

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

**Familia, Servicio Social e Intervención profesional:**  
un enfoque socio histórico

**Soledad Sánchez**  
Tutora: Elizabeth Ortega

**2018**

*Agradecimientos:*

A mi familia, gracias por acompañarme, fortalecerme e incentivarme durante toda la carrera. Sin su disposición no hubiera sido posible. Gracias por el apoyo absoluto.

A mis amigos, gracias por acompañarme siempre. Gracias por la contención incondicional.

A mi tutora Elizabeth Ortega, gracias por orientarme y acompañarme durante todo el proceso. Gracias por la buena disposición y los aportes académicos brindados.

A la Facultad de Ciencias Sociales, gracias por la formación dedicada.

A Agostina, Facundo, Nicolás, Santino y Renzo.

## Contenido

Introducción .....	4
Estrategia teórico metodológica: .....	5
Capítulo I.....	9
La familia uruguaya en el 900.....	9
La sanción del Código del Niño .....	17
Familias uruguayas 1940-1960 .....	20
Capítulo II .....	27
Familia y Servicio Social .....	27
Las primeras Escuelas de Servicio Social: .....	31
Servicio Social y sus funciones socio-institucionales: .....	33
Capítulo III.....	37
Una aproximación a la familia desde el Servicio Social: Funciones socio-institucionales de la intervención profesional en las familias populares .....	37
Reflexiones finales .....	45
Referencias bibliográficas:.....	50
Fuentes documentales: .....	54
Anexo Metodológico.....	55

## **Introducción**

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

El tema que se ha seleccionado es el lugar asignado a la familia desde la perspectiva del Servicio Social a mediados del siglo XX. El interés estuvo puesto en explorar acerca de las funciones socio institucionales que le eran adjudicadas al Servicio Social respecto a la familia entre las décadas de 1940 a 1960 en el Uruguay.

A continuación se considera necesario plantear algunas interrogantes que orientaron un marco general al estudio: Cuando hablamos de familia en el siglo XX, ¿a qué modelos familiares nos referimos? ¿Siempre han existido los mismos modelos de familia o se han modificado? ¿En qué contexto socio-histórico emergen las familias del siglo XX? ¿Qué funciones le fueron adjudicadas a la familia en dicho contexto socio-histórico? ¿En qué lugar estaban ubicadas? ¿Qué rol ocupaba la familia para el Estado?

Siguiendo a De Martino (1995) la familia siempre ha sido objeto privilegiado de intervención para el Servicio Social, pero ¿a qué responde dicha relación? ¿Es lineal?

La pregunta central que guía a este estudio se refiere a ¿Qué funciones socio-institucionales se le atribuían al Servicio Social para que abordara a las familias?

Teniendo en cuenta estas preguntas, la monografía pretende describir y analizar las funciones socio-institucionales que le fueron adjudicadas al Servicio Social en relación a la familia en el período comprendido entre 1940 y 1960. Ella se inscribe en el estudio del proceso de institucionalización del Servicio Social.

El documento se inicia con un apartado que describirá la estrategia teórico metodológica utilizada para el desarrollo de la monografía, en el que se explicitará el tema de interés, sus objetivos y su diseño.

Posteriormente, la monografía contará con tres capítulos. En el primero de ellos, se realiza una descripción de la familia, ubicándola en su contexto socio-histórico, mencionando las sensibilidades surgidas a fines del siglo XIX y las estrategias disciplinantes que se instauraron en la época. Se hace alusión al lugar que le fue asignado a la familia y a lo que se esperaba de ella.

En un segundo capítulo se describe el proceso de medicalización, la sanción del Código del Niño, el surgimiento del Servicio Social y sus funciones socio-institucionales.

El tercer capítulo está abocado a señalar el modelo familiar sobre el que intervenía el Servicio Social y los objetivos que se planteaba su intervención hacia la familia en el período comprendido entre 1940 y 1960.

Finalmente, la monografía cuenta con un cierre, en el que se exponen las reflexiones finales acerca del estudio.

### **Estrategia teórico metodológica:**

El diseño seleccionado para el presente estudio es de carácter exploratorio y cualitativo, utilizando como técnica de análisis, el análisis documental y de discurso.

El tema de interés es el lugar asignado a la familia desde la perspectiva del Servicio Social a mediados del siglo XX, en consideración de las funciones socio-institucionales que le eran atribuidas.

El objetivo general del presente trabajo es: Realizar una aproximación teórica al lugar asignado a la familia desde el Servicio Social a mediados del siglo XX en el Uruguay.

Los objetivos específicos son:

- Describir el lugar que ocupó la familia en el contexto uruguayo de mediados del siglo XX
- Conocer las funciones socio-institucionales que le fueron adjudicadas al Servicio Social en relación a la familia a mediados del Siglo XX en el Uruguay
- Explorar el/los modelo/s familiar/es sobre el que intervenía el Servicio Social a mediados del siglo XX

La elección del período radica en que en ese momento histórico se originó el proceso de institucionalización de la profesión, produciéndose un acercamiento más tecnificado desde el Servicio Social hacia la familia. Asimismo, en este período se originan las primeras escuelas que formaron a las visitadoras sociales y asistentes sociales<sup>1</sup>, que son quienes comienzan a intervenir sobre las familias.

Las fuentes que se utilizaron de base para este estudio son nueve entrevistas a asistentes sociales egresadas de las escuelas del Servicio Social que constituyeron la base empírica en la investigación realizada por Elizabeth Ortega y presentada en el libro de “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista.” y el criterio de selección de los textos analizados fue lo referente a la familia.

---

<sup>1</sup> Se seleccionan dichos términos ya que son los adjudicados para los profesionales de la época.

Estas entrevistas se caracterizaron por ser entrevistas en profundidad, el criterio de su selección consistió en que hubieran estudiado o se hubieran desempeñado profesionalmente en el período que transcurre entre 1940 y 1960. Las entrevistas estuvieron dirigidas a profesionales que contaban con una trayectoria significativa en el Servicio Social.

El marco teórico es de índole foucaultiano y se propone describir el dispositivo diagramado respecto del abordaje a la familia desde el Servicio Social. Se adoptará su definición en el sentido de: “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 (...)” Foucault. (Citado en Mitjavila; 1999:07)

Asimismo, se adoptará la definición de las funciones socio-institucionales planteada por Weisshaupt (1988); para ello se hará referencia a “sacrificio do sentido socio institucional global da practica, entendida como intervencao do assistente social em determinadas relacoes sociais.” (Weisshaupt, 1988: 79) A su vez, se hará alusión a las prácticas profesionales que el autor expone, en las que, el asistente social puede ser visto a partir de tres situaciones que pueden servir de referencia: en relación con su cliente, en el aparato organizacional para el que trabaja y en el contacto con otras organizaciones institucionales. (Weisshaupt; 1988)

También se adoptará la definición de poder empleada por Foucault con la que hace referencia a:

El ejercicio del poder no es simplemente el relacionamiento entre jugadores individuales o colectivos, es un modo en que ciertas acciones modifican otras. Lo que por supuesto significa, que algo llamado Poder, con o sin mayúsculas, considerado universalmente de forma concentrada o difusa, no existe. El poder existe solamente cuando es puesto en acción, incluso si él está integrado a un campo disperso de posibilidades relacionadas a estructuras permanentes. (Foucault, 1996:15)

Se adoptarán las definiciones mencionadas previamente para poder describir y comprender el lugar asignado a la familia a mediados del siglo XX. A continuación se procederá a realizar una breve descripción por la situación que atravesaba el país en el transcurso del 900, iniciando con la contextualización demográfica familiar y la nueva sensibilidad que estaba surgiendo en las primeras décadas del siglo XX.

## Capítulo I

### La familia uruguaya en el 900

A principios del siglo XX se sucedieron grandes transformaciones vinculadas a la familia uruguaya, dentro de ellas, se ubican importantes cambios en lo que refiere a la dinámica demográfica familiar, este fenómeno estuvo asociado a la situación por la cual atravesaba el país; por un lado, Uruguay estaba recibiendo un flujo importante de inmigrantes europeos; y por otro lado, el país ya había iniciado su primera transición demográfica<sup>2</sup>, que tuvo lugar entre 1870 y 1910. Esta última modificó la estructura familiar y su contexto, generando nuevos valores hacia el interior de la familia.

Asimismo, durante el transcurso del 900 se generó una nueva sensibilidad, la que Barrán (1994) denomina como sensibilidad civilizada, una sensibilidad que disciplinó a la sociedad. El investigador indica que dicha sensibilidad se adueñó del 900, estableciéndose la época de la vergüenza, la culpa y la disciplina, que se llevaron a cabo mediante la intervención del Estado, la Escuela, la Iglesia y el Hospital.

De acuerdo a Barrán (1989) hacía 1900 se está en presencia de sentimientos, conductas y valores distintos a los que habían permeado la vida de los hombres en el Uruguay hasta al menos 1860.

Esa sensibilidad del novecientos a la que Barrán denominó como sensibilidad civilizada disciplinó a la sociedad:

---

<sup>2</sup>“La transición demográfica es un proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación de equilibrio, consecuencia de una mortalidad y natalidad altas, a otra situación de equilibrio, con mortalidad y natalidad bajas; en ambos casos tiene lugar un crecimiento bajo o nulo de la población. El desfase en los niveles en que tiene lugar los descensos de las muertes y de los nacimientos da lugar a etapas más o menos “explosivas” en el crecimiento de la población” (Pellegrino, Cabella, Paredes, Pollero y Varela; 2008:1)

Impuso la gravedad y el “empaque” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo, ocultó la muerte alejándola y embelleciéndola, se horrorizó ante el castigo de niños, delincuentes y clases trabajadoras y prefirió reprimir sus almas, a menudo inconsciente del nuevo método de dominación elegido, y por fin, descubrió la intimidad transformando a “la vida privada”, sobre todo de la familia burguesa (...) (Barrán; 1989:11)

Y es que, de acuerdo a Barrán (1989) un nuevo modo de producción, como el que se estaba desarrollando en el Uruguay de 1860 a 1890, involucraba cambios en la sensibilidad, transformaciones en el sentir para que a su vez ocurrieran modificaciones en la conducta. Por lo que, sensibilidad y cambio económico entretnejidos no son causa ni efecto el uno respecto al otro, sino que son factores que se retroalimentan como también se limitan y obstruyen el paso. (Barrán; 1989)

Hacia 1900 ya se estaba frente a un Uruguay moderno, el nacimiento del Uruguay moderno se puede ubicar en el período comprendido entre 1870-1900, se inscribe en el marco de la integración a los mercados mundiales, y se caracteriza por la diversificación productiva, cambios en las pautas de consumo, la reafirmación del Estado, control de natalidad, extensión de la educación, el ajuste del sistema político y la formación del sistema de partidos: en dicho período existió un modelo agroexportador en lo económico y autoritario en lo político. (Ortega; 2008)

En lo que respecta a la demografía del país, existen algunos fenómenos que son de interés señalar y que permitirán comprender el lugar ocupado por la familia durante

el transcurso del siglo XX, siendo ellos: la mortalidad, la mortalidad infantil y la fecundidad<sup>3</sup>.

De acuerdo a Pellegrino, Cabella, Paredes, Pollero y Varela (2008), al comenzar el siglo XX, Uruguay se encontraba primero dentro del grupo de países con baja mortalidad; hacia 1900 la esperanza de vida al nacer<sup>4</sup> estaba ubicada en los 48 años, cifra que se acercaba a los países más saludables del mundo. No obstante, Uruguay fue perdiendo su lugar dentro del grupo de países con baja mortalidad; hacia 1930 había perdido dicha posición respecto a los países europeos y la mantuvo hasta mediados de siglo respecto al contexto latinoamericano.

Mientras que en lo que refiere a la mortalidad infantil<sup>5</sup>, Pellegrino et al (2008) indican que hacia 1900 el país había logrado obtener una tasa de cien por mil, la más baja para la época, una tasa sin precedentes, dicha tasa solo fue igualada por Noruega y Suecia; sin embargo, este crecimiento no fue continuo y prolongado, sino que se estancó durante dos períodos (1900-1940 y 1946-1977). Este primer estancamiento fue paradójico en dos sentidos, por un lado sucedió simultáneamente al período de surgimiento y afianzamiento del Estado de Bienestar uruguayo y por otro lado es atípico en relación al patrón de descenso que venía aconteciendo. (Cabella et al; 2007).

En su primer período de estancamiento la tasa de mortalidad infantil se ubicó en torno al 100 por mil en las primeras cuatro décadas. En las primeras décadas del siglo las enfermedades infecciosas y parasitarias eran responsables de un cuarto de las

---

<sup>3</sup>La fecundidad se relaciona con el número de hijos que tiene una mujer durante su edad reproductiva (15 a 49 años), se mide a través de la Tasa de Fecundidad General que indica el número de hijos nacidos vivos cada 1000 mujeres en edad reproductiva. Esta medida está afectada por la estructura por edad de las mujeres. (Pellegrino et al; 2008:04)

<sup>4</sup>“La esperanza de vida al nacer es el promedio de años que viviría una población nacida en una fecha determinada” (Pellegrino et al; 2008:07)

<sup>5</sup>Se considera la tasa de mortalidad infantil como un indicador del estado sanitario de una población. La mortalidad de los menores de un año ha tenido y tiene una influencia destacada en la determinación del nivel general de mortalidad de cualquier población, de esta forma la reducción de la mortalidad infantil brindó la mayor contribución a la esperanza de vida al nacimiento. (Damonte; 1994)

defunciones, entre ellas se ubicaba la tuberculosis, primariamente la pulmonar, siendo ella la principal causa de muertes, con una tasa de 164 por 100.000 en 1920. Seguidamente se ubican las diarreas, principal causa de muerte infantil. La sífilis que tanto miedo daba a la sociedad del 900 por sus consecuencias en la vida conyugal y la descendencia, tenía una tasa de mortalidad de 7 por 100.000. También en este grupo se ubica la fiebre tifoidea, el tétanos, enfermedades epidémicas, tos convulsa y sarampión. (Pellegrino et al; 2008)

De acuerdo a Pellegrino et al (2008) un nuevo modelo de familia se estaba acentuando en el 900, caracterizado por el control de la natalidad y la reducción del número promedio de hijos tenidos por las mujeres; a principios del 900, la estimación de hijos por mujer era un promedio de seis hijos, existiendo diferencias entre la población que residía en el área rural y la que residía en la capital, en esta última la mujer tenía un hijo/a menos al finalizar su período fértil.

Hasta fines del siglo XIX, el modelo familiar estuvo constituido *por “una esposa muy joven, casi adolescente, el hombre mayor y numerosos hijos, la fecundidad era un valor socialmente estimado (...)”* (Barrán y Nahúm; 1990:13). Sin embargo, entre 1880-1890 comienza a gestarse un nuevo modelo de familia, caracterizado por una esposa madura, y un número de hijos reducido. A la mujer-madre la sucedió la mujer empleada, obrera, profesional. (Barrán y Nahúm, 1990)

Este modelo familiar que se implanta en el 900, es conocido como familia clásica, familia nuclear. La familia nuclear se caracteriza por tener pocos hijos y poca diferencia de edad entre los cónyuges. Se produce también un cambio significativo respecto al papel de la mujer, en el que la mujer tuvo una actitud controladora de la natalidad y también apareció un nuevo valor vinculado al aspecto femenino, y es que el

valor femenino que predominaba anteriormente, era el que estaba asociado a la virginidad, y en este nuevo paradigma familiar sería sustituido por el valor de la procreación. (Portillo; 1989)

Este nuevo valor de la procreación asociado a la mujer estuvo acompañado también de algunas diferenciaciones que se deben tener en cuenta, y es que según los autores estudiados (Donzelot; 1998; De Martino 1995), existieron dos modelos distintos de madres: la madre de los sectores pobres y la madre burguesa. La madre de los sectores pobres heredaría la asociación de la figura de la nodriza<sup>6</sup>, los controles médicos y también la sospecha de abandonar a sus hijos; mientras que la madre burguesa sería difusora de valores, educadora y su modelo de madre estaría orientado a controlar hijos y criadas. (Donzelot, 1998)

Es con este nuevo modelo de familia nuclear, que también se produce una reconversión de todo lo que refiere al ámbito familiar, en donde aparecerían nuevos elementos de privacidad y socialización de las familias, y donde se impondría según Portillo (1989) la educación bajo tres modalidades: Educación formal, educación física y educación para el trabajo.

Estos dispositivos aplicados al estudio de la familia, tuvieron el efecto de disfrazar lo que Lasch (1996) define como socialización de la reproducción, es decir expropiar las funciones referentes a la familia por agentes externos a ella, donde aparecieron nuevas profesiones como el Servicio Social, a las que se les transferirían funciones educativas. Dichas transferencias vinieron asociadas con lo que Lasch (1996) denomina como racionalización de la crianza del niño en el hogar; esta racionalización produjo una disminución de la intensidad en la relación padre-hijo.

---

<sup>6</sup>Mujeres que criaban y alimentaban a quien no era su hijo

Los dispositivos mencionados surgieron a raíz de una creciente preocupación por una cuestión social instaurada, en la que se hablaba de una minoridad abandonada y/o desviada, de los incorregibles, inadaptados sociales entre otros. Es para ellos que fundamentalmente estarían dirigidos los dispositivos orientados a la educación, o mejor dicho, a la reeducación, buscando la reintegración de los menores a la sociedad. (Portillo; 1989).

Con dichos dispositivos el papel de la familia se tornaría objeto de acción para el gobierno. De acuerdo a Donzelot (1998) el gobierno dirigiría sus acciones hacia una conciliación de los intereses y hábitos de las familias burguesas y populares, construiría una moralidad y una legalidad, las enlazaría con el bienestar de la nación. Para ello, se implementaron un conjunto de estrategias de familiarización; siguiendo a De Martino (2001), con ellas se hace alusión a las prácticas políticas, coherentes y regularizadas que aspirarían vigorizar a la familia. Dichas estrategias fueron desarrolladas durante las primeras décadas del siglo XX y se inscribieron en sectores sociales distintos y sus contenidos se pronunciaron y adecuaron a las diferencias de los sectores a los que se dirigían.

Las estrategias dirigidas a las familias pobres estuvieron acentuadas en la preocupación por la higiene de los niños pobres, la vigilancia de los conventillos, la lucha de la tuberculosis y las enfermedades sexuales (Barrán; 1994). A su vez, se produjeron cambios en el papel del trabajador, ya no sería visto solo como fuerza de trabajo, sino como un individuo. En lo que refiere al papel de la madre pobre, ella adquiriría la figura de la nodriza, sería siempre sospechosa de abandono, por lo que con estos supuestos es que se torna objeto de promoción educativa. Ella sería quien debería cuidar la organización de la familia, de sus hijos revoltosos, de su vivienda precaria y

poco higiénica. Paralelamente, el hombre pobre vería coartado sus espacios de sociabilidad, se prohibirían bares, consumo de alcohol, etc. (Donzelot, 1998)

Mientras que en lo que refiere a las familias burguesas, se produciría una alianza con el saber médico para el cuidado y la educación de sus hijos, sería difusora del saber médico y ello acrecentaría su status. El papel de la familia burguesa se ubicó en el lugar de la prevención de las enfermedades. Asimismo, el lugar de la familia burguesa estuvo acentuado en una fuerte economía del cuerpo a partir del impulso de la higiene, de los ejercicios, del cuidado de la salud, del control de la sexualidad, la familia nuclear confiscaría el ejercicio pleno y válido de la sexualidad. La familia burguesa fue una familia íntima, autocontrolada, ligada al saber médico para encauzar esa economía de cuerpos. (Donzelot; 1998)

Por otra parte, siguiendo a Morás (2012) entre 1881-1930 el interior de las organizaciones familiares fue sacudido por una penetrante crisis moral en los valores tradicionales de la familia. Este detrimento suscita la inquietud por la expansión de los valores familiares; dichos valores impondrán que una familia bien instituida sería garantía de buena salud moral y física, mientras que una familia mal instituida no aseveraría un porvenir, y dentro de un proyecto medicalizador como el que se estaba viviendo, simbolizaría enfermedades difíciles de curar. Es a raíz de estas nuevas concepciones que la mortalidad infantil se explicaría por una paternidad irresponsable, ante la que el Estado debería reaccionar para salvaguardar al niño, pero también para certificar una firme reproducción social ajustada a las necesidades crecientes orientadas a la producción.

Finalmente, un último aspecto a destacar refiere a algunas leyes y decretos que se crearon en las primeras décadas del 900 y que tuvieron un fuerte impacto en las

familias uruguayas; si bien la extensión de este trabajo no permite mencionar a todas, se hará referencia a las más destacadas. Una de ellas refiere al reconocimiento legal del divorcio a partir de la Ley de Divorcio sancionada el 26 de octubre de 1907; posteriormente, en 1911, se crea el Consejo de Protección de Menores, seguidamente en 1915 se fusionará dicho Consejo con el Consejo Penitenciario, creándose el Patronato de Menores y Delincuentes; y finalmente en 1933 se decreta el establecimiento del Ministerio de Protección a la Infancia, y su primer ministro Roberto Berro, se abocará a la conformación de la Comisión Redactora de la Legislación del Menor, cuyos miembros fueron los codificadores del Código del Niño sancionado en 1934, siendo este último un elemento central para el presente estudio.

## La sanción del Código del Niño

En el año 1934 se sanciona el Código del Niño del Uruguay, el cual fue formulado por la Comisión Asesora del Ministerio de Protección a la Infancia<sup>7</sup>, integrado por el Ministro de Protección a la Infancia y los doctores Luis Morquio<sup>8</sup>, Melitón Romero<sup>9</sup>, Julio Bauzá<sup>10</sup>, Sofía<sup>11</sup> Álvarez, Emilio Fournié<sup>12</sup>, Víctor Escardó<sup>13</sup> y José Infanzozzi<sup>14</sup>, y fue expedido por el Poder Ejecutivo a la Comisión Legislativa Permanente el 8 de febrero de 1934.

De acuerdo a Leopold (2002) en la exposición del Código del niño se plantea que “Ninguna organización por perfecta que sea, puede sustituir la vida de familia. Sólo en casos excepcionales se recurrirá a organizaciones colectivas, prefiriéndose un nuevo hogar que sustituya al propio o el régimen que más se acerque a él.” Exposición de Motivos del Código del Niño. (Citado en Leopold; 2002:64) Respecto a este motivo que da lugar a la creación del Código del Niño, se impone la idea de que el mejor medio

---

<sup>7</sup>Ministro Roberto Berro, Médico Pediatra, Senador y Magistrado. Presidió el Sindicato Médico del Uruguay en 1925 y participó en las redacciones de los Boletines del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

<sup>8</sup>Luis Morquio, destacado Médico Uruguayo. Profesor Titular de Medicina Infantil. Dirigió el Asilo de Expósitos y Huérfanos. Participó en la fundación de diversas instituciones (Sociedad de Pediatría de Montevideo, la Sociedad Uruguaya de Nipiología, Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura, Instituto Internacional Interamericano del Niño). Contribuyó en las redacciones de los Boletines del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

<sup>9</sup>Melitón Romero, Abogado y Magistrado.

<sup>10</sup> Julio Bauzá, destacado Médico Uruguayo. Practicante Interno de la Asistencia Pública Nacional. Trabajó en los Servicios de los Doctores Francisco Soca y Pedro Visca, en el Hospital Maciel, en el Asilo de Expósitos y Huérfanos. Redactor de los Boletines Interamericanos del Niño.

<sup>11</sup>Sofía Álvarez, Abogada. Senadora del Partido Colorado.

<sup>12</sup>Emilio Fournié, Maestro de segundo grado y Contador Público.

<sup>13</sup> Víctor Escardó, Médico Pediatra Uruguayo. Profesor agregado de ciencias físico-químico-naturales; profesor de física biológica; profesor interino de histología; Jefe del Servicio de Fisioterapia del Hospital de Niños, Miembro de la Sociedad de Radiología de París; Médico Honorario del Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura; Presidente de la Sociedad de Pediatría de Montevideo.

<sup>14</sup>José Infanzozzi, Doctor en Medicina. Jefe de Clínica Obstétrica.

para que esté el niño o niña es su medio familiar y no una institución como en el régimen anterior.

Una de las disposiciones más relevantes que presenta el Código es la creación del Consejo del Niño; este último debería ocuparse de todos los problemas vinculados a la infancia, desde su gestación hasta la mayoría de edad, debería velar por todos los aspectos vinculados al bienestar de los/as niños/as, remarcando entre ellos higiene, trabajo, educación, Servicio Social, etc.

El Código establece que el Consejo del Niño directamente o por intermedio de los Comités Departamentales o Locales, tendría a su cargo la organización, funcionamiento y contralor de los establecimientos destinados a atender las siguientes necesidades: asistencia a la mujer embarazada, asistencia a la madre y al recién nacido, asistencia a la madre soltera, asistencia del lactante y del niño pequeño, asistencia de los niños enfermos, asistencia y educación al niño en edad preescolar, escolar y liceal; asistencia y protección a los niños abandonados, asistencia y protección de los niños en falta social hasta la mayoría de edad y asistencia y protección al menor y a la madre que trabajen. (Artículo séptimo del Código del Niño)

En otra dirección, a través del Código del Niño se dispuso como parte de las Divisiones Técnicas a crear en el Consejo del Niño, una con la denominación del Servicio Social, la que se encargaría de la formación de las visitadoras sociales; asimismo también crearía divisiones para la Puericultura prenatal, Primera infancia, Segunda infancia, Adolescencia y trabajo, Higiene, Educación y Jurídica; dichas divisiones técnicas se crearían con el fin de una mejor realización de sus cometidos.

En lo que refiere a la División del Servicio Social se encargaría de la organización de la Escuela de Servicio Social y de la implementación del Servicio

Social en todos los organismos que dependan del Consejo del Niño. Los Consejo del Niño y de Salud Pública establecerían de común acuerdo la Escuela de Servicio Social, fijando su plan de estudios, programas, horarios, etc. La Escuela expediría los certificados y títulos correspondientes. Asimismo, el Consejo del Niño podría nombrar comisiones de vigilancia y propaganda para hacer efectivos los objetivos del Servicio Social y la Escuela de Servicio Social quedaría encargada de preparar el personal auxiliar que tuviera que intervenir en cualquier aspecto vinculado a los problemas del bienestar infantil.

En un primer lugar, se puede visualizar la fuerte corporación médica por la cual estaba conformado el Código. Leopold (2002) indica que es por ello que el Código toma en cuenta el ciclo de vida biológico.

De acuerdo a Ortega (2008) el Código del Niño puede considerarse como un momento clave en la institucionalización de mecanismos de inspección y vigilancia hacia la familia, especialmente dirigidos a la mujer, ya que a esta última se la considera como “reina del hogar” y es quien debe velar por el bienestar tanto de sus hijos como de su marido.

De igual modo, se puso énfasis en las uniones legítimas de los matrimonios y de los niños/as, convirtiéndose este aspecto en una línea de acción otorgada al Servicio Social; este último punto se profundizará más adelante.

## **Familias uruguayas 1940-1960**

A mediados del siglo XX, en Uruguay ya estaba completamente consolidado el modelo de familia nuclear. De acuerdo a Filgueira (1996) la imagen de este modelo responde a ciertos estereotipos que para el presente período ya estaban bastante generalizados y difundidos en la sociedad. La familia nuclear se encontraba constituida por los dos padres biológicos y sus hijos, en la cual el padre era el principal sostén económico de la familia, que obtenía sus ingresos del trabajo realizado fuera del hogar, y con una madre que dedica la mayor parte de su tiempo a las tareas domésticas y cuidado de sus hijos.

Filgueira (1996) indica que a este sistema de familias se le ha denominado sistema de proveedor único del ingreso familiar. Se destacan aspectos económicos, socioculturales y demográficos que incentivaron los cambios al interior de la familia. El plano demográfico fue sacudido por la fuerte influencia de la transición demográfica ocurrida en el país, por el índice elevado de la mortalidad infantil y por el envejecimiento de la población que se estaba atravesando. En el plano económico, se resalta como cambio fundamental la participación creciente de la mujer en la órbita laboral y en el plano sociocultural se destacan los cambios asociados a la revolución sexual, la revolución de los divorcios y los movimientos por la igualdad de género.

Hasta acá se ha hablado de la dinámica familiar nuclear, pero también resulta interesante señalar que en la época también existieron otras dinámicas familiares, si bien no fueron modelos familiares, se considera pertinente mencionarlas. Ellas son familias con jefatura masculina sin cónyuge y con jefatura femenina sin cónyuge. Sin embargo, el centro de la atención para la familia estuvo ubicado en la familia nuclear, ella estuvo

en el centro de todos los debates y estuvo perfectamente acondicionada para que interiormente fuera un ámbito de socialización. (Donzelot, 1998; De Martino, 1995)

Hacia 1950 las mujeres tenían en promedio tres hijos, por lo que las familias habían descendido su número de hijos a la mitad en comparación con principios de siglo; no llama la atención si se tiene en cuenta que uno de los mecanismos que fue aflorando durante el 900 fue el control de la natalidad. De acuerdo a Pellegrino et al (2008) durante la primera mitad del siglo, una de las estrategias desarrolladas para controlar el número de hijos estuvo relacionada con la abstención, el “coito interruptus” y el aborto. Mientras que para la segunda mitad del siglo, se originó la “segunda revolución contraceptiva” que permitió la creación de nuevos métodos eficaces para evitar los embarazos, ello estuvo asociado a que la mujer comenzó a ser considerada más allá de lo doméstico y de la maternidad, se la integró al mercado de trabajo, a la educación secundaria y universitaria, todos estos cambios fueron apuntalando un modelo familiar reducido y que en promedio rondaría en dos hijos por mujer.

No obstante, las pautas de reproducción de las mujeres tienden a diferenciarse en dos grandes grupos: uno que retrasa la edad de la primera maternidad debido a cambios vinculados al estatus de la mujer en la sociedad y la inscripción de enfoques disímiles sobre el rol de la mujer y la maternidad; y otro compuesto por madres adolescentes que adelantan la edad de inicio a la vida sexual y de la maternidad. Este último aspecto, suele vincularse a procesos de marginalización, de carencias afectivas, de insuficiente o inexistente educación sexual para los jóvenes. (Pellegrino; 1997)

Respecto a estos dos grandes grupos, algunos estudios arrojan que el comportamiento diferencial de cada uno varía según edad, nivel educativo, inserción en

el mercado del empleo y necesidades básicas insatisfechas; según los estudios existentes, las mujeres menos educadas, menos insertas en el mercado de empleo, con necesidades básicas insatisfechas, tienen un comportamiento reproductivos más alto que los otros sectores sociales. (Pellegrino et al; 2008)

Ahora bien, retomando el tema de la demografía familiar, es en este período que vuelve a resurgir un fenómeno de gran preocupación para el Estado; y es que la mortalidad infantil<sup>15</sup> nuevamente comenzó un período de estancamiento, el que se ubica desde 1946-1977. En dicho período el valor de la tasa de mortalidad infantil estuvo ubicado en los 50 por mil desde fines de la década del 40 a fines de la década de 1970.

---

<sup>15</sup>El análisis de la mortalidad infantil suele dividirse en dos períodos: la mortalidad neonatal refiere a las defunciones ocurridas antes de 27 días y la mortalidad posneonatal incluye a las defunciones de aquellos niños que murieron entre 28 y 364 días. Mientras que en el primer mes de vida la mortalidad se relaciona con causas endógenas y con problemas relacionados con el embarazo y el parto (por ejemplo anomalías congénitas, malformaciones, etc.), la mortalidad de los niños que sobreviven al primer mes está más influenciada por causas exógenas. En este grupo de causas se destacan las enfermedades de origen infeccioso, entre las cuales la diarrea y las dolencias respiratorias han jugado históricamente un papel relevante. Mientras que se considera que la mortalidad neonatal es más difícil de evitar, por su propia naturaleza endógena y requiere de fuertes inversiones en tecnología médica, la mortalidad posneonatal es más sensible a medidas de salud pública relativamente poco costosas (por ejemplo vacunaciones), a la difusión de normas de higiene y al propio desarrollo del entorno ambiental, económico y social. Por esta razón su descenso suele anteceder a la mortalidad neonatal, que se visualiza como la porción “dura” de la mortalidad infantil. (Cabella et al; 2007:03)

Las principales causas de este fenómeno eran adjudicadas a la tuberculosis, diarrea y enteritis, sífilis, enfermedades respiratorias y enfermedades contagiosas.

De acuerdo a Cabella et al (2007) hacia 1950 las enfermedades infecciosas eran responsables del 56,3% de las muertes infantiles, siendo las enfermedades infecciosas intestinales la primera causa de la mortalidad infantil; entre 1952 y 1962 la mortalidad por diarrea se redujo un 55,5%, pero desde ahí y durante algo más de 15 años se mantuvo estancada. Dentro de las enfermedades infecciosas, la otra causa importante es aquella que reúne a las infecciones respiratorias, después de iniciar su tendencia descendente en la década de 1940, la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias se mantuvo estancada durante 20 años. Por último, en lo que respecta a la mortalidad por causas originadas en el período perinatal, la mortalidad neonatal se mantuvo estable, en valores de poco más del 20 por mil, aunque con algunos leves aumentos desde principios de la década del 60 hasta el 1977. (Cabella et al; 2007)

De esta forma, la mortalidad infantil se volvió a convertir en un problema sanitario para la época, cuyo tratamiento ocupó un lugar fundamental en las políticas que desarrolló el Estado. De este modo, fue el Código del Niño el que dirigió su preocupación hacia la niñez. (Morás; 2012)

Ahora bien, retomando los aportes de Morás (2012) dicho Código podría caracterizarse por una doble función de la acción estatal, por un lado sería protector de la niñez y por el otro preventivo de la criminalidad infantil. Desde el punto de vista de los redactores del Código, se puede decir que el abandono material o moral sería un problema grave, plantearía un daño en el cuerpo físico del niño y también un daño al cuerpo social.

La idea de que un niño abandonado era un probable transportador de enfermedades agudamente infecciosas, admitió creer que su salvación, era una necesidad, ya que se estaba en un contexto demográfico de escasa población, lo que podría conllevar a una falta de mano de obra para el trabajo. Al mismo tiempo, se expandiría en la sociedad una imagen de pánico ante el avance de enfermedades contagiosas, por lo que la protección del niño además se tornó como un requerimiento imprescindible para la propia supervivencia individual y social. (Morás; 2012)

Un niño abandonado sería un futuro mendigo, su proyección aparente sería la de situación de calle, la del abandono del sistema escolar y se establecería como una situación pre-delincuencial que causaría preocupación. En ese sentido es que se tornó necesario salvaguardar al niño, pero no por motivos sentimentales o por promoción de derechos, sino por razones de la escasez de mano de obra, y a su vez, como un ahorro en otros tipos de recursos como lo eran los hospitales, asilos, etc. (Morás, 2012)

Leopold (2002) indica que si el o la niña no se adecuaban al prototipo de infancia que la sociedad había impuesto (en el que la familia y la escuela eran las bases de referencia), se lo colocaría en un marco de situación irregular<sup>16</sup>, lo que obligatoriamente resultaría entendido en representaciones de abandono moral o material e infracción.

Dicha situación irregular ubicaría la preocupación en lo que Donzelot (1998) denomina como infancia en peligro e infancia peligrosa. Asimismo la mirada también apuntaría a la familia, visualizándola como capital social, y es que la familia con o sin patrimonio, era un sistema económico de gestión, que lejos de haber sido anulado por la

---

<sup>16</sup>Doctrina que hace referencia a “la creación de un marco jurídico que legitima una intervención estatal discrecional sobre esta suerte de producto residual de la categoría infancia, constituida por el mundo de los menores.” (García Méndez; 1994,79)

revolución industrial, la manipuló y fortificó (Perrot, 2001). Es por ello, la creciente preocupación y la mirada minuciosa sobre la niñez y su sistema familiar, ya que teniendo en cuenta lo descripto anteriormente no era posible vigorizar un buen porvenir para la sociedad uruguaya respecto a los “abandonos” “inadaptados sociales” “minoridades desviadas”.

Respecto a dichas categorías, se puede decir que se las entenderá como categorías de abandono moral o material, en las que se procuraría moralizar y sancionar a la infancia pobre de la sociedad uruguaya de mediados de siglo. Actuándose para "modelar" psicológica, social y moralmente a los "beneficiarios" del sistema, conduciéndolos al ámbito del internado, bajo la tutela o internación. (Leopold; 2002)

En síntesis, a mediados del siglo XX ya se había consolidado el modelo de familia nuclear, el cual había comenzado a gestarse entre 1880-1890. El lugar de la familia se enfrentó a un perfil y a una clara política social relacionada por disputar una tutela de la infancia, que tuvo como epicentro al hogar- familia. Ella, a fines de los sesenta, siguiendo a De Martino (1998) comenzó a vivir una gran desestabilización relacionada a su credibilidad como institución y consideración social.

Se puede decir que el lugar de la familia a mediados del siglo XX dependía del sector social al que se pertenecía, pero que tanto el sector subalterno como el sector burgués, vivenciaron nuevas formas de control para regular y normalizar sus modelos de familias. A grandes rasgos, la familia pobre era considerada como el agente al que se debía normalizar y regularizar respecto a las problemáticas de la época (abandono de niños, hijos ilegítimos, ausencia de educación, promotora de enfermedades, promoción filantrópica del matrimonio entre otros) mientras que la familia burguesa estaba

considerada como el agente que debía ser difusor de valores y eran quienes estarían asociadas a la alianza médica.

Más allá de estas diferencias que se originaron entre las familias pobres y las familias burguesas, se debe destacar que también se produjeron cambios que refieren a la familia en su totalidad. Ellos estuvieron vinculados a derechos civiles y políticos que alcanzaron las mujeres, de los que es realmente significativo destacar la disolución de las sociedades familiares por la sola voluntad de la mujer en el año 1913, así como el acceso de la educación hacia ellas.

De acuerdo a De Martino (2002) estas reformas legales se las puede ubicar como el primer acercamiento a la construcción de una familia no patriarcal mediante el fomento de la libertad e igualdad en los contratos matrimoniales, el divorcio, las leyes de potestad y derechos económicos de la mujer (acceso al trabajo). Con estas nuevas legislaciones, el Estado de Bienestar, más que una concepción de familia intervino en las problemáticas familiares a partir de una perspectiva de derechos individuales, y en muchas oportunidades en conflicto con el interior de la organización familiar.

Es importante conocer, pensar, analizar y re-analizar a la diversidad de ser madre, padre y niño/a, pudiéndola comprender históricamente y socioculturalmente. Asimismo, se plantea necesario poder visualizar a la familia como un campo abierto y flexible y no como un espacio cerrado (De Martino, 2002). En este trabajo se realizó una breve descripción del lugar asignado a la familia, ya que es lo que permitirá y conducirá a entender cómo era considerada por el Servicio Social, a problematizar los motivos que conducen a pensar en una familia “tipo” “ideal”.

## Capítulo II

### Familia y Servicio Social

Hacia principios del XX, y en Uruguay, el Estado se apropia de algunas dimensiones del espacio social. Esto corresponde al periodo del Batllismo temprano<sup>17</sup>, situado en las primeras tres décadas del siglo XX, en dicho período se consolida la presencia del Estado en la economía, la sociedad, afirmó la propiedad privada y se reinsertó al Uruguay en el contexto mundial. Tanto en el campo de la salud como en el de la educación se elaboraron estrategias de disciplinamiento y control. La intervención Estatal ayudó a la centralidad de las mediaciones políticas de la sociedad uruguaya y fueron consolidados los partidos políticos como intermediarios entre el Estado y la sociedad civil. (Ortega; 2008)

Es en ese período donde se crea un ámbito ideal para el surgimiento de profesiones, como por ejemplo el Servicio Social. Dicho surgimiento tenía como fin crear un nexo entre instancias educativas y/o médicas y las familias principalmente pobres.

En dicho período se produjo lo que es denominado como la medicalización de la sociedad uruguaya.

Con el término medicalización, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado

---

<sup>17</sup> Las primeras tres décadas comprenden 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).

de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios.

Menéndez (citado en Mitjavila; 1998:2)

De esta manera, el poder médico se impuso en la vida de los individuos, se comienza a intervenir en lo social en nombre de la salud y a ejercer controles que anteriormente no eran potestad de la medicina. Barrán (1993) indica que la sociedad uruguaya se medicalizó en tres niveles: el nivel de atención, el cual estuvo asociado con el rol progresivo que tuvo el médico respecto al tratamiento de la enfermedad; el nivel de la transformación de la salud en uno de los valores principales de la sociedad, este nivel estuvo asociado al cambio de la percepción de los sujetos hacia la salud y el nivel de la posesión de las conductas periódicas, valores unidos e imágenes por parte de la sociedad. La medicina popularizó su saber y se adueñó del monopolio del tratamiento de la enfermedad, buscando así la preservación de la salud y anulando todo tipo de tratamiento hacia la enfermedad que no fuera basado en términos médicos.

De este modo, dentro de este proyecto medicalizador se ubica el modelo higienista que caracterizó a la sociedad uruguaya durante las primeras décadas del siglo XX. Dicho modelo refiere a “la localización de 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). En otras palabras, el modelo higienista se caracterizó por colocar las causas de las enfermedades en el medio externo al individuo y ello tuvo consecuencias en la forma de organizar la asistencia y el papel de las profesiones que surgen en ese momento histórico.

Como se trató en el capítulo anterior el período que comienza en 1933-34 tuvo un carácter autoritario que permeó la vida social.

Posteriormente, en los últimos años de la década del 40, se produce la restauración de un proyecto reformista similar al del primer Batllismo, denominado neobatllista, desarrollado entre los años 1947-1958. Se inicia en marzo del año 1947 con el gobierno de Tomás Berreta, quien fallece en agosto del mismo año, asumiendo su lugar el vicepresidente Luis Batlle Berres. Dicho período se caracterizó por la práctica de algunas ideas pertenecientes a la ideología batllista, enfatizando así el impulso a la industria, los avances del Estado en la prestación de servicios públicos y el incremento de legislación laboral y social (Nahúm; 2004)

El proyecto político neobatllista estuvo basado en las ideas de progreso, justicia social, libertad, democracia y orden; asimismo, el papel del Estado estuvo dirigido fundamentalmente al estímulo de la empresa privada, al proteccionismo de la actividad industrial y a la política redistributiva. (Ortega; 2008)

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.*” (Panizza en Ortega; 2008: 75) Sin embargo, se puede identificar una diferencia entre el batllismo y el neobatllismo, y es que para este último, el orden social era algo a ser preservado, mientras que para el Batllismo era algo a ser construido (Ortega; 2008)

Una de las diferencias fundamentales que se identifica en este período es que se produjo el cambio de un modelo higienista a un modelo preventivista, este último consideró que las fuentes de la enfermedad se encontraban en el propio sujeto, mientras que en el modelo higienista se consideraba que las fuentes de enfermedad se ubicaban

en los ambientes externo al sujeto, esta transformación se representa en la aseveración del modelo preventivista. (Ayres en Ortega; 2008)

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 (Ortega; 2008: 77)

Siguiendo a Ortega (2008) las ideas preventivistas estaban adquiriendo un lugar central en el pensamiento médico y también a nivel general. Respecto a ello, comienza a surgir la idea de que la prevención solo sería posible con la participación de otros profesionales mediante la tarea de educar, de las que estuvieron encargadas las visitadoras y asistentes sociales. En este contexto surge

(..) el supuesto de que la educación es un medio válido para lograr la prevención de 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 (Ortega; 2008: 81).

Seguidamente, se hace hincapié en adjudicar al individuo las causas de las enfermedades, asociándolas a su ignorancia y a la ausencia de educación sanitaria, siendo causas de enfermedades que se podían evitar (Ortega; 2008). Frente a esta ausencia de educación sanitaria, es que se dispuso como una de las funciones socio institucionales más relevantes del Servicio Social, la tarea de la prevención sanitaria, pero bien, antes de adentrarnos en las funciones socio institucionales adjudicadas al Servicio Social respecto a la familia, se considera fundamental mencionar un panorama general de la formación que brindaban las escuelas existentes de Servicio Social en la época para la asignación de dichas funciones, motivo por el que se describirán a continuación de forma general las Escuelas de Servicio Social existentes en la época.

### **Las primeras Escuelas de Servicio Social:**

Bralich (1993) plantea que existirían tres escuelas para la formación en Servicio Social en el periodo histórico que enmarca el presente trabajo; la Escuela de Servicio Social del Uruguay, creada en el año 1937, la escuela de Sanidad de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública creada en el año 1934 y que posteriormente pasaría a ser la Escuela de Servicio del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social, y la Escuela Universitaria de Servicio Social de la Universidad de la República, fundada en el año 1957.

Según este investigador, la Escuela de Servicio Social del Uruguay (E.S.S.U), funcionaría como institución privada y con una concepción católica. Dicha Escuela se crearía con el auspicio de la Unión Católica Internacional de Servicio Social y de la Escuela de Servicio Social de “Elvira Matte de Cruchaga” de la Universidad Católica de Chile. La E.S.S.U otorgaría el título definido como “Visitadora Social”. El plan de

estudios estaría caracterizado por una concepción caritativa e inspirado por la Escuela de Servicio Social chilena.

En lo que respecta a la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social (posteriormente Escuela de Servicio Social del Ministerio de Salud Pública), tiene como antecedente la fundación de la primer escuela que estaría asociada al Servicio Social, la cual dependería del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina hasta la fundación de la Escuela de Sanidad y Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, según Bralich (1993) los cursos que dictaría dicha Escuela comenzarían a funcionar recién en 1939 y se establecerían edades mínimas y máximas para el ingreso del alumnado, siendo ellas 19 y 30 años respectivamente, a su vez se exigiría la aprobación previa de cuatro años de enseñanza secundaria o normal.

La carrera tendría una duración de dos años y su plan de estudios estaría enfocado en los contenidos de anatomía y fisiología, patología general, patología médica y quirúrgica, higiene general, nutrición, economía doméstica, enfermedades transmisibles, bacteriología, higiene social, higiene escolar, higiene industrial, puericultura, maternología, tuberculosis, enfermedades venéreas, administración sanitaria-estadística, práctica de laboratorio, de policlínica médica, quirúrgica y endocrinológica. (Bralich, 1993)

Finalmente, de acuerdo a Bralich (1993) se puede afirmar que la última Escuela que estaría fundada dentro del período estudiado, sería la Escuela Universitaria de Servicio Social de la Universidad de la República fundada en el año 1957. Dicha Escuela otorgaría el título de Asistente Social Universitario, establecería edades mínimas y máximas para su ingreso, siendo ellas 18 y 35 años respectivamente, instituiría a su vez que el alumnado poseyera estudios secundarios o título de maestro; y

su plan de estudios enfocaría los contenidos a la sociología, economía, criminología, ética, etc.

### **Servicio Social y sus funciones socio-institucionales:**

En el contexto de medicalización del 900 y con la instauración de un modelo firmemente higienista, fue que surgió la idea de crear de un cuerpo de visitadoras sociales:

Para emprender las modernas luchas profilácticas, [que concurrirían] a los hogares a vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas más elementales [y levantar] la ficha social, tan necesaria y tan importante como la ficha médica, constando las deficiencias en materia de vivienda, despistando los contagios, estudiando los factores de miseria y las condiciones de trabajo. (Boletín del Consejo Nacional de Higiene en Barrán; 1993: 105).

Siendo este escenario, en el que surgió el Servicio Social, creándose un cuerpo de visitadoras sociales, que tendrían la tarea de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento, de este modo se relacionaría con lo que Donzelot (1998) denominó como la colonización de la vida social.

Las funciones socio-institucionales de las asistentes sociales y visitadoras sociales serían vistas como indispensables. Respecto a ello, Bauzá<sup>18</sup> (1928) expone que

---

<sup>18</sup> Bauzá fue una figura altamente reconocida para la sociedad uruguaya, tuvo una significativa trayectoria académica y laboral. Fue integrante de diversas instituciones reconocidas en el país, entre ellas se destaca su labor como presidente y director general del Consejo del Niño durante seis años. Realizó importantes aportes para la fundación de diversas instituciones. Participó en las escrituras de los Boletines Interamericanos de Protección a la Infancia. Por iniciativa de Bauzá se creó el fichero central infantil y el Servicio Social con el objetivo de prevenir el abandono infantil.

la influencia de la visitadora social en la familia debería ser formidable para que resulte útil, que tenga cualidades concretas, rápida comprensión de los problemas elementales de la familia, ya que de esa forma encontraría las soluciones más favorables para ellas.

Según Bauzá (1928) la creación de las Escuelas de Servicio Social sería la manifestación del interés que el Servicio Social despierta, y debía ser considerado bajo tres aspectos. El primero de ellos sería el aspecto paliativo, es decir poner un remedio momentáneo a los males sociales. El segundo sería curativo, debería no solo aplacar sino curar el mal social; y el último sería preventivo, orientaría las actividades sociales, de modo de evitar las situaciones a las que habría que aplicarles los medios anteriores; a este último es que Bauzá (1928) lo denomina como el verdadero Servicio Social.

Las funciones del Servicio Social estarían dirigidas principalmente a los aspectos asociados al orden higiénico, Bauzá (1928) expresa que sin desatender los problemas de orden social, la visitadora inscrita a un servicio médico vigilaría con más atención los problemas que estaban asociados a la higiene, indagando la influencia que pudieran desplegar sobre los procesos patológicos. Ello serviría al médico para obtener informes sobre los hábitos y antecedentes del enfermo y todos los datos de interés para el diagnóstico o tratamiento que el médico considere conveniente.

La visitadora social sería caracterizada por sus intervenciones “cariñosas, diligentes y hábiles”, las cuales le permitirían conseguir la realización de las cosas que parecían imposibles. A la visitadora social le correspondería crear un nexo entre el médico y la familia, produciendo así un ambiente de absoluta confianza que facilitaría al médico la ejecución del tratamiento que se indique. (Boletín del Consejo del Niño; 1928)

Bauzá (1928) destaca que las funciones de utilidad de la visitadora social serían las referidas a la desocupación de padre, desorden familiar a causa del padre o madre, estado civil irregular, legitimación de los hijos, orientación profesional, educación de los hijos, niños anormales, niños enfermos, embarazo de la madre, malas condiciones de la habitación, alimentación insuficiente, profilaxis de enfermedades contagiosas, consejos de dietética, primeros auxilios en caso de accidente, aplicación de inyecciones, vinculación con otras obras de beneficencia, despistar la tuberculosis dirigiendo a los sospechosos al hospital, profilaxis de enfermedades sexuales e higiene de boca.

De acuerdo a este escenario se puede visualizar prácticamente la colonización de casi todas las áreas sociales, sobre todo desde la profesión médica hacia los espacios ajenos a ella. Siguiendo a Mitjavila (1998), la colonización de la vida social por parte de la profesión médica no compone una marca de distinción que haya poseído siempre y del mismo modo.

A modo de conclusión, siguiendo a Ortega (2008) se puede decir que el nacimiento y desarrollo del Servicio Social esta genéticamente ligado al modelo higienista y al referido proceso de medicalización de la sociedad uruguaya. Se tendería a privilegiar para la intervención a aquellos sectores pobres, y de esa manera se impondría un control sobre los individuos, control que tendería a la disciplina y regularización del lugar de las familias según los modelos establecidos que fueron descriptos en el primer capítulo.

Por otra parte, el surgimiento del Servicio social y el establecimiento de sus funciones estarían estrechamente vinculados a la sanción del Código del Niño de 1934, que es el primer encargado en establecer la división técnica correspondiente al Servicio Social.

Finalmente, en lo que refiere a las funciones adjudicadas al Servicio Social en relación a la familia se pueden apreciar principalmente las que referían a los cuidados higiénicos, a todos los aspectos asociados para el bienestar de la salud, a la inscripción de los/as niños/as, a desaconsejar estados civiles irregulares que darían lugar a los hijos ilegítimos, a prevenir la transmisión de enfermedades tanto venéreas como sexuales, favorecer la educación para los hijos, evitar desórdenes familiares entre otras cosas.

### **Capítulo III**

#### **Una aproximación a la familia desde el Servicio Social: Funciones socio-institucionales de la intervención profesional en las familias populares**

Para el desarrollo del presente capítulo se utilizaron las entrevistas de las asistentes sociales egresadas de las escuelas de Servicio Social que constituyeron la base empírica en la investigación realizada por Elizabeth Ortega y presentada en el libro de “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista.”

Estas entrevistas se caracterizaron por ser entrevistas en profundidad, el criterio de su selección consistió en que las visitadoras o asistentes sociales hubieran estudiado o se hubieran desempeñado profesionalmente en el período que transcurre entre 1940 y 1960. Las entrevistas estuvieron dirigidas a profesionales que contaban con una trayectoria significativa en el Servicio Social.

En primer lugar, se desprende de la mayoría de las entrevistas de las asistentes sociales egresadas de las escuelas de Servicio Social que el Servicio Social intervenía exclusivamente en las familias que no tenían recursos, es decir, las familias pobres.

Seguidamente, resulta interesante señalar que las funciones principales que desplegaba el Servicio Social consistían en aplicar técnicas de prevención y educación, y al mismo tiempo debían estudiar las condiciones sociales de la familia.

En lo que refiere a la selección de las familias, de acuerdo al testimonio de una de las entrevistadas, se recoge que las familias a ser intervenidas por el Servicio Social

eran seleccionadas. Este aspecto se puede ver reflejado en la cita que se presenta a continuación, en la que la entrevistadora y la entrevistada hacen explícito lo siguiente:

P: ¿Cómo se seleccionaban a esas personas o a esas familias?

R: A las que parecían que estaban más solas, que necesitaban más, que no tenían de comer, que estaban como te voy a decir, (...) a veces era porque estaban demasiado mezclados en vicios o en la prostitución, que en esos pueblitos es horribles o como en todos lados es utilizadas las prostitutas, en todos lados, pero en esos pueblitos es peor. Yo podía dar inyecciones y podía tomar la presión.”

Respecto a este testimonio, se puede visualizar una de las grandes problemáticas que pretendería abordar el Servicio Social dentro de las familias, donde el Estado, como se mencionó en el primer capítulo, buscaría censurar los vicios y controlar la sociabilidad popular. A su vez, en este extracto de entrevista, se puede apreciar la gran asociación médica que tenían las visitadoras para con las familias así como la variedad de técnicas que aplicaban.

En segundo lugar, se recoge de algunos testimonios de las entrevistadas, que desde el Servicio Social se le otorgaba una gran importancia a la familia. Asimismo, se desprende de las entrevistas que existía una problemática en lo que refiere al área jurídica acerca de la regularización de la inscripción de los niños en el Registro Civil. En este sentido, dos de las entrevistadas reflejaron dicha problemática manifestando lo siguiente:

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 y que recibían niños.

“(..)Gente que no estaba inscripta, ni pensión a la vejez a veces, cosas que, bueno capaz que ahora, dice que ahora hay chicos también que no van a la escuela que no podés ni creer que en este año esté pasando esto en Uruguay (...)”

Como respuesta a esta problemática, la asistente social o visitadora debía concurrir a los domicilios para controlar la inscripción de los hijos, y en caso de una ausencia de inscripción de los niños, debía proceder a regularizarlas. Una de las entrevistadas alega la importancia de la inscripción jurídica dado que en caso de no realizarse, “no existías para la sociedad, para los programas, las políticas, etc.”

En tercer lugar, el Servicio Social consideraba a la familia en términos de composición, es decir si era una familia reducida o numerosa. Al mismo tiempo, el Servicio Social debía fomentar uniones matrimoniales; esto último se puede ver asociado con la concepción de que los hijos debían ser legítimos. En este sentido, resulta interesante señalar la respuesta de una de las entrevistadas cuando se la interroga acerca de sus tareas: “Mirá, entre hacer casamientos, hacer como es, gente que no estaba anotada en el registro civil, yo qué sé cantidad de arreglos, de matrimonios peleados, yo qué sé cuánta cosa, bueno todo lo que hace el asistente social.”

En cuarto lugar, cabe destacar que en muchas de las entrevistas, las asistentes sociales y visitadoras referencian su trabajo familiar en el contexto médico y al cuidado de los niños, más específicamente en el Consejo del Niño.

Por otra parte, el Servicio Social debía controlar cómo vivían las familias pobres y evaluar las condiciones en las que vivían. También debía indagar en la posesión de recursos de las familias y sus ingresos; respecto a ello, una de las entrevistadas relata que:

“Recuperar a los individuos, que tuvieran un buen uso de los recursos, que en realidad había bastantes para las necesidades, la relación recursos-necesidades (...) 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.”

En lo que refiere a los niños que eran abandonados o que habían sido internados por alguna problemática en particular, resulta interesante señalar el testimonio de una de las entrevistadas que se desempeñó en el Consejo del Niño:

“(...) lo esencial de este servicio era, para evitar la internación de los niños en los hogares, por eso es lo que me parece que para mí era un servicio maravilloso, que claro, después con el tiempo todo va un poco así, no sé, (...), no sé como se dice, un poco, que capaz que hay que tomar las riendas de vuelta, pero, porque se evitaba la internación, entonces esa gente que iba a pedir para internarlos, el que no podía esto, ni con el alquiler, o le faltaban las camas, o le faltaba esto, trabajo, todo eso (...)”

Este señalamiento se puede ver asociado en lo que se describió en el primer capítulo, respecto al descubrimiento de la Infancia, y resulta interesante destacar los aportes de Leopold (2002) acerca de que el lugar en el que debía estar el niño era en su hogar y no en una institución. Este aspecto se encuentra visible en las propuestas de atención a la infancia, específicamente en la exposición del Código del Niño, en el que se describe que “ninguna organización por perfecta que sea, puede sustituir la vida de la familia. Sólo en caso excepcionales se recurrirá a organizaciones colectivas, prefiriéndose un nuevo hogar que sustituya al propio o al régimen que más se acerque a él”. Exposición de Motivos. (Citado en Leopold; 2002:64)

En quinto lugar, se observa como desde el Servicio Social se debía educar a las familias pobres en relación a ser madres; respecto a ello, una de las entrevistadas relata lo siguiente:

La otra parte, la social, digamos, la capacitación de la gente, porque las madres, la mayoría no saben criar a un hijo, y nosotros sabemos como a la madre hay que orientarla para que este niño que usted lo tiene, que lavar, que usted lo tiene que dar de comer.

Este testimonio se encuentra claramente vinculado a lo que Donzelot (1998) expone respecto a las familias subalternas, donde las mujeres debían aprender a ser madres, se las responsabilizaba por el cuidado de sus hijos, regulando así su espacio familiar mediante la preocupación por la niñez, la crianza y la situación de los hijos abandonados.

Finalmente, cabe destacar que de la mayoría de las entrevistas se desprende que las funciones socio-institucionales de las asistentes sociales y/o visitadoras sociales

hacia la familia estaban fuertemente asociadas al contexto médico. De ello interesa destacar dos testimonios de las entrevistadas que reflejan netamente dicha asociación:

La última parte netamente profesional, estuvo muy vinculado a temas que tenían que ver con enfermedades crónicas, enfermedades terminales, violencia, droga y la ética clínica que al final terminé los últimos años siendo la coordinadora de eso. (...) De eso, las enfermedades en el niño, (...) Y en general ¿cómo conseguían trabajo? Mirá no tengo mucha idea, siempre en el área de salud.

Del análisis de estos fragmentos de las entrevistas, se puede interpretar que las funciones socio-institucionales del Servicio Social hacia la familia estuvieron vinculadas principalmente al área médica; en otras palabras, el proyecto medicalizador y el modelo higienista desarrollado en la sociedad uruguaya estuvo estrechamente ligado a las funciones socio-institucionales adjudicadas al Servicio Social.

Retomando los aportes de Ortega (2008) las estrategias que estuvieron asociadas a la prevención de la salud estuvieron relacionadas con la idea de un estado de bienestar, permitiendo así la apertura de un espacio social que justificara su intervención. De este modo, la ampliación del campo de la medicina encontró en la familia un espacio privilegiado para la construcción y reafirmación de referencias morales e higiénicas.

Dicho espacio privilegiado que se encuentra en la familia para construir las nuevas moralidades y establecer las medidas preventivistas estuvo asociado con el nacimiento de la preocupación de la mortalidad infantil, que como se mencionó anteriormente, mantenía un índice muy elevado; el nacimiento de la preocupación

política acerca de la mortalidad infantil se debe a que ese índice mide el grado de adelanto de un país.

De esta forma, de acuerdo a Ortega (2008) se amplió la intervención en lo social, especialmente mediante el desarrollo de las actividades técnico-sociales, que establecieron las funciones esperadas respecto del Servicio Social, entre las cuales se enfatiza la Obra Social.

Ésta 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.). (Ortega; 2008:105)

Por último, respecto a dicha Obra Social es que se pueden ver reflejados todos los fragmentos mencionados de las entrevistas, en donde las distintas asistentes sociales entrevistadas mencionan cómo sus principales tareas desarrolladas las referidas a la unión legal del matrimonio, relatando una de ellas que debía fomentar este último; las inscripciones tardías de los niños en el Registro Civil, situación que según los relatos de las entrevistadas, sucedía con mucha frecuencia; pensiones de invalidez sin cobrar, teniendo que efectuarlas e informarlas; y finalmente lo que refiere a la educación

sanitaria de mediados de siglo, asociada a las ideas preventivistas como forma de instaurar la preservación y el cuidado de la salud, regulando que se efectúen los controles de salud y todo lo referido a las normas de higiene.

## **Reflexiones finales**

La presente monografía pretendió realizar una aproximación teórica al lugar asignado a la familia desde el Servicio Social entre las décadas de 1940 a 1960 en la sociedad uruguaya. Para ello en primer lugar se describió la conformación demográfica de las familias durante el transcurso del siglo XX, la que permitió identificar que existieron profundas diferencias entre las familias de la primera mitad con las familias de la segunda mitad del siglo XX, para abordar la demografía de las familias uruguayas se tuvieron en cuenta tres fenómenos: la mortalidad, la fecundidad y la mortalidad infantil.

Hacia 1900 la mortalidad infantil se encontraba con un índice estable; sin embargo se produjeron dos períodos de estancamiento durante 1900-1940 y 1946-1977, derivando en uno de los principales focos de preocupación para el desarrollo de las políticas del Estado, ya que el índice de la mortalidad en dichos períodos se ubicó en valores muy elevados, por lo que se implementaron estrategias y dispositivos para abordar la problemática de la mortalidad infantil, ya que como se mencionó anteriormente, el grado de la mortalidad infantil habla de la evolución o involución del estado de un país.

En las primeras décadas del 900 se impuso el modelo de familia nuclear, este modelo es caracterizado por los padres biológicos, por la poca diferencia de edad entre los cónyuges y por la reducción en la cantidad de hijos. En lo que respecta a la composición familiar, en las familias de la segunda mitad del siglo ya se había consolidado la reducción de la cantidad de hijos, teniendo un promedio de dos a tres hijos por mujer.

La reducción en la composición familiar estuvo asociada con la primera transición demográfica ocurrida en el país, con el control de natalidad sucedido en el 900, con la incorporación de la mujer en la educación secundaria y universitaria, con el ingreso de la mujer al mercado laboral, etc., dichos fenómenos derivaron en que la mujer retrase la edad para tener su primer hijo. Siendo menester aclarar que existen profundas diferencias en la composición demográfica entre las familias burguesas y las familias subalternas, sin embargo no existen estudios que permitan arrojar sus diferencias en cantidades de hijos; esto último se debe a que entre 1908 a 1963 no se realizaron censos ni encuestas continuas de hogares.

Seguidamente, el lugar de la familia en el transcurso del 900 estuvo caracterizado por las estrategias de disciplinización y normalización hacía ellas, dichas estrategias se diferenciaron de acuerdo al sector social al que se dirigirían. Respecto a las familias burguesas establecieron una alianza con el poder médico, mientras que a las familias populares, se les ejerció una tutela que estableció como epicentro su vigilancia.

En el caso de Uruguay se podría afirmar que el marco de las estrategias disciplinadoras está comprendido dentro de la nueva sensibilidad que en el país estaba surgiendo hacía inicios de siglo XX. Para poder comprender el surgimiento de esta nueva sensibilidad, se deben tener en cuenta las transformaciones económicas y sociales que se estaban sucediendo en el Uruguay del novecientos. En este marco de modernización Leopold (2002) indica que se estaba frente a un descubrimiento de la infancia; es este descubrimiento el que le dio origen a los decretos y leyes que se originaron frente a la categoría de la infancia; ellos proporcionaron la comprensión de las nuevas exigencias de las organizaciones familiares.

De acuerdo a Leopold (2002) este proceso de descubrimiento de la infancia tiene una clara correspondencia con la creación de los dispositivos institucionales que abarcaron su atención. Dichos dispositivos fueron: la sanción del Código del Niño en 1934, del Código Penal y la creación del Consejo del Niño.

El Código del Niño vendría a dar respuesta a las principales preocupaciones del Estado uruguayo, dichas preocupaciones estuvieron orientadas a: la conformación de la nación, al crecimiento demográfico, la higiene, la salud de la población, la preparación del matrimonio, normalización de las alianzas conyugales. (De Martino, 1995)

En este marco del Código del Niño, de acuerdo a Leopold (2002) la mujer debería cumplir un rol fundamental, ya que no solo sacaría al hombre del bar y lo estimularía al trabajo, y a los niños de la libre circulación pública, sino que también su “reinado” se apoyó en el manejo adecuado de la economía doméstica. En ella también recaerían los estereotipos de género, siendo estas particularidades las que se utilizaron como explicación para demostrar que sería mejor que el Consejo del Niño se constituya por mujeres, resaltando la importancia del factor cariño en la formación de la niñez.

En otra dirección, la higiene fue un hito fundamental durante todo el siglo XX. En las primeras décadas la sociedad uruguaya se medicalizó, y respondió a un modelo higienista, el que se caracterizaba por ubicar las causas de las enfermedades en los ambientes externos al sujeto; mientras que en la segunda mitad del siglo, se consolidó un nuevo modelo, el modelo preventivista, el que se caracterizó por ubicar las causas de las enfermedades en el propio sujeto.

Las ideas preventivistas adquirieron un lugar central en el pensamiento médico y a nivel general. De ellas se desprende que la prevención solo sería posible con la

incorporación de otros profesionales a través de la tarea de educar, de las que estuvieron encargadas las visitadoras y asistentes sociales.

De este modo el Servicio Social durante las décadas de 1940 a 1960 estuvo fuertemente vinculado al modelo preventivista. Sus funciones socio-institucionales estuvieron dirigidas principalmente a los aspectos asociados a la prevención. Respecto a este aspecto, las asistentes sociales entrevistadas, mencionaron algunas de sus tareas vinculadas a las tareas sanitarias: aplicación de inyecciones, vacunaciones, trabajo familiar en el contexto médico, al cuidado de los niños, enfermedades crónicas, enfermedades terminales, tomar la presión, etc.

En lo que refiere a las funciones socio-institucionales del Servicio Social hacia la familia que estuvieron orientadas a otros aspectos se destacan las siguientes: la desocupación del padre, desórdenes familiares, legitimación de los hijos, educación de los niños, niños enfermos, embarazos de las madres, alimentación insuficiente, búsqueda de empleo, búsqueda de lugares para dejar a los niños, legalidad de matrimonios, pensiones a la vejez, capacitación para buen uso de los recursos, educación para “ser” madre, entre otros.

Finalmente, en lo que refiere a la selección de las familias para ser intervenidas desde el Servicio Social se desprende que se las seleccionaba mediante la ausencia de recursos, insuficiente alimentación, asociadas a los denominados “vicios” de la época; por lo que no intervenían con los modelos familiares de todos los sectores sociales, sino que su intervención estaba dirigida a las familias pobres, que no siempre contaban con ambos padres ni respondían siempre al modelo nuclear de familia, sino, que dichas familias eran más numerosas.

En suma, se identifica en el desarrollo del presente estudio que tanto el lugar asignado a la familia de mediados de siglo XX como a las funciones socio-institucionales adjudicadas al Servicio Social estuvieron vinculadas a las bases de un discurso preventivista focalizado en la salud. Por otro lado, el modelo familiar de la época respondió a un modelo de familia nuclear, las funciones socio-institucionales del Servicio Social estuvieron dirigidas principalmente al área médica y a los niños, y la intervención de la profesión estuvo dirigida a las familias pobres.

### **Referencias bibliográficas:**

- BARRÁN, J y Nahúm, B (1990) El Uruguay del 900: Batlle, los estancieros y el imperio británico. Vol. I. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. Uruguay.
- BARRÁN, J.P (1993): Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 1: “El poder de curar.” Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.
- BARRÁN, J.P (1998): Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3: “La invención del cuerpo.” Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.
- BARRÁN, J.P. (1989): Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: “El disciplinamiento.” Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.
- BRALICH, J (1993) La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia. En cuadernos de Trabajo Social. Montevideo. No 2. Universidad de la República.
- CABELLA, W; PAREDES, M y PELLEGRINO, A (1998) La familia desde la perspectiva de la demografía. Unidad Multidisciplinaria. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay. Documento de Trabajo N° 41.
- DAMONTE, A (1994) Uruguay: Transición de la mortalidad en el período 1908-1963. Unidad Multidisciplinaria. Programa de Población. Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo N° 16. Montevideo, Uruguay.
- DE MARTINO, M. (1995) Una genealogía de la familia uruguaya: familia y modernización en el Uruguay del 900/ Revista fronteras. No. 1, octubre 1995--p 17-54.

- DE MARTINO, M. (2001) Políticas sociales y familia. Estado de bienestar y neo-liberalismo familiarista. Revista del Departamento de Trabajo Social Nro. 4. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo.
- DE MARTINO, M. (2001) Perspectivas teórico-metodológicas para el análisis de la intervención técnica en procesos familiares. Documento de trabajo Nro. 20. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.
- DONZELOT, J (1998) La policía de las familias. Río de Janeiro. Graal.
- FILGUEIRA, C. (1998) Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay. CEPAL. Montevideo.
- FOUCAULT, M. (2008) Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Editorial Siglo XXI. México.
- GARCÍA MENDEZ, E (1994) El Derecho de la Infancia-Adolescencia en América Latina: de la Situación Irregular a la Protección Integral. Santa Fé de Bogotá: Ediciones Forum Pacis.
- LASCH, C. (1996) Refugio en un mundo despiadado: reflexión sobre la familia contemporánea /Barcelona: Gedisa.
- LEOPOLD, S. (2002) Tratados y Destratados: Políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973). Universidad Federal de Río de Janeiro. Escuela de Servicio Social. Montevideo.
- MITJAVILA, M. (1992) Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización Montevideo. En cuadernos de CLAEH. Año 17, No 62. Setiembre 1992--p 37-46.

- MITJAVILA, M. (1998) El saber médico y la medicalización del espacio social. Montevideo: UDELAR FCS. Departamento de Sociología. 48p.
- MITJAVILA, M: El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad. Revista de Ciencias Sociales (Montevideo) Año 12, no.15, mayo 1999. -- p. 27-35
- MORAS, L. (2012) Los hijos del Estado. Montevideo: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, SERPAJ.
- NAHÚM, (2004) Manual de historia del Uruguay: 1903-2000 /Montevideo: Banda Oriental. Tomo II.
- ORTEGA, E. (2008). El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el periodo neobatllista. Montevideo. Editorial Trilce.
- PELEGRINO, A. (1998): Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: una visión desde la demografía. En Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo. Vol.3. Barrán, J.P; Caetano, G; Porzecanski. Montevideo, Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental.
- PELEGRINO, A (2003) Caracterización demográfica del Uruguay .Montevideo: Unidad Multidisciplinaria. Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo N° 35. 40 P.
- PELEGRINO, A; CABELLA, W; PAREDES, M; POLLERO, R y VARELA, C (2008) De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX / La sociedad / Departamento de Sociología. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental: Departamento de Sociología- P.11-43.
- PERROT, M. (2001): Funciones de la familia. En historia de la vida privada. La Revolución Francesa y el asentamiento de la sociedad burguesa. Vol.7. Ariés, P; DUBY, G. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.

PORTILLO, J (1989) Estado y Minoridad en Uruguay. Montevideo. Editorial: Roca Viva.

VIDAL, L (1953) Estadísticas de valor sanitario en el Uruguay. Facultad de Medicina de Montevideo. Cátedra de Higiene. Pp.: 94 a 100.

WEISSHAUPT, JR (1988) As funciones sócioinstitucionais del Servicio Social. Editorial: Cortez, San Pablo.

### **Fuentes documentales:**

- Código del Niño de la República Oriental del Uruguay, 14 de agosto de 2018. Recuperado de <http://www.montevideocontigo.org/documentos/Codigo-del-Nino.pdf>.
- Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo I. No III Julio de 1928.
- Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo II. No II Julio de 1928.
- Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo III. No I Julio de 1929.
- Cabella, W; Ciganda, D; Fostik, A; Pollero, R y Varela, C (2007) Evolución de la mortalidad infantil uruguaya (1950-2004): estancamiento y descenso. En IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta grande, Córdoba. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-028/21.pdf>
- Ministerio de Economía y Finanzas. Instituto Nacional de Estadística: Siglo XX: las variables estadísticas relevantes. I. Área sociodemográfica. Fascículo 1.3: la familia y el hogar /Instituto Nacional de Estadística. Montevideo, Uruguay: INE, 2003. Pp. 29.
- Turnes, A (2014) La sociedad uruguaya de pediatría en su centenario 1915-2015. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sup100.pdf>.
- Gorlero, R (1967) Biografía de Luis Morquio. Tomo XLI, No. 1. Montevideo, Uruguay, 124 páginas. Documento obtenido del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de Montevideo. Recuperado de: <https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares/morquio.pdf>