

La génesis del Servicio Social y el “higienismo”

Luis Acosta

En este artículo (1) desarrollaremos la discusión relacionada directamente con la génesis del Servicio Social en el Uruguay. Este proceso es resultado de la secularización de la sociedad, del predominio del estilo de pensamiento positivista cuyo modelo son las ciencias naturales (particularmente la medicina), que a su vez es la expresión ideal de la mercantilización de la vida social, del predominio del modo de producción capitalista. El estilo de pensamiento científico–natural se corporativiza en la institución médica, desde donde será difundido como una forma “infra–estructural” de poder estatal en el práctica del “higienismo”.

Apoyándonos en los estudios sobre la medicalización de la sociedad uruguaya llevados adelante recientemente por Barrán, tentaremos explicitar este recorrido.

En el “higienismo” tenemos la difusión de una racionalidad técnica como una forma de tratamiento de la cuestión social. Se trata también del proceso de secularización de la moral, por la cual ésta se torna una moral laica. Esta “razón” se puede ver en la propuesta de regla-

mento del manicomio del médico Adolfo Brunel en 1862, que decía:

El orden, siendo expresión de la Verdad y por consiguiente de la Razón, será seguramente el mejor remedio contra la incoherencia de las ideas, la perturbación de los sentimientos y la irregularidad de las acciones (...) (Tomado de Caetano e Alfaro in Barrán, 1995: 35).

Podemos sostener, siguiendo a Barrán (1993a) que en una sociedad altamente secularizada como la uruguaya, el sacerdote fue sustituido por el médico en el gobierno de las conciencias individuales. La colocación de la salud como un bien a ser alcanzado significó “dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo”. Fue así que la **vida larga** se tornó un objetivo de la existencia individual y la Salud Pública una política del Estado. Esta muerte de Dios es sin duda también una característica de la modernidad; hasta podría decirse que con su muerte (en las manos de sus creadores) se inaugura la modernidad.

Tenemos que decir que la escasez de fuerza de trabajo calificado podría también haber sido un elemento que impulsó el cuidado individual y colectivo de la propia vida.

LUIS ACOSTA

Asistente Social. MA en Trabajo Social. Doctorando en Trabajo Social en la Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.

-
1. Este artículo está basado sobre el Capítulo 7 de la Disertación de Maestrado titulada: Modernidad y Servicio Social: un estudio sobre la génesis del servicio social en el Uruguay, con la cual el autor obtuvo el título de Maestre en Servicio Social en la Universidad Federal de Río de Janeiro en el año 1997.

Quiere decir que, con la medicalización de la sociedad y el predominio de la moral del higienismo, el cuidado del cuerpo pasa a ser un objeto de control reflexivo por parte de los individuos y las instituciones. El cuerpo se constituye en uno de los elementos en la conformación de la auto-identidad individual en la modernidad (Giddens, 1992).

Este proceso cultural que torna el cuidado del cuerpo un bien inestimable es designado como medicalización (2) de la sociedad; su contracara es la socialización del saber médico, por lo cual los valores dominantes son internalizados en la racionalidad del médico. Veamos un ejemplo de este último planteo. Decía el médico Joaquín de Salterain en el boletín de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, en relación a los malos hábitos de los obreros que los llevaban a estar enfermos:

en esos dos medios en que vive el obrero, habitación malsana y taberna, es donde fermentan sus malas pasiones que pervierten su espíritu, y es donde se hace comunista, soñando con soluciones utópicas de mejoramiento social (in Barrán, 1993b.: 183) (3).

Aquí se puede ver como un hábito, una costumbre, es objeto de intervención social —médica en este caso— (medicalización de la sociedad), y como el saber médico está atravesado por la ideología dominante (socialización del saber médico).

Si la asistencia pública es el producto de la laicización de la caridad cuando se torna laica, ya no es el sacerdote el responsable por el servicio, la responsabilidad ahora está en las manos de los médicos, representantes de la ciencia que podían decir con Víctor Hugo que "*el hombre sólo tiene que ser gobernado por la ciencia*".

Con este cambio cultural comienzan a tornarse relevantes ciertos problemas sociales, que hasta entonces no eran percibidos como tales. Así sucede con las enfermedades como la tuberculosis y la sífilis. Ambas, ya existían y eran la causa de muerte de muchas personas (entre 9 y 28% de la mortalidad general de los montevideanos en los años 1851 hasta 1880). Sin embargo aún no eran considerados un problema social.

Aquí tendríamos que recordar una vez más el proceso de socialización del mundo natural como marca de la modernidad. A través de este proceso se lleva a cabo "*la sustitución progresiva de las estructuras y de los acontecimientos que eran parámetros externos de la actividad humana por procesos socialmente organizados*" (Giddens, 1996: 45). Esto es lo que sucede con la enfermedad, la muerte, el nacimiento, la sexualidad, en lo que tiene que ver con la reproducción de la vida social. Esta cuestión es inseparable del ascenso de la razón, en el sentido de que se supone que la comprensión racional de los procesos naturales, sociales y subjetivos sustituye a la regla arbitraria de la tradición.

Veamos este proceso en el Hospital de Caridad. En este hospital Kruse (1994) encontrará una de las protoformas del Servicio Social, de ahí nuestro interés en analizarlo.

La Hermandad de la Caridad nació en Montevideo en 1775 y sus estatutos fueron aprobados en 1789. Esta hermandad fundó el Hospital de Caridad. Su finalidad era más que nada cuidar que curar a sus internados.

En 1855 la administración del Hospital pasó a depender de la Junta Económico-Admi-

2. Mitjavila y Etcheveste (1992) sostienen que "*con el término medicalización suele precisamente designarse la creciente intervención de la medicina (Illich, 1987) y del Estado (Foucault, 1977) en diversas áreas de la vida humana. La medicalización implica la ampliación ideológica y técnica de los parámetros dentro de los cuales se codifican, en términos de salud y de enfermedad (Menéndez, 1985), problemas que en otro momento exhibían un mayor grado de externalidad respecto a las prácticas médico-sanitarias.*" (op. cit.: 9).

3. El subrayado es énfasis propio, **negrita** énfasis en el original.

nistrativa de Montevideo a través de una Comisión de Caridad y Beneficencia presidida por Juan Ramón Gómez. Los médicos en este período ocupaban un lugar subordinado. Diríamos, tomando prestado conceptos del Análisis Institucional (4), que el **agente interno privilegiado** eran las Hermanas de Caridad, y el **agente interno subordinado** eran los médicos. De ahí el predominio de la tarea de cuidar frente a la tarea de curar. Así por ejemplo durante la epidemia de fiebre amarilla en 1857 la vigilancia de la asistencia quedaba en las manos de un lego, lo que demuestra que los médicos eran aún agentes subordinados, aun cuando ya se estaban movilizand para tornarse "clase médica", esto es, profesionales que no continuaran en una relación de subalternidad.

Seamos más claros. Estamos utilizando dos conceptos diferentes: subordinación y subalternidad. El primero hace referencia al es-

pacio institucional y el segundo al espacio societal (inter-institucional). Socialmente los médicos estaban luchando por tornarse la "clase médica", esto es, un grupo social privilegiado en razón del monopolio del saber sobre la salud en una sociedad donde la salud se había tornado un valor social apreciable. Pero, en las obras de caridad ellos aún eran un agente subordinado, siendo agentes privilegiados aquellos que cuidaban (pero no curaban) del alma y del cuerpo de sus internados.

En el Reglamento Interno de este Hospital de 1857 aún se puede percibir claramente la condición de agente subordinado del médico. La administración del hospital quedaba en las manos de las Hermanas de la Caridad, esto es:

vigilancia y dirección del servicio, despen-sas, cocinas y roperías; elegía al personal de servicio y lo podía despedir, requiriendo en este extremo el acuerdo del Presidente de la Comisión de Caridad y Beneficencia. Visaba todas las órdenes u oficios que expedía el Secretario encargado de la Oficina, no pudiendo el Boticario ausentarse sin su permiso. Los enfermos estaban bajo su directa vigilancia, por lo cual "serán siempre respetuosos y solícitos a obedecer sus menores indicaciones". La supervisión de las Hermanas atañía también a los enfermos: ningún empleado les suministraría alimentos o remedios "por más inocentes que sean" sin que fueran prescritos por el médico y ordenados por la Hermana de servicio (Barrán, 1993a: 51).

En este hospital, hasta 1860, convivían los pacientes "mentalmente sanos" con los "locos" (aun cuando en verdad ellos aún podían andar por la calle sin que tuvieran que ser internados). En ese año se inaugura el primer manicomio y los internados "locos" son llevados al Hospital de la quinta de Miguel Antonio Vilardebó. Pero también aquí, aún el médico era agente subordinado. Los pacientes eran más

4. Los agentes internos son aquellos que hacen la institución, desarrollando positivamente su acción en el cuadro de un aparato determinado. Ellos son la clientela y los mandatarios (o agentes funcionales). Estos últimos son los agentes que tienen el mando. Pueden, por su vez, ser «privilegiados» cuando realizan plenamente la acción institucional (tiene el conocimiento perito de la institución, ej. los médicos en las instituciones de la salud), y «subordinados» cuando sólo sustentan la acción institucional, ej. el Asistente Social en una institución de salud.

Los **agentes externos** no tienen acción directa en el "hacer" de las instituciones, ellos tienen una relación negativa en el sentido que pueden prohibir hacer, mas ellos no hacen (los que hacen son los internos). Los agentes externos son el público que encarna el principio del control democrático sobre las instituciones, y el **mandante** que representa los intereses de los grupos dominantes a quien la institución debe prestar cuentas de su actuación (es en nombre de quien se actúa). Los mandantes pueden ser «patrimoniales» — dueños de los medios de reproducción material, «funcionales» — basados en la apropiación de los medios de reproducción social —y «mandante institucional propiamente dicho» — dueño de la «verdad» institucional, ejemplo el Papa en relación a la Iglesia —(la infalibilidad del Papa fue establecida en el Concilio del Vaticano— 1869 - 1870 - definiéndose que el Papa no puede errar en cuestiones de fe y de moral). (Weisshaupt, 1988).

cuidados que curados. Los tratamientos más utilizados eran el calabozo y el cepo.

Esta misma lógica estaría operando en las sociedades de socorro mutuo orgánicamente vinculadas al movimiento obrero de extracción anarquista, que inician su desarrollo institucional en 1853, a partir de los inmigrantes europeos. En estas organizaciones institucionales tenían mayor relevancia las funciones no-asistenciales, aun cuando ellas estaban presentes. Aquí junto, pero subordinadamente, a la atención de la enfermedad, estaba colocada la finalidad de la asociación.

Por ejemplo, la Asociación Española de Socorro Mutuo de la ciudad de Salto, establecía en 1888 la obligación entre sus socios de asistir al entierro de sus pares y contribuir en los gastos de los funerales. En el caso de la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos de la ciudad de Trinidad establecía en sus estatutos de 1891 el objetivo de fundar o proteger un colegio donde los hijos de los socios reciban una sólida formación y se dicten clases de lengua francesa, así como establecer un Tribunal de Paz con la finalidad de conciliar a los socios en las controversias que se suscitaban entre ellos.

Kruse (op. cit.) ha subrayado la existencia de una "bolsa de trabajo" en la Asociación Española de Socorros Mutuos. Este servicio operaba a través de dos listas, una de trabajo solicitado y otra de trabajo pedido. Un socio —el andador— cumplía la función de avisar a los desempleados las oportunidades de trabajo ofrecidas. También otras mutualistas tenían este personaje. Kruse menciona las tareas que estos andadores desarrollaban en la fiscalización de los enfermos y de los servicios sociales. Kruse encuentra que la utilización de la visita domiciliaria por parte de este socio —el andador— hace que pueda ser considerado como una de las protoformas de la profesión (5).

Pero lo que nosotros queremos enfatizar es la existencia de otras funciones junto con la atención de las enfermedades.

Barrán dice a este respecto que:

Es como si la sociedad del siglo XIX no hubiera podido concebir espacios del curar puros y ellos se hubieran originado dentro de otros en que predominó la caridad, el socorro mutuo o el mero espíritu de asociación, en ocasión de la enfermedad o fuera de ella (op. cit.: 55).

Pero estas organizaciones institucionales con finalidades caritativas y de asociación, en las cuales la cura de la enfermedad era una finalidad más y el médico un agente institucional subordinado, serán en el siglo XX medicalizadas.

El Estado batllista está por detrás del proceso de medicalización de la enfermedad, la muerte, los nacimientos.

La creación de hospitales es un indicador de este proceso y de esta articulación entre el Estado asistencial y la medicalización de la sociedad. Entre 1860 y 1907 sólo se agregan dos nuevos hospitales (el manicomio y el Fermín Ferreira), al hospital de la Caridad fundado en la época colonial. Entre 1908 y 1930 se fundan diez nuevos hospitales todos en Montevideo. Un proceso semejante ocurre en el interior del país. Así entre 1889 había 3 hospitales; entre 1889 y 1910 se agregan 6 más; 15 entre 1911 y 1915; sólo dos entre 1916 y 1926; y 15 en el final del período (1927–1930). La existencia de estos establecimientos posibilitaba la internación de los pacientes y así obtener un mejor

del Servicio Social. A través de la inspección se conseguía tornar "pública" la vida privada de las capas populares. La constitución de esta esfera privada (íntima, en el límite) es parte constitutiva del proceso de modernización. Así entonces, a través del trabajo de la visitadora, aquello que había sido apartado de la mirada pública podía volver a través de una mirada "técnica", consiguiendo así mantener la privacidad de los comportamientos íntimos.

5. En nuestra opinión es el trabajo inspectivo quien puede ofrecer una mejor explicación de la singularidad

control sobre sus vidas. Parecería que no fue menor la importancia que también tuvo el hecho que la internación facilitaba el estudio y la enseñanza de las enfermedades en la medicina. Con la creación de estos hospitales en las tres primeras décadas de este siglo, la asistencia pública se medicaliza.

En lo que respecta a las mutualistas de los trabajadores fundamentalmente inmigrantes, en ellas también es perceptible su medicalización, una vez que en sus objetivos y en sus finalidades la atención médica a las enfermedades pasa a ser la preocupación principal. Por ejemplo, la Asociación Española de Socorros Mutuos en 1917 contará con servicios médicos permanentes en 1926, en ese mismo año inaugurará su sanatorio con 40 camas y en 1927 los servicios médicos de emergencia.

Así dice Barrán que

Hospitales y sociedades de socorros mutuos fueron las dos caras que asumió la medicalización masiva de la enfermedad (op. cit.: 75).

El desarrollo institucional de la Asistencia y la Beneficencia

Los hospitales públicos, cuya evolución cuantitativa analizamos anteriormente, quedó bajo la administración de la **Comisión de Caridad y Beneficencia Pública**, integrada por legos, hasta la creación del **Consejo de Asistencia Pública** en 1910.

Esta Comisión de Caridad y Beneficencia Pública delegaba aspectos esenciales de la administración de las organizaciones institucionales, a las Hermanas de Caridad, cuya Superiora era de hecho la directora de los establecimientos. Una sucesión de cambios acumulativos generará que en 1905 los liberales anticlericales ("librepensadores" como se decían), obtuvieran la mayoría de esta comisión y designaran al médico **José Scosería** como director. Este imprimió un carácter "moderno" y "científico" a su gestión, lo que según Barrán, quiere decir, una dirección médica y anticlerical.

Derivados de esta nueva conducción sucederán hechos que son todo un símbolo de este cambio. El primero fue el cambio del emblema religioso de la comisión (corazón, cruz y ánco-ra) por el escudo nacional. El segundo fue la supresión de las prácticas religiosas y el retiro de los crucifijos de las salas de los hospitales. Este fue un gran triunfo de la secularización de la sociedad y del pensamiento positivista.

Este cambio se completó con la **Ley 3724 del año 1910** por la cual se creó el Consejo de Asistencia Pública en sustitución de la Comisión de Asistencia y Beneficencia Pública. Esta Comisión tenía como atribuciones la asistencia a los enfermos, a los alienados, a los viejos, a los inválidos, a los niños abandonados, a las mujeres embarazadas y parturientas, y a la infancia en general. Se asentaba en esta ley el **derecho a la asistencia pública**:

todo individuo indigente o privado de recursos tiene derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado (citado in Barrán, op. cit.: 97).

Con la consagración del derecho a la asistencia se sustituía el principio de la caridad como obligación moral.

Este consejo tenía una participación de 21 miembros en su mayoría médicos. El director no tenía porqué ser también médico, pero el Poder Ejecutivo designó al mismo **José Scosería** para este cargo.

El inicio de las actividades de esta comisión significó una alteración en la jerarquía de la dirección de los hospitales de todo el país. Las comisiones de vecinos y las Hermanas de Caridad fueron sustituidas por médicos. Todo un símbolo de este proceso es el cambio de nombre del viejo Hospital de la Caridad que pasó a denominarse Hospital Maciel como corresponde a su nuevo estatuto de hospital laico.

Había cambiado la relación entre los agentes institucionales. Ahora las Hermanas de Ca-

ridad eran un agente subordinado y el médico el agente principal. Anteriormente el objeto institucional (la salud) había sido apropiado por la "clase médica".

Este consejo será fundido al Consejo Nacional de Higiene Pública en el año 1933, creándose el **Ministerio de Salud Pública**.

El Consejo Nacional de Higiene Pública —creado por ley en 1895— tenía intervención en la elaboración de reglamentos y ordenanzas en lo que respecta a la invasión y propagación de cualquier enfermedad infecciosa, opinaba en lo relativo a la higiene de los establecimientos públicos y también con la construcción de locales industriales y conjuntos habitacionales. También hacía propuestas de ley y reglamentos al Poder Ejecutivo sobre el ejercicio de la medicina y profesionales afines, cuidando su cumplimiento.

En el año 1910 esta comisión completó su estructura institucional creando las Inspecciones Departamentales de Higiene en las manos de médicos. Por causa de dificultades financieras en 1915 estos médicos serán sustituidos por médicos del Servicio Público que tenían una doble dependencia: departamental y nacional.

Una institución relevante por la significación que la sociedad atribuyó a la tuberculosis fue la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, fundada en 1902 y que en 1913 quedó de hecho en las manos de la Asistencia Pública. Tenía como objetivos evitar la propagación de esta enfermedad y dar ayuda económica a los pacientes. Para llevar adelante esta última tarea contaba con un cuerpo de inspectores que visitaban a los pacientes que recibían ayuda económica y tenían la posibilidad de retirar esa ayuda a los que no cumplían con las indicaciones institucionales.

Todo este desarrollo de la **estructura sanitaria** a cargo de especialistas médicos y con alcance nacional lleva a Barrán (op. cit.) a sostener que fue parte del **proceso de construcción**

del Estado moderno en el Uruguay, junto con el monopolio legítimo de la coacción física y la universalización de la enseñanza primaria. Los inspectores departamentales de higiene, y los hospitales eran agentes transmisores de pautas culturales y normas morales modernas (la higiene es la moral laica, o como decía un médico de la época: gobernar es como higienizar) a los sectores populares, tanto como a los profesores de la escuela. El desarrollo de todo este aparato institucional sanitario era también parte del esfuerzo "civilizatorio" que, además de curar, difundía una forma de vida más moderna (urbana, científica, higiénica), amoldada al orden social burgués.

Esta densa y compleja estructura sanitaria, expresión del avance de la ciencia en una sociedad secularizada, no se sustenta sólo con los médicos (que habían sustituido a los sacerdotes en el gobierno de las instituciones y también, con su saber, en el gobierno de las almas). Pero ellos precisaban de un conjunto de auxiliares.

La policía sanitaria o los inspectores de los pobres

Frente a las dos grandes enfermedades infecciosas que alarmaban a la sociedad en los primeros años de este siglo —nos referimos a la sífilis y a la tuberculosis—, la intervención medicalizadora tenía dos componentes: la internación o reclusión forzada, y la inspección en el domicilio (también podría ser en los consultorios o en los dispensarios).

En relación a la sífilis el trabajo inspectivo quedó en las manos de los médicos-inspectores que apoyados por la policía controlaban a las prostitutas. Este trabajo inspectivo estaba orientado fundamentalmente al examen del cuerpo de la mujer, y más concretamente a sus órganos genitales. Hasta el año 1928 este servicio médico obligatorio tenía que ser pago por la propia prostituta.

Ya en el final de los años 20 la Comisión de Higiene Pública percibe la necesidad de de-

jar de lado la forma fundamentalmente represiva de atención de este problema social. Así por ejemplo se puede interpretar esta respuesta a un comisario que solicitaba la inscripción en el Registro de Prostitución de meretrices clandestinas que trabajaban en "cabarés" muy conocidos en la sociedad montevideana de aquellos días:

la "conveniencia de buscar en otro lado la solución de este problema social [...] El problema [...] de la lucha [...] contra las enfermedades venéreas puede considerarse desvinculado del régimen policia. [Había] que sustituir los medios coercitivos contra la prostitución [para someter a las prostitutas] a una obra asidua de profilaxis moral [y educación a fin de que] ellas mismas traten de no representar un peligro continuo para la sociedad" (in Barrán, 1993b: 96).

Vemos aquí ejemplificada la forma de tratar las refracciones de la "cuestión social", que no sólo tenía que ser tratada "científicamente" por los médicos-inspectores, pero ahora también sin utilizar los "medios coercitivos", esto es, —en el contexto de esta cita— sin la intervención de la policía, desarrollando la capacidad de autogobierno de los individuos.

La otra enfermedad que asustaba a la sociedad uruguaya, era la tuberculosis. Ya subrayamos anteriormente la creación en el inicio del siglo de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis que a partir de 1913 será prácticamente incorporada a la Comisión de Asistencia Pública. También vemos que la intervención de los inspectores, que en este caso a diferencia del anterior, no eran médicos.

Vamos a detenernos en este punto, porque para nosotros aquí está efectivamente uno de los embriones del Servicio Social.

Esta institución proporcionaba a los pacientes: consejo profiláctico, atención médica gratuita, medicamentos, alimentos y ropa. También tenía la facultad de pagar el alquiler

de la vivienda a la familia, así como para hacer frente a otros gastos.

Para conseguir esta ayuda económica era necesario que el inspector evaluase in situ las necesidades y los medios de vida del paciente, aconsejando la conducta a seguir en cada caso. *Las damas de la Liga contraloreaban discretamente en los hogares de los enfermos las provisiones y demás efectos que [se] suministraban [y llevaban] al seno de esos hogares la palabra de alivio y la cariñosa prédica del bien aunando así su acción a la del médico y sus auxiliares* (in Barrán, op. cit.: 109).

Estos inspectores tenían que comparecer cada quince días al domicilio del pensionista para vigilar la higiene de la habitación así como el cumplimiento de las medidas profilácticas indicadas. De esta forma se esperaba terminar con la suciedad de la vivienda, la falta de aire y de luz natural. Los inspectores también indicaban dietas adecuadas y pautas de comportamiento para evitar el "gasto de energía" innecesario para así conseguir que los pacientes tuviesen más fuerza en la lucha contra el bacilo que había invadido su cuerpo (6).

6. Barrán (1995) subraya esta forma de concebir la vida como una energía que puede ser gastada, y que por lo tanto tendría que ser cuidada, o mejor dicho, ahorrada. Se trata de una economía del cuerpo. Esto es, la preocupación por los excesos, los vicios, tenía relación con una ética del ahorro. Las personas tenían que aprender a ahorrar para llevar una vida sana. Tenían que tratar su salud como su bolsillo. ¿Será por casualidad esta moral de la gratificación diferida, del ahorro, el equivalente funcional —en esta formación social— de la ética protestante, en el impulso a la racionalización de la vida? He aquí el papel moralizador de la medicina (o de la ciencia), pero también la medicalización de la moral.

Otra imagen que está colocada es la de asedio o invasión por un agente externo en la cual se encontraba permanentemente la vida de cada uno. Puede ser que esta también sea la forma de auto-percepción de la sociedad burguesa en aquellos primeros momentos de existencia (o como ella quería ser percibida): asediada por agentes externos (y no por agentes internos como sería el caso de las "clases peligrosas").

Se puede observar claramente que la mirada de este inspector es diferente de aquel otro. Este está más interesado en las condiciones sociales de vida de los enfermos, mientras que el otro inspector sólo en el cuerpo y de él sólo en sus órganos genitales. Aquí a través de la pensión o subsidio se presionaba para conseguir cambios en las pautas de comportamiento de las camadas pobres. Con esta arma se conseguía vencer la resistencia del paciente a internarse —debido a que por su condición de jefe de familia quería continuar trabajando para garantizar el sustento de ella—. Con esta estrategia la institución cuidaba (material y moralmente) de la familia habilitando la internación y aislamiento del paciente para conseguir así su curación.

El inspector controlaba los gastos de la familia, analizando el presupuesto, cuidando para que no comprasen bebidas alcohólicas, y en general cuidando de que no existieran “vicios”. Cualquier transgresión generaba la pérdida de este beneficio. Esta tutela por parte de la institución sobre la conducta de los pobres, en la opinión del Inspector General de la Liga “*no exige más sacrificio que la sumisión por algún tiempo del arbitrio propio a la decisión de la ciencia*”.

Las “enfermeras visitadoras” son otro antecedente de los Asistentes Sociales. Ellas son formadas en la Cruz Roja a partir del año 1925. Esta institución había creado una escuela de enfermería en el año 1919, en ese año la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis solicitó su colaboración y, a partir de ahí, sus voluntarias se tornaron “enfermeras visitadoras”. El modelo que se procuraba desarrollar era el europeo, que según decía en 1928 el médico Joaquín Caldeiro, estaba constituido así:

*En todos los dispensarios, así como en los servicios especiales para tuberculosos en los hospitales generales funciona el **servicio social**, creación relativamente reciente y ya bastante extendida y organizada. El*

médico que pasa visita en su servicio de tuberculosos, es acompañado además de su interno y de la enfermera, por la asistente social, quien deberá preocuparse de todo lo relativo a la parte social del enfermo, es decir, su familia, sus hijos, su medio y condiciones de vida, la posibilidad de encontrarles trabajo, recursos, etc. La asistente social es una cosa distinta de la enfermera visitadora, es su complemento y creada al principio para los casos de tuberculosos, sus beneficios se extenderán en breve a todos los hospitalizados (in Kruse, op. cit.: 100).

En 1946 ya en el “segundo batllismo” o “neo-batllismo” será creada otra institución (la Comisión Honoraria para la Lucha contra la Tuberculosis) para luchar contra esta enfermedad. Su forma de intervenir será muy semejante a esta que acabamos de ver. Hasta ahora continúa operando, sólo que en su oficina Visitadora Social (los ex-inspectores referenciados por Barrán), ahora trabajan Asistentes Sociales. Tenemos la impresión que entre aquellos inspectores, las visitadoras sociales y los actuales asistentes sociales existe una clara línea de continuidad. La tarea que estos profesionales realizan es muy semejante a aquella descrita anteriormente. Ellos visitan los domicilios de los pacientes regularmente, hacen la evaluación socio-económica de la familia, pueden aconsejar la suspensión del pago del subsidio, utilizan la pensión como arma para conseguir cambios en los comportamientos, etc. Obviamente el periodo de intervención es muy menor ahora debido al progreso en el tratamiento de la enfermedad. Antes demoraba años, ahora sólo algunos meses. El monto, la cantidad de dinero, también no es como antes, ahora las pensiones son menores, y de ahí también que la presión que se puede ejercer sobre los comportamientos es menor. Pero fundamentalmente, ya no es un medio de disciplinamiento masivo de las “clases bajas” porque el perfil epidemiológico ha cambiado, y la incidencia de

esta enfermedad en el total de las enfermedades es casi insignificante aun entre las capas populares.

Las visitadoras sociales

Barrán (op. cit.) dice que entre 1925 y 1930 comenzó a desarrollarse entre los médicos la idea de crear 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, contando las deficiencias en materia de vivienda, despidiendo los contagios, estudiando los factores de miseria y las condiciones de trabajo. [Ellas serían] "encargadas de enseñar cómo debe hacerse de un modo razonado y apropiado" la distribución del socorro que el Estado daría en medicamentos, abrigo y dinero a las familias de los tuberculosos pobres (op. cit.: 105).*

En 1920 el médico Julio E. Bauzá planteaba la necesidad de crear un cuerpo de nurses inspectoras encargadas de la visita a todas los niños recién nacidos de familias pobres o de baja instrucción. La visita posibilitaba vincular rápidamente a la madre y su hijo con el consultorio médico para así "sustituir a la madre por el médico en la dirección de la alimentación y desarrollo del niño".

Cinco años después otro médico —Julio Etchepare— retomó la propuesta de las "nurses inspectoras" que para él sería mejor denominar como enfermeras-visitadoras que serían inspectoras a domicilio de crecimiento de los niños de los hogares pobres.

También para el control del comportamiento de las prostitutas enfermas fue sugerida la idea de crear un cuerpo sanitario independiente del jefe de la policía. Esta misma idea sería retomada con el nombre de "brigada

de higiene social" inspirada en la "police des noeurs" francesa.

De estas iniciativas se habría concretado la formación de los "guardias sanitarios" dependientes del Consejo Nacional de Higiene. Su tarea —según un reglamento de 1916— era aislar absolutamente a los enfermos o las casas de los enfermos de enfermedades infecto-contagiosas, desinfectar las ropas, cuidar del amortajamiento y entierro de los pobres fallecidos como consecuencia de estas afecciones, así como vigilar a los extranjeros que llegaban del exterior en períodos de epidemia en sus países de origen.

También se habría constituido una "brigada de la policía de focos" para combatir a los mosquitos como consecuencia de la fiebre amarilla que imperaba en Río de Janeiro.

Los primeros cursos de Servicio Social

Hicimos algunas indicaciones de los momentos en los cuales se puede percibir el avance del pensamiento positivista. Con la ley de reforma de la enseñanza primaria en 1877 por un lado, con la creación de la Facultad de Medicina (en cuyo seno se creará en 1893 el Instituto de Higiene Experimental) en 1876 por otro, el pensamiento positivista se enfrentó con éxito con el racionalismo espiritualista. Así por ejemplo, se expresaba el médico Francisco Soca en esta Facultad:

En Medicina, al menos, soy un positivista resuelto y extremado. No tengo doctrinas, abordo los hechos brutal y sinceramente, los miro de frente, los estudio, los peso, los mido, sin prejuicios de ningún género, con una entera independencia, con una libertad de espíritu que igual habrá, pero que no la hay mayor [...], todo para los hechos, nada o casi nada para las teorías (citado por Barrán, 1995: 10).

Esta actitud "clínica", y la necesidad de contar con material empírico para los estudios científicos, se articulaba funcionalmente con la política del Estado batllista de crear hospitales donde justamente los médicos y los estudian-

tes podían encontrar, ordenadamente, según las enfermedades, su objeto de estudio.

Ya vimos cómo el hospital dejó de ser un lugar para cuidar o guardar y se tornó un lugar para curar, estudiar y enseñar. Recordemos que esto sucedió, no sólo cuando la Política Asistencial quedó en las manos del Estado, sino cuando además ella fue secularizada absolutamente, entre los años 1905 y 1910. Estamos diciendo esto en función de aquella hipótesis que sostiene que:

... el Trabajo Social se institucionaliza y legitima en la medida en que el Estado centraliza la Política Asistencial para enfrentar la Cuestión Social más allá de las formas caritativa y represiva, ampliando consecuentemente, el campo laboral para los trabajadores sociales (CELATS, 1983: 91).

La centralización de la política asistencial fue una condición necesaria pero no suficiente para enfrentar la "cuestión social" "científicamente". Una vez que la política asistencial quedó en las manos de la "ciencia" es que se inicia la tecnificación de esta política social. Evidentemente el modelo de ciencia es el de la ciencia positivista que naturaliza lo social, pero igualmente así es un gran avance frente a la concepción racionalista.

Será en este cuadro que en el año 1927 se intente la primera tentativa de enseñanza del Servicio Social en la Facultad de Medicina. Estos cursos funcionarán hasta 1934, formándose 161 visitadoras (Di Carlo in Gerpe et. alli., 1980).

En 1936 la formación de visitadoras de higiene queda bajo la responsabilidad del recientemente creado Ministerio de Salud Pública (recordemos que en este Ministerio se unificaban la Comisión de Salud Pública y la Comisión de Asistencia Pública en 1934). En este Ministerio fue creada la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social donde funcionaban los cursos para visitadoras de higiene.

La concepción al respecto de esta formación sostenía que:

La visitadora social cuyo rol hoy es imprescindible en la lucha contra la enfermedad, los vicios sociales, y en tantas otras actividades precisa una preparación especialísima, no solamente científica, sino también moral y psicológica para el buen desempeño de su gestión. [...] Se podría decir que hasta ahora, con exclusión de los conocimientos científicos, pocas exigencias de otro orden eran necesarias para incorporarse como funcionario de Salud Pública. La Escuela de Sanidad y Servicio Social viene a colmar esa laguna y a establecer en forma absoluta, definitiva y universal la necesidad previa de demostrar o adquirir capacidad, tecnicismo, aptitud para incorporarse al Cuerpo de funcionarios del M.S.P. ... Es pues una Universidad lo que hoy inauguramos; con un vasto local, un extenso cuerpo de Profesores, una reglamentación adaptada a cada sección, un hospital-escuela que el Pasteur formando, por así decirlo, cuerpo con este Instituto (Ministerio de Salud Pública - Escuela de Servicio Social —1935— in Kruse, 1994: 102).

Por decreto del Poder Ejecutivo se funda en 1954 la Escuela de Servicio Social dependiente del Ministerio de Salud Pública. Esta escuela pasará luego, en 1960, a depender del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social, y será cerrada en 1967, pasando todos sus estudiantes y profesionales a revalidar sus estudios y títulos en la Escuela Universitaria de Servicio Social. Esta última había sido creada en el seno de la Universidad de la República en 1957 y expedía el título de Asistente Social Universitario.

En 1975, en el marco de la remodelación (autoritaria y regresiva) de la formación de Asistentes Sociales por la dictadura militar, serán revalidados (esto quiere decir que son con-

siderados jurídicamente equivalentes) los títulos de Visitadoras de Higiene y de Asistente Social Universitario.

Del lado de la iniciativa en 1937 se inician los cursos de Visitadoras Sociales en la Escuela de Servicio Social del Uruguay, creada con el apoyo de la Unión Católica Internacional de Servicio Social. A partir del año 1953 cambiará el nombre del título expedido por esta escuela pasando de Visitador Social a ser Asistente Social. Con el título de Visitadora Social se formaron en esos quince primeros años 87 profesionales (Bralich, 1993).

Parecería ser que fue a partir de los años cincuenta que se comenzó a utilizar la denominación de Asistente Social en sustitución del de Visitadora Social. En esa década (en el año 1953) se realizó el primer Congreso Nacional de Servicio Social, que podría haber tenido influencia en la generalización de la denominación de Asistente Social.

Las visitadoras sociales de higiene

Los cursos dictados por la Facultad de Medicina a través del Instituto de Higiene Experimental, se inician por solicitud del Consejo de Enseñanza Primaria que tenía previsto en su presupuesto la creación de 12 cargos de Visitadoras Escolares. Las autoridades de esta institución solicitan que la Facultad de Medicina fuese la responsable por esta formación, lo que fue aceptado por las autoridades universitarias. La denominación de los títulos es de "visitadora social de higiene" y eran expedidos por la propia Universidad.

Los aspirantes tenían que tener finalizada la enseñanza secundaria, o tener formación de maestros, sino tenían que dar un prueba de admisión.

Las materias del plan de estudios de dos años de duración eran: anatomía, fisiología, patología general, higiene general, enfermedades transmisibles, higiene social, higiene escolar, maternología, puericultura, tuberculosis y práctica médica.

En los seis años que funcionaron estos cursos se formaron aproximadamente 150 profesionales.

He aquí lo que nosotros queremos resaltar en este punto de la investigación: **la visitadora social emerge en las organizaciones institucionales de la Asistencia Pública como agente subordinado al médico y no a las Hermanas de Caridad.** Será cuando los médicos se tornen agentes privilegiados en estas instituciones secularizadas que también se colocará la demanda de este agente subordinado —la visitadora social— y no antes.

El higienismo fue parte de un proyecto socio-cultural de gobernar por hegemonía a las "clases peligrosas", acostumbrándolas a ser constantemente vigiladas y controladas en nombre de la salud, obteniendo por otro lado de ellas la información necesaria para este control.

Este papel del higienismo, como mediación del proyecto de hegemonía de las clases dominantes, es coherente con la hipótesis que sostiene que la génesis del Servicio Social se explica como parte de un proyecto socio-político de las clases dominantes (Montaño y Pastorini, s/f).

Obviamente el "higienismo" no agota todas las determinaciones que explican esta génesis, ésta es una determinación que queremos resaltar por su relevancia en el proceso de génesis del Servicio Social en Uruguay. El catolicismo reaccionó frente al avance de la secularización de la sociedad y también desarrolló sus instituciones, incluyendo al Servicio Social. Pero en esta formación social su papel fue subordinado al papel burgués, iluminista, de tono fuertemente anti-clerical que se tornó dominante y se expresa en el papel que a la ciencia y sus cultores —en este caso los médicos— desempeñaban en sustitución a los sacerdotes en la gestión del aparato sanitario a través del cual se atendían las refracciones de la cuestión social y se difundía una nueva moral: el higienismo o la vieja moral, pero ahora laica.

Bibliografía

- ANDER-EGG E. et. all. (1975). *Del ajuste a la transformación; apuntes para una historia del trabajo social*. Buenos Aires: ECRO.
- ARDAO, ARTURO (1968). *Espiritualismo y positivismo en el Uruguay*. 2ª edición. Montevideo: Universidad de la República.
- _____, (1971). *Etapas de la Inteligencia Uruguaya*. Montevideo: Universidad de la República.
- BARRAN J. P (1993a). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 1. *El Poder de Curar*. Segunda reimpresión. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- _____, (1993b). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 2. *La Ortopedia de los Pobres*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- _____, (1995). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 3. *La Invención del Cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BRALICH J. (1991). *Orígenes de la enseñanza técnica en el Uruguay*. Montevideo: Universitas.
- _____, (1993). La Formación Universitaria de Asistentes Sociales: más de seis décadas de historia. En: *Cuadernos de Trabajo Social N° 2*. Montevideo: Universidad de la República.
- CAETANO G. y RILLA J. (1994). *Historia contemporáneo del Uruguay: de la Colonia al Mercosur*. Montevideo: CLAEH/Fin de Siglo.
- CASTRO, M. (1982). *De Apóstoles a Agentes de Cambio*. Lima: CELATS.
- FILGUEIRA, C. y FILGUEIRA F. (1994). *El largo adiós al país modelo*. Montevideo: Arca-Peithos.
- GERPE, NIBYA et all. (1980). *Elementos para un perfil profesional del Trabajo Social: Uruguay*. Lima: CELATS.
- GIDDENS, A. (1991). *As conseqüências da modernidade*. 2ª Edição. São Paulo: UNESP.
- _____, (1996). *Para Além da Esquerda e da Direita: o futuro da política radical*. [Tradução de Alvaro Hattner]. São Paulo: UNESP.
- GLICK, THOMAS F. (1989). *Darwin y el darwinismo. En el Uruguay y en América Latina*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias.
- HABERMAS, J (1990). *Teoría de la acción comunicativa I y II*. Buenos Aires: Taurus.
- IAMAMOTO, M.V. e Carvalho, R. (1984). *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo: Cortez/Celats.
- KOLAKOWSKI, L. (1988). *La Filosofía positivista. Ciencia y filosofía*. [Traducción de Genoveva Ruiz-Ramón]. Tercera edición. Madrid: Cátedra.
- KRUSE, H. (1965). *Historia de la beneficencia y la asistencia social en el Uruguay*. Buenos Aires: Dinámica impresos.
- _____, (1970). *Filosofía del siglo XX y Servicio Social*. Buenos Aires: ECRO.
- _____, (1994). En Procura De Nuestros Orígenes. En: *Cuadernos de Trabajo Social N° 3*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales.
- _____, (1995). *Los orígenes del mutualismo uruguayo*. Montevideo: EPPAL.
- MAGUIÑA, A. (1979). *Desarrollo Capitalista y Trabajo Social*. Lima: CELATS.
- MITJAVILA, M. y ECHEVESTE, L. (1992). *La medicalización de la reproducción humana*. Montevideo: CLAEH. [Serie Investigaciones N° 64]
- MONTAÑO, C. E PASTORINI, A. (s./f.). Génesis y Legitimidad del Servicio Social. Dos tesis sobre el origen del Servicio Social, su Legitimidad y su función en relación a las Políticas Sociales. En: *Servicio de Documentación en Trabajo Social*. No. 20.

- Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria.
- NETTO, J. P. (1992). *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- _____, (1994). *Dictadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64*. 2da edição. São Paulo: Cortez.
- ODDONE, J. PARIS, B. (1969). *La Universidad*. Montevideo: Arca. [Enciclopedia Uruguaya]
- PAPADOPULOS J. (1992). *Seguridad Social y Política Social en el Uruguay*. Montevideo: CIESU.
- REAL DE AZUA, C. (1984). *Uruguay, una sociedad amortiguadora?* Montevideo: CIE-SU/EBO. (Estudios sobre la sociedad uruguaya N° 3).
- Varios. (1983). *Trabajo Social en América Latina. Balance y perspectivas*. Lima: CELATS.
- Varios autores (1989b). *El reformismo en contrapunto. Los procesos de modernización en el Río de la Plata (1890-1930)*. Montevideo: CLAEH/Ediciones de la Banda Oriental.
- Varios autores (1991). *El primer batllismo. Cinco enfoques polémicos*. Montevideo: CLAEH/Ediciones de la Banda Oriental.
- WEISSHAUPT, J. R. (1988). *As funções sócio-institucionais do Serviço Social*. São Paulo: Cortez.