y norteamericanos estudiábamos los mismos libros. Caso se estudiaba en Gordon Hamilton; Grupo fundamentalmente en los libros de los Trecker (en Grupo había más) y Comunidad había varios, pero el más importante era Murray Ross, que era el único no norteamericano sino canadiense y era un libro publicado por la ACJ, cuando empezó a hacer extensión”.

En el período 1954-1960 egresaron de la ESS 47 asistentes sociales.¹⁰⁴

Paralelamente al proceso de creación de la ESS en el MSP, en actas del Consejo Universitario de 1954¹⁰⁵ se ha podido rastrear el interés que existía en la Universidad en cuanto a la creación de una escuela de Servicio Social en su seno. Ello llevó a la conformación de una comisión (presidida por el que luego fue director de la Escuela Universitaria de Servicio Social), que elaboró un anteproyecto en que figuraban los objetivos y fines, la organización y funciones, las condiciones de ingreso, los planes y programas de estudio y hasta las disposiciones transitorias. Incluso se hace referencia a que uno de los consejeros plantea la necesidad de realizar gestiones ante el ministro de Salud Pública reconociendo “lo importante que es señalar al ministro que se encare la Escuela con sentido universitario y es posible que se le haga comprender que el único ambiente apropiado para su funcionamiento es la Universidad”.¹⁰⁶

Aparentemente un problema de escasez de rubros impidió que el

¹⁰⁴ Esta información fue recabada del folleto donde aparece publicado el discurso que el Dr. Domingo Prat (h), director de la Escuela fundada en 1954, pronunció en el acto de traspaso de la misma al Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social, el 30 de enero de 1961. P 8.

¹⁰⁵ Actas correspondientes al 21 de abril y 30 de junio de 1954.

¹⁰⁶ Véase BRALICH, J. 1993.

proyecto se concretara en 1954. Recuérdese que recién en 1957 la Universidad creará la Escuela Universitaria de Servicio Social.

La ley presupuestal del 30 de noviembre de 1960 traspasa la escuela del MSP al Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social (MIP), permaneciendo el mismo director y el cuerpo docente. Allí permanecerá hasta 1966, en que se aprueba la incorporación de sus alumnos a la Escuela Universitaria de Servicio Social y la reválida de los títulos de los egresados.

Posteriormente, en 1967, la ESS es pasada a la órbita del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y allí se transforma en Instituto de Servicio Social y pierde sus funciones docentes.

Durante un período de casi diez años (entre 1957 y 1967) coexistían dos escuelas de Servicio Social en el ámbito público, la que dependía del Ministerio de Salud Pública (y a partir de 1961 del Ministerio de Instrucción Pública), y la de la Universidad de la República. Varios testimonios apuntan en el sentido de que el cierre de la Escuela del MIP, la absorción de los estudiantes y reválida de títulos de sus egresados por parte de la Escuela Universitaria de Servicio Social (EUSS) fue un proceso plagado de conflictos y movilizaciones: *“Y uno de los problemas es que si se fusionaban las dos escuelas perdían el sueldo (los profesores). El gobierno quería, los estudiantes querían, pero un sector del cuerpo docente se oponía porque perdían el sueldo.”*

Como respuesta a la pregunta de por qué creía que coexistieron las dos escuelas durante casi diez años una de las entrevistadas ensaya la siguiente interpretación:

“Por razones políticas, exclusivamente. Porque por razones políticas la Universidad en el 54 no quiso esta escuela. Ahí fue un error universitario. Tenía que haberla tomado, dado el esquema que considerara la Universidad, de acuerdo a las pautas internacionales. Porque la Facultad de Medicina de acá tiene algo parecido a todas las Facultades de Medicina del mundo, obvio, no?”

Este proceso que fue reseñado sucintamente y que incluye como hito fundamental la creación de la Escuela Universitaria de Servicio Social, creemos que se enmarca con mayor pertinencia en el proceso sociohistórico posterior, que tiene como marco la consagración de la Ley Orgánica de la Universidad, en 1958, y a nivel macro la asunción del gobierno del Partido Nacional en el Uruguay, fin de nuestro período de estudio. Por tanto consideramos más pertinente su inclusión en una posible investigación a realizarse posteriormente.

Consideraciones finales

La investigación estuvo orientada a la identificación de los mecanismos que participaron en el proceso de institucionalización del Servicio Social como profesión en el Uruguay entre los años 1940-1960. Desde una perspectiva genealógica, se indagó el papel que desempeñaron los procesos de medicalización de la vida social –desarrollados durante el periodo neobatllista– en la generación de condiciones propicias para la institucionalización de aspectos relevantes de la formación y ejercicio profesional del Servicio Social.

Hemos podido apreciar que desde fines del siglo XIX, y a partir del proceso de construcción del modelo higienista en Uruguay, ya habían surgido espacios para el abordaje relativamente especializado de la cuestión social a partir de problemáticas de naturaleza socio-sanitaria. Se trataba, aun, de perspectivas en las cuales se concebía la salud en su dimensión colectiva y al medio social como fuente de peligros o de protección para la conservación de la salud y la vida humanas.

Si bien no se trató de un aspecto especialmente examinado en el curso de esta investigación, las intrincadas relaciones entre Estado, medicina y política registradas desde fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX, generaron condiciones favorables para una progresiva colonización de la vida social por parte del pensamiento y la acción médico-sanitarias. Una de las expresiones más evidentes de dichas articulaciones fue la existencia de médicos en posiciones clave en el escenario político, lo que permitía vislumbrar como posible el sueño iluminista de convertir a la política en un ejercicio de la medicina proyectado a gran escala.

La presencia de destacadas figuras del higienismo uruguayo en instancias clave de gestión de lo social –como, por ejemplo, el Cuerpo Médico Escolar y la Comisión encargada de la redacción del Código del Niño– favoreció decisivamente la creación de dispositivos medicalizadores de la vida social. En este sentido, el examen de fuentes documentales y de testimonios permitió asociar a esos procesos la creación de la primera Escuela de Servicio Social en

el ámbito del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina en 1927, y la posterior instalación de la Escuela de Sanidad y Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con lo establecido en su Ley Orgánica de 1934.

Las características peculiares de la formación social uruguaya, respecto al temprano proceso de secularización, la tardía hegemonía de la fuerza del Estado en todo el territorio nacional y la temprana extensión de los derechos sociales, así como la fortaleza de los partidos políticos, trazaron líneas que atravesaron todo el siglo XX en Uruguay. La instauración del modelo batllista en las primeras tres décadas del siglo XX, con el cúmulo de políticas sociales establecidas, el papel central del Estado, con sus características peculiares, favorecieron que esos lugares construidos socialmente en torno a los ámbitos de la salud y la educación, en especial aquellos que tenían como principal objetivo la relación de las instituciones con las familias pobres, fueran siendo paulatinamente ocupados por agentes profesionales cuyas funciones, como se estudió, no provenían de una discusión y elaboración propias, sino de determinaciones de naturaleza sociopolítica e institucional.

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, momento a partir del cual 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 atributos 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.

Esa 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. Un estudio más detallado y profundo sobre este asunto podría arrojar luz sobre el papel del componente católico en la institucionalización del Servicio Social, expreso no solo en el papel de la Escuela de Servicio Social del Uruguay, sino también a través del contingente de mujeres católicas, algunas de ellas con militancia destacada en ese espacio, que se socializaron profesionalmente en las escuelas oficiales.

Si bien las primeras formas que fueron asociadas al Servicio Social correspondieron a las instituciones de la caridad y la beneficencia, rápidamente el Estado, anticipándose o no, con su gestión a las demandas sociales tuvo un papel central en el armado de una sociedad 'hiperintegrada'. En ese complejo proceso no sólo de instauración de políticas sociales fuertes sino además de ampliación de los procesos de medicalización de la sociedad, es que comienza a gestarse un proceso de profesionalización del Servicio Social.

Con el advenimiento del neobatllismo es fundamental la consideración

de la continuidad con el modelo del batllismo temprano, en los aspectos de la tutela social (que implica, como se trató, también un 'control social') y el de la internacionalización de los modelos preventivistas en el área de la salud, que permite crear nuevos espacios institucionales que hacen a la promoción y prevención en salud, asociados a cambios referidos a un paulatino predominio de la consideración de los factores individuales y familiares sobre los de origen externo en la etiología de las enfermedades.

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.

Se ha podido llegar a reconstruir algunas de las dimensiones de un proceso de institucionalización de la profesión que, como se adelantó más arriba, no fue precisamente pacífico: estuvo plagado de conflictos entre sus mismos agentes. Para todas las entrevistadas los cursos que hicieron 'eran los primeros de la profesión'. Para las de la ESSU, las anteriores no eran Asistentes Sociales ni tenían nada que ver con la profesión. Para las de la Escuela del MSP las formadas anteriormente, ya sea en la Facultad de Medicina, como las de la escuela católica, tampoco eran Asistentes Sociales. Las representantes de esas diferentes tradiciones no se reconocen herederas de ninguna trayectoria anterior. Tal vez esa haya sido una razón para no querer saber cuáles habían sido esas prácticas y esos roles. Y sus fundamentos.

Se plantearon conflictos hasta legales entre las visitadoras sociales, y las asistentes sociales egresadas de la ESSU, y entre éstas y las egresadas de la Escuela de Servicio Social del MSP.

Por otro lado, la simultánea institucionalización de otras profesiones en el campo socio sanitario permitió, también, que el Servicio Social pudiera

demarcar un campo de intervención que consideraba más 'propio', 'en ese ambiguo espacio de lo social'.

En síntesis, pretendió con este trabajo demostrarse que es a mediados del siglo XX cuando se produce una inflexión que se puede sintetizar en los siguientes aspectos: a) transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales asociados a una inflexión en las formas y contenidos del proceso de "higienización"; b) transformaciones en el saber en cuanto a la consideración de los modelos etiológicos con respecto a los procesos de "higienización" de principios del siglo XX; c) cambios en la institucionalidad, con el surgimiento de nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, la formación de nuevos agentes sanitarios, y la influencia de organismos internacionales en los modelos de gestión en el campo de la salud, y la consolidación del papel del Servicio Social en dicho campo, en las estrategias de promoción y prevención y que inciden necesariamente en el proceso de institucionalización del Servicio Social.

Por último, el recurso a las fuentes orales en la presente investigación, al inscribirse en un proyecto más amplio, abrió también un camino para la formación de un acervo de historia oral de la profesión, que permitirá que el proceso de reconstrucción de la historia del Servicio Social en Uruguay sea colectivo.

Referencias bibliográficas

AGOSTA, L. **Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay**. Orientador: prof. Marilena Jamur. Disertación presentada al curso de maestrado. Río de Janeiro. UFRJ. 1997. S/E.

AYRES, J. **Acción comunicativa y conocimiento científico en epidemiología: orígenes y significados del concepto de riesgo**. Tesis de Doctorado. San Pablo. USP/IM/SBP. 148/95 1995.

BARRAN, J. P., **Historia de la sensibilidad**. Tomo 2, "El disciplinamiento", Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental. 1990.

_____**Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos**. Tomo 1. "El poder de curar". Montevideo Ediciones de la Banda Oriental. 1992.

_____**Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos**. Tomo 2. "La ortopedia de los pobres". Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. 1993. a)

_____. "Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya". In PORTILLO, José, RODRÍGUEZ, Joaquín (comp.) **La medicalización de la sociedad**. Montevideo. Nordan editorial. 1993. b)Pp. 147-174.

_____**Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos**. Tomo 3. "La invención del cuerpo". Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. 1995.

BARTHY, A. "Poder e hegemonía: un estudio" En Servicio Social & Sociedades. Editorial Cortez. 3ª edición. San Pablo. 1981. pp 119 – 146.

BECK, U. La reinención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva. In: BECK, U.; GUIDDENS, A.; LASH, S. **Modernización reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno**. Madrid, Alianza, p. 16-73,1997.

BRALICH, J. "La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis

décadas de historia". **Cuadernos de Trabajo Social**. Montevideo. No. 2 Universidad de la República. 1993. Pp. 9- 48.

BOURDIEU, P; WACQUANT, L. Por una antropología reflexiva. México, Grijalbo. 1995. Pp 63-99

CAETANO, G., RILLA, J.. **Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur**. Colección CLAEH. Montevideo. Editorial Fin de Siglo. 1996.

CAETANO, G., JACOB, R. **El nacimiento del terrismo (1930-1933)** J. Tomo I. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. 1989.

CAETANO, G.; GEYMONAT, R. **La secularización uruguaya (1859-1919) Catolicismo y privatización de lo religioso**. Tomo I. Montevideo. Ed Taurus Santillana. 1997.

CASTELLANOS, E. **Uruguay un caso de "bienestar de partidos"**. Mimeo, 1995.

DEBERT, GG. "Problemas relativos a utilizacao da historia de vida e historia oral". In CARDUZO, C L, DURHAM, R, org. **A aventura antropológica. Teoría y pesquisa**. Segunda edición. Río de Janeiro. Paz e Terra. 1988.

D'ELÍA, GERMÁN. **El Uruguay Neobatllista, 1946-1958**. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental, 1982.

DELEUZE, G. **Foucault**. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1987.

DE MARTINO, M. "Una genealogía de la familia uruguaya: familia y modernización en el Uruguay del Novecientos". **Revista Fronteras**. N2 1. Montevideo. Universidad de la República. 1995. Pp. 17-53

_____ **Para urna genealogía de la familia uruguaya. Familia y modernización na passagem do século (1890 1930)**. Disertación de Maestrado presentada al Departamento de Sociología del Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Estadual de Campiñas. 1996.

DE MARTINO, M.; GABIN, B. **Hacia un enfoque integral de la minoridad infractora**. Montevideo. Carlos Alvarez Editor. 1998.

DONZELOT, J. **La policía de las familias**. Río de Janeiro. Graal. 1986.

FILGUEIRA, C; FILGUEIRA, F. **El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay**. Montevideo. Ed. Kellogg Institute. 1995.

FOUCAULT, M. **Vigilar y castigar**. México. Siglo XXI Editores. 1989 a).

_____. "El ojo del poder". **En El panóptico. Jeremías Bentham**.

Genealogía del poder. Número 2. Madrid. Ediciones de La Piqueta, segunda edición. 1989b).

_____. "La gubernamentalidad" **En Espacios de poder**. Madrid. Ediciones de La Piqueta. 1981.

_____. **La vida de los hombres infames**. Ediciones de La Piqueta. Madrid, 1990.

_____. **La verdad y las formas jurídicas**. Gedisa editorial. Barcelona. España. 1991.

_____. **Microfísica del poder**. Madrid. Ediciones de la piqueta. Tercera edición 1992.

_____. "El sujeto y el poder". **En Revista de Ciencias Sociales**. Ne 12. Montevideo. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. FCU.1996.

_____. **Historia de la sexualidad**. Tomo 1. Siglo XXI editores. México.1998.

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.

GERPE, N. Et al- ROBERTO RODRÍGUEZ (comp) **Elementos para un perfil profesional del trabajo social**. Perú. Ediciones CELATS, 1980.

IAMAMOTO, M.V., DE CARVALHO, R. Relaciones sociales y servicio social en el Brasil. Esbozo de una interpretación histórico - metodológica. Sao Paulo Cortez Editora 9° edición. [Lima, Perú]: CELATS, 1993.

JACOB, R. Uruguay 1929-1938. Depresión ganadera y desarrollo fabril. Montevideo. FCU. 1981.a)

JACOB, R. **Breve historia de la industria en Uruguay**. Montevideo. Fundación de Cultura Universitaria.1981.b)

JACOB, R. **El Uruguay de Terra 1931-1938**. Temas del siglo XX. Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental. 1985.

JACOB, Raúl. **Modelo batllista ¿variación sobre un viejo tema?** Uruguay Proyección.. 1988.

KRUSE, H. "Ideologías y servicio social". In ANDER EGG, E; PARAÍSO,V y otros. **El servicio social en América Latina**. Ensayos. Libros populares Alfa No. 10. Montevideo, Editorial Alfa. 1967.

_____ **Filosofía del siglo XX y Servicio Social**. Buenos Aires. Editorial Humanitas. 1986

_____ "Evolución de los modelos de ayuda en el Uruguay" En **Revista Trabajo Social Uruguay**. No. 2 (5). 1987. Pp18-23

_____ "En procura de nuestras raíces". **Cuadernos de Trabajo Social** No. 3 Montevideo. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social..1994. pp 87-105.

LEITE PEREIRA. L.M. "Relatos oráis e ciencias sociais: limites e potencial". **Revista Anal. & Conj. Belo Horizonte**, v 6, ns 3, set/ddic. Pp 109-127. 1991.

LEOPOLD, S. **Tratos y destratos, políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)**. Tesis presentada a la UFRJ para la obtención del título de master en Servicio Social. Montevideo, 2002.

LIMA, Boris A. **Contribución a la epistemología del trabajo social**. Buenos Aires. Ed Humanitas. 1986

MANRIQUE CASTRO, M. **De apóstoles a agentes de cambio. El Trabajo Social en la historia latinoamericana**. Perú. Ediciones CELATS. 1982.186 pp.

MARTÍN-MORENO, J., DE MIGUEL, A. **Sociología de las profesiones**. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. 1982. Pp. 9-73.

MENENDEZ, E. "Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico". En **Revista Paraguaya de Sociología**, Año 21 No. 61. 1984. 153-170.

METHOL, F. **Razón científica y modernidad en el Uruguay de! Novecientos. Un análisis de las ideas higienistas y sus articulaciones con los discursos políticos**. Tesis presentada a la Universidad Federal de Rio de Janeiro para la obtención del título de Master en Servicio Social. Montevideo, 1999.

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

_____ **O risco e as estrategias de medicalizapao do espaço social. Medicina familiar no Uruguai (1985-1994)**. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de Sao Paulo. Sao Paulo. 1999. Dissertacao (Doutorado en Sociología)

MONTANO, C. **La naturaleza del servicio social en su génesis**. San Pablo. Editorial Cortez. 1998

MOSS, W. Et al. **La historia oral**. Centro Editor de América Latina. 1991 .

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

NETTO, J.P. **Capitalismo monopolista y servicio social**. San Pablo. Cortez editora. 1997

PANIZZA, F., PÉREZ PIERA, A. **Estado y Sociedad**. Montevideo. Fesur, 1988.

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

PINA, Carlos. "Sobre las historias de vida y su campo de validez en las ciencias sociales". **En Revista Paraguaya de Sociología** N° 67. Año 23, setiembre - diciembre de 1986. 143-162.

PINA, Carlos. "La construcción del 'sí mismo' en el relato autobiográfico". **En Revista Paraguaya de Sociología** N° 71. Año 25, enero abril de 1988.

PIOTTI, Diosma. **Historia de la salud en el Uruguay**. (1930-1995J Parte III. "El Ministerio de Salud Pública y el Sistema de Salud. (1934-1995)". S/E.

PIVEL DEVOTO, J, RANIERI, A. **Historia de la República Oriental del Uruguay 1830-1930**. Tercera edición. Editorial Medina.

PORTILLO, J. "La medicina: el imperio de lo efímero". In PORTILLO, J, RODRÍGUEZ, J. (comp.) **La medicalización de la sociedad**. Montevideo. Nordan editorial. 1993. Pp17-36.

PORTILLO, José, RODRÍGUEZ, Joaquín (comp.) **La medicalización de la sociedad**. Montevideo. Nordan editorial. 1993.

RAMA, Germán W. **La democracia en Uruguay**. Una perspectiva de interpretación. Argentina. Grupo Editor Latinoamericano. 1987.

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

VASCONCELOS, E M. "El movimiento de higiene mental y la emergencia del Servicio Social en Brasil y en Río de Janeiro pp. 128-180. VASCONCELOS,

(org) **Saúde mental e Sen/ico Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** Sao Paulo. Cortez Editora.2000.

WEISSHAUPT, JR (organizador) **As funções socio-institucionais do sen/ico social.** San Pablo, Cortez editora, 1988.

Anexo metodológico

Las documentales han constituido una de las principales fuentes de información de la presente investigación.

Se han seleccionado aquellas que pudieran brindar datos relevantes acerca de los siguientes aspectos:

- i) Las instancias formadoras de visitadoras/asistentes sociales en el período de estudio (planes de estudio, reglamentación de los cursos, criterios de selección de los estudiantes).
- ii) Literatura historiográfica de la época.
- iii) La legislación del período en cuanto al ámbito de la salud así como a otros que dieran cuenta de la extensión de las políticas sociales en el período.
- iv) Documentos, publicaciones que informaran acerca de la ampliación de los espacios 'medicalizados' en la sociedad uruguaya en el período de estudio.
- v) Literatura técnica, en especial proveniente de la medicina, que ofreciera datos respecto a la propia disciplina como así también de la visión que se tenía de las funciones y roles de los profesionales del Servicio Social,
- vi) Textos de los convenios firmados por Uruguay en el área de la salud en especial a partir de la segunda mitad del siglo, y fundamentalmente del que crea el SCISP.
- vii) Revistas editadas en los ámbitos concretos donde se desarrolló con mayor profundidad el estudio (los centros de salud), en el período seleccionado.

Relación de fuentes documentales

ACEVEDO, E. Anales Históricos del Uruguay. Tomo V. Casa Barreiro y Ramos SA. Montevideo. 1934.

ACEVEDO, E. Anales de la Universidad. Anales Históricos del Uruguay. Tomo VI. Tipográfica Atlántida. 1935.

BATLLE, Luis. Pensamiento y acción. Tomo I y II. Montevideo. Ed. Alfa. 1965.

BOLETÍN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. Tomo I. NQ 1 Julio de 1927.

BOLETÍN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. Tomo I. Ne 2. Octubre de 1927.

BOLETÍN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. Tomo I No. 3. Enero de 1928.

BOLETÍN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. Tomo I No. 4. Abril de 1928.

BOLETÍN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. Tomo II No. 2. Octubre de 1928

BOLETÍN DEL INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA. Tomo III No. 1 Montevideo. Julio de 1929.

CÓDIGO DEL NIÑO DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY. Anotado y concordado por Mercedes Metallo y Beatriz Orihuela. Tercera edición actualizada. Fundación de Cultura Universitaria. 1996.

CONGRESO NACIONAL DE PROFESORES DE HIGIENE, MEDICINA PREVENTIVA Y EDUCADORES SANITARIOS 1. Montevideo, 20 a 22 de setiembre de 1956. Montevideo, Florensa & Lafon, 1957. 592 p

EBOLE, O. Educación Sanitaria Escolar. Montevideo, 1959, Tesis para Prof. Adj. Fac Med Montevideo, 135 p.

FACULTAD DE MEDICINA. Instituto de Higiene Experimental. Plan-de estudios del curso de visitadoras sociales de higiene.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Libros de Acuerdos del Ministerio de Salud Pública. Febrero de 1934 a agosto de 1937. Ministerio de Salud Pública.

_____. Documento del petitorio elevado ante el Ministerio de Salud Pública por la Asociación de Visitadoras del Uruguay. De fecha 1959.

_____. Informe del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud Pública sobre el petitorio elevado por la Asociación de Visitadoras del Uruguay, de fecha 25 de setiembre de 1959.

_____. Reglamento de condiciones de ingreso a la escuela de Sanidad y Servicio Social. 18 de agosto de 1954.

MARINO, R.. La atención médica en el Uruguay. Montevideo, Imprenta Nacional. 1968. 142 p

PRAT, D. *La asistencia social en el mundo actual*. Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. 1964.16 p.

REVISTA SALUD. Órgano Del MSP. Publicado por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Montevideo. MSP. N21 a 5. Abril-Agosto 1944.

REVISTA SALUD. Publicación mensual de la Comisión Vecinal de Cooperación Sanitaria del Centro de Salud del Cerrito y Adyacencias. N91 al 21. Agosto de 1953 a abril de 1955.

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

SALVERAGLIO, FJ. *Tratado de higiene y medicina preventiva*. Montevideo, Imp. Rosgal, 1951. 2 v.

SALVERAGLIO, FJ y Giordano, A. *Cómo cuidar la salud y evitar la enfermedad. Texto de higiene y medicina preventiva*. Montevideo, Barreiro y Ramos, 1955. 368 p

SALVERAGLIO. FJ, ET AL. *La salud del obrero*. Montevideo. Imp Rosgal, 1958. 80 p. Registro Nacional de leyes y decretos. 20 de enero de 1954.

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

VIDAL, L, EBOLE, O, y GIORDANO A. *Estadísticas del valor sanitario en el Uruguay*. Montevideo, Imp. Rosgal/1956. 129 p Premio Rene Hardoy año 1953.

Criterios de selección

Como se ha explicitado anteriormente las características de la investigación habilitaron el recurso a la historia oral como forma creación de nuevas fuentes que dieran cuenta de aspectos que permanecían oscuros o de los cuales no existían datos.

Los criterios de relevancia y pertinencia se orientaron a la reconstrucción de un listado de asistentes sociales que hubieran estudiado o se hubieran desempeñado profesionalmente en el período que transcurre entre 1940 y 1960.

La etapa de confección de dicho listado se realizó a través de entrevistas a profesionales con una trayectoria significativa en el Servicio Social que oficiaron como informantes calificados.

A partir de ese listado se realizó una selección de profesionales del Servicio Social teniendo en cuenta varios criterios:

- I) Que se hubieran desempeñado profesionalmente en el área de la salud como asistente social o visitadora social,
- II) Y/o que hubieran estudiado en el período.

Se dio el caso de que en su gran mayoría fueron también docentes en algunas de las escuelas que formaron asistentes sociales.

También se seleccionaron para ser entrevistadas personalidades relevantes en el campo, que por su responsabilidad hubieran desempeñado papeles decisivos.¹

¹Cabe destacar que las entrevistas se realizaron en conjunto con la profesora Blanca Gabin, con quien se comparte el proyecto más amplio de crear un acervo de historia oral del Servicio Social en Uruguay.

PAUTA DE ENTREVISTA A PROFESIONALES

DESARROLLO

1. ¿Cómo fue que comenzó a estudiar Servicio Social?

Objetivo: Retrotraer a la persona a su primer contacto con estudios formales de Servicio Social

- ¿Cómo se enteró que existía la profesión (familia, barrio, sujeto de acción profesional)?
- ¿Cuándo conoció una Visitadora Social o Asistente Social por primera vez?
- ¿Dónde y cuándo se inscribió por primera vez y por qué ahí y no en otro lado?
- Cuando se inscribió en el curso, ¿qué estudios tenía usted cursados y aprobados?
- ¿Qué requisitos le pedían para inscribirse?

2. ¿Y qué opinaba su familia sobre su decisión de estudiar Servicio Social?

Objetivo: Reconstruir las condiciones objetivas de la situación familiar y sus estrategias de reproducción y movilidad social

- Ocupación del padre o jefe de hogar
- Área de residencia
- Composición de la familia de origen.
- Nivel de instrucción del padre / madre / hermanos.
- En su opinión, ¿todas las compañeras provenían de los mismos ambientes sociales o había personas que estudiaran Servicio Social que provenían de sectores sociales diversos?
- Principal fuente de ingresos familiares (categoría ocupacional /sector de actividad)
- Por ese entonces ¿usted estaba casada o tenía entre sus planes casarse?
- Si dice que tenía un esposo o novio, preguntar acerca de su profesión y ocupación.
- Explorar el lugar del trabajo femenino en la familia.

- En esa época, ¿usted necesitaba imperiosamente trabajar para vivir?

3. Al comenzar el curso, ¿todas eran mujeres en su clase?

Objetivo: descripción de composición del alumnado y régimen de socialización profesional

¿Cuál era el régimen de estudios? (dedicación horaria)

¿Qué atributos debía tener un buen Asistente Social o Visitadora Social según lo que les enseñaban en el curso?

Y Usted ¿qué opinaba al respecto? ¿Hacían trabajos prácticos? ¿Dónde los hizo usted y dónde sus compañeras?

¿Era difícil aprobar las materias?

¿Hizo otros estudios mientras estudiaba Servicio Social?

¿Después de graduarse de Visitadora Social o Asistente Social hizo otros estudios?

¿A qué profesiones pertenecían los profesores de las diferentes materias?

¿Recuerda los nombres de algunos?

¿Cuál era en su opinión la materia que todo el mundo consideraba como más distintiva de la carrera por su importancia?

¿Cuál era en su opinión la materia que a la mayoría le gustaba menos?

Estudios complementarios relacionados con la carrera de Servicio Social: seminarios, congresos, cursos de especialización, becas, etc.

Al finalizar sus estudios de Servicio Social, consiguió trabajo inmediatamente?

Objetivo: Reconstruir la experiencia de inserción en el mercado de trabajo profesional

- Ver en qué se basó la elección de la profesión: si era un proyecto ejercerla, si estudió para cultivarse, para profesionalizar actividades caritativas o voluntarias en el área social y/o religiosa.
- Ver si el ejercicio profesional empezaba antes o después de recibirse.

4.. Según sus recuerdos, ¿cómo conseguían su primer empleo profesional sus compañeras o compañeros?

5. ¿Cuál fue su primer trabajo como Asistente o Visitadora Social?

Objetivo: ver cómo fue reclutada, tipo y naturaleza de la institución (área pública, privada); cómo fue seleccionada (por recomendación, concurso, etc.); cómo se enteró de ese trabajo; qué requisitos pedían (estudios, edad, estado civil, religión).

6. ¿Cómo ingresó? ¿En qué año?

Objetivo: Saber cómo consiguió el primer trabajo (concurso o similar, recomendación personal, política o de corporaciones, a propuesta del centro de estudios, etc.)

¿Qué requisitos pedían?

¿A qué sección, unidad o departamento fue destinada?

¿Qué funciones y actividades le fueron encomendadas?.

Ese perfil de actividades, era el que usted imaginaba al terminar los estudios o se llevó una sorpresa?

Estaba claro en la institución lo que se esperaba de usted como Asistente Social o Visitadora Social o fue algo que se construyó sobre la experiencia o el acontecer de los problemas y las respuestas que el Estado y la sociedad iban dando?

En realidad, y según su propia memoria, por aquel entonces ¿qué era ser una verdadera visitadora / asistente social?

Dedicación horaria a las tareas de Asistente Social o Visitadora Social. ¿Cómo distribuía su tiempo entre el trabajo y otras actividades y compromisos?

Usted fue la primera Asistente Social o Visitadora Social en ese lugar o había habido otras antes que Ud?

¿Había personas ocupando cargos de Asistente Social o Visitadora Social que no hubiesen obtenido el título?

En ese lugar, de quién jerárquicamente usted dependía?

¿Quién o quiénes determinaban las actividades y tareas que usted debía realizar como parte del ejercicio del cargo?

¿Cuál era el nombre del cargo (en el caso de los públicos ver escalafón y grado)?

¿Cómo le pagaban? Diría que es sueldo era parecido con el de cualquier empleado público o privado o se acercaba a los de los profesionales? ¿Le parecía adecuada la remuneración?

¿Quién o quiénes y en qué grado determinaban o influían en cómo usted debía llevar a cabo sus tareas profesionales? Por ejemplo,

- . distribución del tiempo; (ver si marcaba tarjeta u otra forma de control horario y si era diferente a las de otros profesionales y técnicos) ,
- . herramientas de trabajo:
- . decisiones acerca de los diagnósticos y las modalidades de intervención profesional;
- . las formas de relacionarse con los usuarios;
- . los criterios para conceder o negar beneficios a los usuarios.

7. Considera que había algún tipo de tarea o actividad que los Visitadora Social/Asistente Social podían hacer de manera absolutamente independiente, sin supervisión o control de no colegas?

Objetivo: explorar si la institución dejaba margen para que los Asistente Social/Visitadora Social innovaran o profesionalizaran su trabajo.

Respecto a su trabajo allí, del conjunto de tareas que usted y eventualmente otras Asistente Social/Visitadora Social realizaban, recuerda que algunas de ellas pudieran o efectivamente eran en ocasiones hechas por personas que pertenecían a otras posiciones o categorías ocupacionales en esa institución?

Haciendo memoria, ¿le parece que había alguna función, actividad o tarea que sólo le competía a la Visitadora Social o Asistente Social y que nadie más estaba autorizado a hacerlo (o quería o sabía)?

8. Según sus recuerdos, ¿había diferencias entre ser egresada de la Escuela de Servicio Social del Uruguay o de la Escuela del Ministerio? Cuéntenos un poco.

Objetivo: ver la versión de la entrevistada y su sentido de pertenencia a un cuerpo profesional en su dimensión gremial o técnica.

9. Ahora le pido que piense cómo era un día típico de su vida en tiempos de ese primer trabajo.

Objetivo: Ver el espacio temporal y social que ocupaba el ejercicio profesional en su vida. Las relaciones entre las esferas laboral, familiar, social.

Hacer la topografía del día de trabajo. Explorar qué lugar ocupaban tareas que son indicadores de profesionalismo (estudiar, actividades gremiales profesionales, contactos internacionales, etc.)

Recuperar aspectos dinámicos no contemplados en los otros ítems o que los refuercen, contradigan, etc.?

10. Otras actividades profesionales que desempeñó desde que terminó los estudios Como Asistente Social o Visitadora Social o no.

Repetir

11. Revisando su trayectoria profesional, «qué situación recuerda como la que más incertidumbre, inseguridad o dificultad para dar una respuesta profesional le suscitó. Finalmente qué piensa acerca de su respuesta profesional, fue estrictamente personal, del grupo de colegas, de la institución, etc.

También revisando su trayectoria profesional, qué situación recuerda como la que trabajó con mayor seguridad y capacidad de respuesta profesional.

12. Si no trabajó nunca como Asistente Social o Visitadora Social por qué.

Asistentes Sociales entrevistadas:

- 1) Estudiante de la segunda generación de la Escuela de Servicio Social del MSP. Se recibió en 1959.
Obtuvo el título de asistente social.
Docente supervisora de la misma escuela hasta que cerró en 1967.
- 2) Ingresó en 1956 en la Escuela de Servicio Social del MSP. Egresó en 1959.
Obtuvo el título de asistente social.
Después de egresada trabajó un corto período en un servicio del MSP.
Docente supervisora en la misma escuela.
- 3) Nacida en 1930.
Ingresó en la Escuela de Servicio Social del Uruguay en el año 1946.
Realizó la práctica de tercer año en el centro de salud del Cerrito de la Victoria en 1949.
Obtuvo el título de asistente social en 1950.
En 1953 ganó una beca de estudios de la ONU en Estados Unidos.
En 1954 fue contratada en dicho centro por el SCISP. Trabajó allí hasta 1956.
Obtuvo un pase en comisión a la Escuela de Servicio Social del MSP donde desarrolló su actividad como docente supervisora de Grupo.
- 4) Inició sus estudios en la primera Escuela de Sanidad y Servicio Social del MSP, en 1941 o 1942.
Ya había egresado de magisterio cuando comenzó a estudiar Servicio Social.
Obtuvo el título de visitadora social que luego fue revalidado por el de asistente social universitaria.
Obtuvo su cargo por concurso primeramente en el Consejo del Niño (en una Gota de Leche en la zona del Cerrito de la Victoria) y en el Hospital Vilardebó.
Fue docente del Instituto Normal y del Instituto Magisterial Superior.
- 5) Nacida en 1931.
Asistente social egresada de la Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública en el año 1959.
Hizo la práctica de tercer año en el Hospital Pedro Visca.

Trabajó como contratada en la Lucha Antituberculosa, y como interina en un dispensario del MSP, hacia fines de la década de 1950. Pasó en comisión a la Escuela de Servicio Social del MSP como docente.

6) Nacida en 1931.

Maestra, antes de empezar a estudiar Servicio Social.

En 1948 ingresó en la Escuela de Servicio Social del Uruguay.

Integrante de un Instituto Secular.

7) Integrante de la primera generación de la Escuela de Servicio Social del MSP. Ingresó en 1954.

Maestra, ya antes de empezar a estudiar Servicio Social.

Obtuvo una beca para realizar estudios de Servicio Social en Chile.

Egresó en 1958.

Antes de recibirse se desempeñaba como supervisora y continuó hasta 1967.

8) Nacida en 1907.

Integrante de un Instituto Secular desde 1946.

En 1948 ingresó en la ESSU.

Trabajó fundamentalmente en el interior del país.

En 1965 obtuvo una beca de la OEA en Recife- Brasil.

9) Egresó en 1959 de la Escuela de Servicio Social del MSP.

Obtuvo una beca para estudiar Servicio Social en Chile, por un año. Se especializó en Comunidad.

Tiene una larga trayectoria como docente, y como historiador del Servicio Social.

No profesionales del Servicio Social

1) De profesión abogado, fue director de la Escuela Universitaria de Servicio Social.

2) Docente de la Escuela Universitaria de Servicio Social. Realizó una extensa investigación acerca de las instancias formadoras de asistentes sociales en el Uruguay.