

Serie

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Preludios del proceso de institucionalización del
servicio social en el Uruguay

Elizabeth Ortega

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 25

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

DTS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Preludios del proceso de institucionalización del Servicio Social en Uruguay

Prof. Elizabeth Ortega

Introducción

El estudio que dio origen al presente artículo¹ pretende identificar y problematizar los mecanismos institucionales que participaron en la articulación de las prácticas profesionales del Servicio Social con los procesos de medicalización de la vida social que se desarrollaron en el Uruguay durante el período conocido como neobatllismo.²

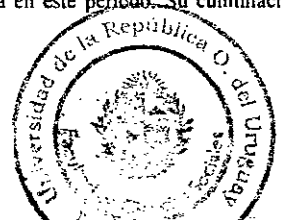
La elección de ese período obedece a que en su transcurso se registra un conjunto de transformaciones institucionales significativas para los rumbos posteriormente adoptados por el Servicio Social como profesión. Se puede sostener que es precisamente en la década de 1940 cuando se aprecia la consolidación institucional en la sociedad uruguaya de procesos de instrumentación de políticas sociales que constituyeron el centro aglutinador del bienestar social, una de cuyas expresiones es la instauración de un modelo de salud pública.

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

Las características peculiares de la formación social uruguaya, respecto al temprano proceso de secularización, la tardía hegemonía de la fuerza del Estado en todo

¹ Ortega, Elizabeth "El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista" Orientadora: profesora Dra Myriam Mitjavila. Disertación presentada al curso de maestría en convenio UDELAR-UFRJ. 2003. S/E.

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



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

Las preguntas que orientan la investigación se refieren a los complejos procesos que participaron en la institucionalización del Servicio Social durante ese período y sus conexiones con la reorientación que experimentó la medicalización de la vida social. De esta forma, el trabajo de investigación está orientado a indagar cuestiones como las siguientes: ¿Por qué se acondicionaron, en este preciso momento histórico, espacios regulados y vigilados en nombre de la salud? ¿Por qué el ordenamiento de esos espacios pasó a ser un problema político de primer orden en torno al cual confluían diferentes intereses? ¿Cuáles fueron los dispositivos³ mediante los cuales se atribuyó un lugar específico a la profesión del Servicio Social en dicho marco socio histórico? ¿Qué carácter tuvieron los mecanismos que se instituyeron y adjudicaron determinadas competencias y funciones a las asistentes sociales en el ámbito de la salud?⁴

Se puede afirmar que en ese período se registró una profunda reorientación en la gestión de lo social que comprende: a) transformaciones en las respuestas sociopolíticas a los problemas sociales que representan una inflexión en las formas y contenidos del proceso de "higienización" que fuera inaugurado en el pasaje del siglo XIX al siglo XX; b) transformaciones en los modelos etiológicos que organizaron el saber en el campo de la salud; c) cambios en la institucionalidad, con el surgimiento de nuevos espacios organizacionales de atención a la salud,⁵ la formación de nuevos agentes sanitarios, bajo

3 Se adoptará en este trabajo la significación que FOUCAULT da a este término con el que se propone "demarcar, en primer lugar un conjunto decididamente heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones arquitectónicas, decisiones reglamentadoras, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En suma, lo dicho y lo no dicho son los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos": FOUCAULT, M. *Microfísica del poder*. Machado R. (org) Río de Janeiro. Graal. 1992. P 244. (FOUCAULT *Apud* MITJAVILA, 1999).

⁴ Para indagar la institucionalización de esas competencias profesionales se procedió, entre otras, a la investigación de los espacios destinados a la formación de los visitantes o asistentes sociales como profesionales en este período, procurando identificar cuáles fueron los planes de estudio en los institutos docentes, qué aspectos y áreas del saber se priorizaban, hasta qué punto se encontraban medicalizados los contenidos de los creados durante el período estudiado y qué tipo de proceso llevó a su inclusión en la Universidad de la República, hacia el final del período considerado en este estudio (1957). Esta parte de la investigación no fue incluida en el presente artículo.

⁵ Un aspecto relevante de la base institucional del modelo de salud consistió en la creación y desarrollo de los centros de salud en el Uruguay a partir de la década de 1940. Estos se convirtieron en los nuevos depositarios institucionales de las tareas relacionadas con la

un fuerte influjo de organismos internacionales en la consolidación de los modelos de gestión y en el papel de las diferentes categorías profesionales del campo de la salud, entre las cuales se encuentra el Servicio Social.

Los aspectos teórico metodológicos

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

La carencia de un acervo historiográfico y documental sobre los orígenes y primeros desarrollos del Servicio Social en el Uruguay se presentó inicialmente como una dificultad para realizar la investigación. La confección de un primer inventario sobre las fuentes documentales disponibles permitió detectar un conjunto muy reducido y fragmentado de materiales que se limita a legislación, creación de cursos de Servicio Social y convenios internacionales. Debido a ello, la estrategia de investigación no se limitó sólo al análisis de dichos materiales⁶ sino que se orientó a la reconstrucción de los mecanismos que intervinieron en la institucionalización de la profesión a través de elementos de la historia oral. De esta forma, se recogieron testimonios de profesionales (visitadoras sociales y asistentes sociales) que se formaron y ejercieron la profesión durante el período comprendido en este estudio, así como de otros informantes que ocuparon un lugar destacado en la formación de asistentes sociales o en la coordinación, supervisión y dirección de los programas, servicios y organizaciones donde desempeñaron sus actividades.⁷ Se pretende reconstruir por esta vía algunos aspectos de la institucionalización del rol de asistente social, mediante el análisis de testimonios.

promoción y prevención de la salud en el ámbito público. La creación de los centros de salud en Uruguay se ubica dentro de una línea de salud pública, implementada dentro de una estrategia panamericanista.

⁶ Aunque es llamativa la ausencia de documentos, registros, hasta, incluso, las llamadas 'fichas sociales' en los propios lugares de trabajo de las asistentes sociales en el período considerado, también lo es la escasa bibliografía nacional que existe sobre los primeros desarrollos del Servicio Social como profesión en Uruguay y la carencia de publicaciones propias. Un elemento del que no podemos evaluar su exacta magnitud fue la destrucción de materiales acontecida en la EUSS durante la intervención universitaria cuando fue instaurada la dictadura militar de 1973.

⁷ En 2001 se ha conformado un grupo de investigación, a iniciativa de la profesora Myriam Mitjavila (orientadora del presente estudio) que integramos junto con la profesora Blanca Gabin, cuyo objetivo es la constitución de un acervo de Historia Oral que pretende recuperar la memoria institucional del Servicio Social.

Se procedió entonces al análisis de elementos discursivos de los diferentes agentes implicados en el campo⁸ a estudiar y la producción de significados sociales presentes en esos discursos y prácticas. El estudio abarca también el análisis del contenido de documentos y otros materiales emanados de las autoridades correspondientes, de programas de estudio de las instancias formadoras de visitadoras o asistentes sociales, leyes y reglamentos, documentos de organismos internacionales, así como entrevistas a informantes que fueron consideradas pertinentes.

Fue preciso construir para esta investigación lo que suele definirse como una perspectiva genealógica, en el mismo sentido que a la misma le atribuyen Varela y Alvarez-Uría (1997:25): los estudios genealógicos “contemplan los objetos de conocimiento y a los propios instrumentos de conocimiento desde una perspectiva histórica y procesual” y tienden a visualizar las relaciones recíprocas en los entramados de poder/saber que se construyen socialmente en torno a una institución determinada, colocado como central en esta forma de abordaje el análisis de las relaciones entre lenguaje, poder y conocimiento.

La desigual apropiación del capital lingüístico, económico y relacional en la sociedad genera un cúmulo de relaciones sociales donde el asunto del poder/saber es central. La centralidad del análisis de los discursos se produce porque ellos “no surgen puros e incontaminados de la mente de un locutor; lo queramos o no, los discursos están sometidos a regulaciones, controles, formas de selección, organización y distribución. El espectro de lo decible y lo indecible, de lo pensable y lo impensable no es infinito en cada época histórica y en cada sociedad” (VARELA, J., ALVAREZ URÍA, F. 1997: 44).

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

Es por ello pertinente, desde esta perspectiva, analizar las relaciones de poder focalizando en determinadas instituciones que “constituyen un punto de observación privilegiado, diversificado, concentrado, puesto en orden y llevado al punto más alto de su

⁸ Se adoptará en este estudio la acepción que aporta Bourdieu (1995: 65) del término campo: “En términos analíticos, un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) – cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo- y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)”.

eficacia" (FOUCAULT, 1996: 16). Existe pues una razón teórica: el poder es la noción básica para entender la institución, ya que ella funciona sobre la base del ejercicio del poder.

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

Según la literatura sobre el tema (VERNA ALBERTI, 1990; MOSS, 1991) la historia oral permite no sólo reconstruir lo subjetivo sino también lo objetivo de los procesos sociohistóricos, porque permite recuperar fuentes que permanecieron ocultas, iconografías, generar la identificación de nuevas fuentes documentales.

Tal como ha sido explicitado no es posible estudiar los procesos sociohistóricos que caracterizan al período neobatllista sin rastrear ciertas líneas de continuidad que han atravesado el siglo XX en Uruguay. A su vez se hace necesario analizar cómo en ese proceso se han ido acondicionando ciertos espacios sociales que permitieron a ciertos agentes intervenir en nombre de la salud.

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

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

El espacio social pasa a ser controlado en nombre de ciertos objetos que son traducidos como pasibles de ser abarcados por el campo médico. Foucault (1990: 14) plantea que "la conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar. El conjunto de las dicotomías fundamentales que, en nuestra cultura, distribuyen a ambos lados del límite las conformidades y las desviaciones, encuentra así una justificación y la apariencia de un fundamento".

Cada cultura define "el ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. En último término no existe un ámbito que pertenezca de pleno derecho y de modo universal a la medicina. (...) la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra -práctica y teóricamente- medicalizado." (FOUCAULT, M. 1990: 25, 26)

Se produce entonces la conversión de la salud en un problema eminentemente político desde el punto de vista de la relevancia de la higiene pública, la revalorización del cuerpo (como fuerza de trabajo) y la moralización, que lleva al control social de la "conducta desviada".

Se podría afirmar, plantea Foucault (1990: 97) que "en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia, sino una somatocracia. Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud".

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

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

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

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

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

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

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

a) El Uruguay de la primera modernización

El denominado modelo “higienista” se construyó en el Uruguay desde fines del siglo XIX, en el período que se conoce como de la primera modernización. Interesa

identificar en este período la existencia de algunos hitos históricos que trazaron líneas de larga duración en la sociedad uruguaya.

El nacimiento del Uruguay moderno, que puede ser situado en el período comprendido entre 1870 y 1900, se inscribe en el marco del proceso de integración a los mercados mundiales encabezado por Gran Bretaña, y se caracteriza por la diversificación productiva, la modificación de pautas de consumo, la complejización social, la reafirmación del Estado, la extensión de la educación, el control de la natalidad, la cultura urbana secularizada, el ajuste del sistema político y la formación del sistema de partidos. Objetivos de esta primera fase modernizadora fueron consolidar la presencia del Estado en la sociedad y en la economía, afirmar la propiedad privada (en este período se produce el alambramiento de los campos) y reinsertar al Uruguay como Estado y como nación en el contexto mundial de fines del siglo XIX.

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

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

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

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

En el ámbito de la educación, la reforma vareliana puede ser analizada, retomando a Varela J y Alvarez Uría, F (1997: 154) en el marco del intento de 'solucionar la cuestión social'. De esta forma se trataba "de neutralizar la lucha de clases a través de una política de armonización de los intereses del trabajo y del capital que permitiese integrar al movimiento obrero, y se impuso la obligatoriedad escolar convertida en uno de los dispositivos fundamentales de integración de las clases trabajadoras. La escuela obligatoria formaba parte, por tanto, de un programa de regeneración y de profilaxis social basado en los postulados del positivismo evolucionista. (...) Surgió así, en relación con los niños que se resisten a la escuela disciplinaria, un nuevo campo institucional de intervención y de extracción de saberes destinado a la resocialización de 'la infancia anormal y delincuente'."

Intrínsecamente asociado al proceso de la reforma educativa en Uruguay se encuentra el que tiene que ver con la secularización de la sociedad. Se debe tener en cuenta que: "la implantación tardía de la religión católica durante la Colonia, el carácter aluvial y crecientemente urbanizado de la sociedad, la misma pobreza material e institucional de la Iglesia, debieron facilitar el despliegue secularizante. (...) Pero en contrapunto no puede asegurarse que estos cambios de por sí relevantes hayan trascendido rotundamente –en un principio al menos– el horizonte de las disputas entre liberales, masones, católicos, espiritualistas y positivistas que agitaban por entonces las aguas de las elites políticas y culturales" (CAETANO y RILLA, 1996: 82).

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

a) La debilidad en Uruguay de la constelación de poder típica del continente (sectores agrocomerciales / Iglesia / fuerzas armadas como factores de consenso y respaldo coactivo).

b) Peso relativo de las restricciones de la dependencia externa, debido a la incorporación al imperio informal británico, y por el carácter de frontera de la región.

c) Por su parte "la combinación de ambas debilidades: la de la implantación oligárquica y la de la implantación capitalista, contribuyó a

reforzar la presencia del Estado en la sociedad civil y la centralidad de sus funciones en la formación social uruguaya" (CAETANO y RILLA 1996: 91).

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

b) El Uruguay del Batllismo temprano

En las tres primeras décadas del siglo XX se registra el segundo período de la modernización uruguaya, el cual puede denominarse *batllismo temprano*⁹. Interesa identificar también en este período algunos hitos de particular significación.

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

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

⁹ En el presente trabajo utilizaremos la definición que de esta expresión da PANIZZA (1990): "como una forma de referirse tanto al período en que José Batlle y Ordóñez fue presidente sin haber formado todavía un grupo que tuviera tal denominación dentro del Partido Colorado, como a la etapa posterior a 1912, cuando existió un grupo político que fue conocido explícitamente con ese nombre". Se refiere fundamentalmente a las tres primeras décadas del siglo XX, que abarca los gobiernos de José Batlle y Ordóñez (1903-1907), Williman (1907-1911), la segunda presidencia de Batlle y Ordóñez (1911-1915), Feliciano Viera (1915-1919), Baltasar Brum (1919-1923), José Serrato (1923-1927) y Juan Campisteguy (1927-1931).

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

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

Se destaca que el Cuerpo Médico Escolar fue creado por ley y reglamentado en 1908, “encargándosele la misión de vigilancia higiénica de los edificios escolares, del personal enseñante, del material de las escuelas, mobiliario, programas, de la profilaxis de las enfermedades infecto contagiosas, estudio de los retardados escolares, etc, designándose cuatro miembros para desempeñar esas tareas”.¹⁰

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

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

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

Dispositivos como el señalado se inscribían dentro de un proceso más amplio de conformación del Estado batllista uruguayo en este período. Las características de este

¹⁰ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Director Doctor Luis Morquio, jefe de la Oficina: sr Emilio Fournié. Tomo III No. 1 Montevideo Julio de 1929. P 99.
“Organización Médico escolar en el Uruguay”. Por el doctor Rafael Schiaffino (profesor agregado de Higiene de la Facultad de Medicina. Director del Cuerpo Médico Escolar).

proceso tendrán relación tanto con la manera cómo se construyeron las formas del higienismo en esta etapa así con cómo ese Estado se fue apropiando de espacios que anteriormente eran ocupados por otros agentes, asociados con aquellos propios de las organizaciones de caridad y filantropía.

El batllismo propició seis grandes reformas¹¹:

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

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

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

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

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

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

Globalmente consideradas, estas reformas transportaban una propuesta de sociedad hiperintegrada,¹² a través del Estado, los partidos políticos y las organizaciones

¹¹ Prof. Gerardo Caetano, 2001.

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

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

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

Caetano y Rilla (1996:116) señalan los límites del reformismo batllista donde: "no parece fácil discriminar con precisión las 'cuotas de responsabilidad' en este avance del reformismo social. Para el incipiente movimiento sindical, cuyas tendencias reconocibles iban desde el anarquismo y el socialismo hasta el catolicismo social, las reformas eran presentadas a lo sumo como concesiones arrancadas a los poderes dominantes; para el batllismo, la reforma social se justificaba y hasta se explicaba por razones de carácter moral, por mandato ético para con los 'humildes'; antes que una 'misión' cumplida por los 'de abajo' era un deber cumplido por 'los de arriba'. Es obvio que entre estas dos visiones –algo exageradas– circuló efectivamente la realidad de las cosas. Pero también parece claro que las reformas en el plano del derecho laboral no se habrían extendido al conjunto

¹² Rana, G (1987: 43) denomina al modelo batllista como "Estado innovador" haciendo referencia a la "sociedad hiperintegrada" a la que dará lugar.

de la sociedad sin el sostén del partido de gobierno, por más fuerza que tuviera –y que en ocasiones tuvo– la movilización sindical”.

En este período es que se consagra constitucionalmente la separación entre Estado e Iglesia,¹³ se establece el sufragio universal masculino, se abre la posibilidad de la sanción legislativa de los derechos de la mujer, se amplían las garantías electorales (voto secreto, representación proporcional integral, etcétera), se establece un Poder Ejecutivo bicéfalo, con un presidente y un Consejo Nacional de Administración, se inicia el reconocimiento constitucional de los organismos estatales de la actividad económica y se flexibiliza el procedimiento de reforma constitucional.

Panizza y Pérez-Piera (1988: 13) plantean la peculiaridad histórica de la tardía consolidación del Estado moderno uruguayo, fundamentalmente a partir de 1904, cuando unifica y consolida su monopolio de la violencia legítima. Paralelamente marcan el temprano proceso de modernización lo que “significó, por una parte, que el Estado se expandió tempranamente a ciertas áreas sociales y económicas y, lo que es más, que las primeras formas de legislación social y laboral antecedieron a la masificación del sufragio y a la consolidación de la democracia electoral. Pero, por otra parte, ello se dio en el marco de una sociedad con un ya muy alto grado de urbanización, y un grado también relativamente alto de alfabetización. Es decir que, cuando el Estado culmina su proceso de institucionalización tiene ya a su frente a una sociedad civil, de un cierto grado de riqueza y complejidad. Ello hace que una visión puramente ‘estatalista’ de la sociedad uruguaya sea parcial e inadecuada: si la hegemonía en el Uruguay se construye *desde* el Estado, la misma no es construida *por* el Estado en cuanto actor dotado de un alto grado de autonomía con relación a la sociedad (lo cual es diferente del problema de su autonomía de las clases dominantes)”.

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

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

Debe agregarse, sin embargo, que el Estado uruguayo no será simplemente un instrumento de creación del orden social, sino que también se constituirá en un poderoso *centro imaginario* de su unidad. Desde un análisis historiográfico de los discursos¹⁴ Panizza (1990: 37) explica cómo "el batllismo cambió radicalmente los límites de lo decible, y por consiguiente de lo pensable, en la formación política uruguaya. Lo paradójal es que lo consiguió con una estrategia discursiva que pudo aparecer como contradictoria pero que se mostró de una considerable eficacia". Según este autor utilizó la estrategia del doble mensaje, la matriz discursiva del liberalismo para someterlo a uno de los procesos de subversión más radicales en la historia política de la época en América Latina; discurso que democratizará la razón para someterla a una tradición que eliminará buena parte de su radicalidad potencial; "reunirá los elementos típicos de un discurso de tipo populista al servicio de una estrategia de tipo transformista".¹⁵

El análisis de Panizza (1990: 23) resalta la idea de que "el batllismo representó la condensación de dos momentos que habitualmente se dan separados en la historia política de otros pueblos: el momento de la institucionalización y el momento de la democratización de dicho orden. Fue el método mismo elegido por Batlle para impulsar su proyecto hegemónico, tanto como los aspectos sustantivos del mismo lo que irá a constituir las fronteras de la formación política uruguaya por más de medio siglo".

Castellanos (1995) ensaya una "explicación de cómo se articuló la forma del 'welfare' uruguayo, buscando rescatar en la lógica histórica de las políticas sociales sus funciones de integración, esenciales para la estabilidad de todo sistema democrático". Entiende, en ese sentido, que las tres primeras décadas del siglo XX representan años

¹³ Sobre el proceso de secularización de la sociedad uruguaya véase: CAETANO, Gerardo; GEYMONAT, Roger. *La secularización uruguaya (1859-1919) Catolicismo y privatización de lo religioso*. Tomo I. Montevideo. Ed Taurus Santillana. 1997.

¹⁴ Se entiende por discurso toda práctica articuladora (sea de naturaleza lingüística o extra lingüística) que constituye y organiza relaciones sociales mediante configuraciones de sentido. Los discursos políticos son analizados en términos de constituir los límites de una formación política. Se pone énfasis en cómo estos discursos establecen sistemas de equivalencias, antagonismos y diferencias. Los discursos de diferencia son básicamente integradores; los de equivalencias marcan antagonismos y rupturas.

constitutivos del proceso fundacional de la 'ciudadanía', a través de la extensión de derechos políticos y sociales, elemento central del 'welfare' uruguayo, al que denomina 'bienestar de partidos'.¹⁵

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

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

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

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

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

iv) Carácter partidocéntrico de las identidades colectivas, políticas y sociales, históricamente estructuradas por los partidos políticos. Estos, actores centrales de la política uruguaya desde los inicios de la vida independiente, sin sustituir ni pretender cooptar las diferentes organizaciones sociales (obreras, empresariales, rurales, culturales) vieron

¹⁵ "Por 'transformismo' se entiende aquí el " (...) proceso por el cual los sectores dominantes en una sociedad intentan bloquear la emergencia y consolidación de una fuerza antagónica a través de la absorción y neutralización selectiva de sus demandas y/o del intento de cooptar a sus representantes políticos en el bloque de poder."

¹⁶ En el Welfare State marca dos dimensiones fundamentales: en contraste con experiencias de 'estados asistenciales', aparece la participación política de las masas como central, y la centralidad asumida por las instancias estatal burocráticas sobre la acción de los partidos y los grupos de presión como agentes de mediación. Tiene en una desarrollada burocracia la clave en las decisiones y la canalización de las demandas sociales. Por esto no cataloga al caso uruguayo como welfare state. En su lugar se hipotetiza la utilidad de tipificar esta experiencia como un 'bienestar de partidos'

umentar aun más esta característica con el papel que tendrían en la definición e instrumentación de las políticas de bienestar a partir de principios de siglo.

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

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

Ese es el terreno sobre el que Filgueira (1995: 11) observa la "implantación, en la segunda década del siglo, de una serie de medidas que crearon un Estado asistencial, providente y anticipador de demandas". Si bien las políticas sociales fueron en un comienzo aplicadas de acuerdo con modalidades particularistas y clientelísticas, se apoyaron en una retórica universalista desde el punto de vista de su formulación a nivel genérico, y en su base jurídica.

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

i) *Las leyes y resoluciones del Ejecutivo concernientes al funcionamiento del mercado laboral.*¹⁷

ii) *Política sobre retiro de la fuerza de trabajo.*¹⁸

¹⁷ Se aprobaron en este período la jornada de ocho horas, la semana laboral de seis días en la industria y de cinco y medio en el comercio, la regulación del trabajo femenino e infantil. En 1915 se aprobó ley de 8 horas; en 1920 la ley de descanso semanal; en 1918 la llamada 'ley de la silla'; se creó una Inspección General del Trabajo; en 1914 la legislación sobre accidentes de trabajo y bases para la discusión de seguros por riesgo de muerte o invalidez por causa de la actividad laboral. Con relación a este punto, conviene tener presente que, como indica Filgueira (1995: 21) las 'leyes obreras' son parte del 'mito' batllista, ya que "su simpatía y defensa de los derechos de reunión y huelga deben ligarse más a su disputa con las empresas privadas extranjeras que a la defensa de intereses sindicales, aunque la retórica de la época lo presentaba así".

¹⁸ En 1896 se crea la caja de jubilaciones para maestros; en 1904 la Caja Civil para retiro de los funcionarios públicos, recién en 1919 con las leyes emitidas sobre la materia comenzó a universalizarse su alcance. En 1919 se crea la Caja de Industria, Comercio y Servicios, y se aprueba la concesión de pensiones a la vejez. En el año 1919 por ley se establece la obligación de la cobertura estatal por causa de vejez, invalidez y muerte a la categoría de "indigentes".

iii) *La instrucción pública*: Se crea en este período una enseñanza secundaria laica y se reformula la enseñanza universitaria. En 1919 se institucionaliza el liceo nocturno y en 1921 la Universidad de Mujeres. En 1916 se rediseña la enseñanza de oficios y se establecen cursos para educar jóvenes del interior. Se procuraba con ello crear una cultura liberal e igualitaria y completar el proceso de asimilación de las corrientes migratorias con el fin de homogeneizar la socialización.

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

iv) Por último se destaca un cambio sustancial en la consideración del papel del Estado en la administración de las instalaciones de beneficencia existentes que atendían aspectos de la salud pública: la creación de la Asistencia Pública Nacional en 1910.¹⁹

Methol (1999: 39) enmarca la discusión de la ley de creación de la Asistencia Pública Nacional en la pugna entre positivismo y espiritualismo en la época y plantea que: "este debate da cuenta, y a la vez habilita, el proceso de secularización de la sociedad uruguaya en el período intersiglos. Secularización que se produce no solamente en el sentido de pérdida de hegemonía de los valores religiosos, sino en la adopción de 'nuevos valores científicos' bajo la forma de un nuevo sistema de confianza en la producción de la verdad". Elabora una reflexión acerca de los significados representacionales que adquiere y desempeña el saber científico en la modernidad, a fin de alumbrar el análisis de una manifestación concreta para el caso uruguayo de la difusión de ese saber, como lo es el movimiento higienista de principio del siglo XX.

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

¹⁹ Un análisis del proceso político que llevó a la redacción de la ley de creación de la Asistencia Pública Nacional se puede encontrar en METHOL, F. (1999).

El registro cronológico de la proliferación de los recursos organizacionales de la asistencia social durante este período es bastante elocuente al respecto.²⁰

En 1917 fueron centralizadas las funciones de la Asistencia Pública en un Consejo Directivo formado por el director general de la Asistencia Pública, siete miembros designados por el Poder Ejecutivo, uno por el Consejo de Facultad de Medicina y uno por el personal técnico de la Asistencia Pública. Dichas funciones se transformaban en rentadas.

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

El doctor Bauzá proponía como una de las medidas para la disminución de la mortalidad la instrucción a las madres en materia de puericultura. Sugirió para ello la creación de un cuerpo de nurses inspectoras que recorriesen los hogares pobres.

Entre las conclusiones que votó el Congreso, se destaca la que propone que se establezca en Montevideo una Oficina Internacional Americana de Protección a la Infancia.

En 1924 quedó constituida la Asociación Nacional de Protección a la Infancia. En 1925 se procedió a la instalación del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia con sede en Montevideo, tal cual lo resuelto en el Congreso.

El presidente del Consejo Nacional de Higiene, José Scoseria, planteaba lo siguiente en la Conferencia sobre Mortalidad Infantil patrocinada por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, realizada en Montevideo entre el 7 y el 11 de junio de 1927: "Si a todos los pueblos civilizados interesa el problema de la mortalidad infantil, del punto de vista humanitario, económico y social, hay también una razón de egoísmo

²⁰ 1908: Creación del Hospital Pereira Rossell, para la atención de niños; 1913: Apertura del refugio para embarazadas; 1914: Escuela de Nurses, que también atendía enfermos; 1915: creación de la maternidad; 1922: Hospital Pasteur; 1927 Hospital Pedro Visca; 1928: Colonia Saint Bois, hospital para tratamiento de la tuberculosis; 1930: Casa Maternal y sanatorios antituberculosos. También en el interior del país se crean hospitales en Minas (1904), Rosario (1909), Flores (1910), Salto, Florida, Tacuarembó y Melo en 1911, Colonia de Alienados en Santa Lucía y Hospital de Treinta y Tres (1912), dos asilos en Fray Bentos y una sala de asistencia en Canelones en 1914, en San Carlos y Paysandú en 1915, en varias localidades a la vez en 1920, en Libertad en 1922, y un asilo en Salto en 1930. Esta enumeración tomada de Barrán (1992) nos permite visualizar claramente el interés manifestado en el desarrollo de esta área de las políticas sociales en el Uruguay batllista.

nacional que nos impulsa a combatirla. Es condición del progreso y engrandecimiento de las naciones el crecimiento de su población pues el factor hombre es capital y es trabajo.”²¹

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

Se torna necesario reconstruir el perfil del modelo higienista que fundó el impulso medicalizador en el Uruguay del novecientos.

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

Se asistió a la importación de los nuevos modelos etiológicos de naturaleza exógena que, siendo fruto inmediato del desarrollo de la bacteriología, fomentaron la atribución de un importante papel al medio como causa de las condiciones sanitarias de la población.

En cuanto a las formas y contenidos del proceso de medicalización apunta Ayres (1995) que la utilización del término riesgo en el campo médico en las dos primeras décadas del siglo XX está asociado, no a la indicación de situaciones atribuibles a los individuos, sino como indicador de situaciones poblacionales. Esta concepción apunta al análisis e intervención sobre los problemas referidos a la población, asociado a la noción

²¹ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo I.No. 1: 97 Julio de 1927.

de medio externo para poder acceder al conocimiento de los procesos que afectan la salud desde el punto de vista colectivo.

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

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

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

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

Esta forma de consideración de los procesos de salud/enfermedad fue creando paulatinamente un espacio social propicio para la intervención de agentes no médicos que actuarían para garantizar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Desde fines del siglo XVIII, el papel de las instituciones religiosas en la asistencia a los pobres, la atención a los enfermos y a mendigos había sido fundamental, con un carácter caritativo. Paulatinamente, la propia beneficencia católica comienza a identificar la ineficiencia de la caridad: "No llegaremos a decir que todo es falso en la mendicidad callejera (...) Pero en esta profusión de mendigos (...) hay (...) mucho de fingido; bajo la capa de mendigos se ocultan vagos, los harapos cubren muchas veces cuerpos robustos y aptos para el trabajo (...)".²²

²² Citado por Barrán JP, *Historia de la sensibilidad, tomo 2, El disciplinamiento*, Montevideo, EBO, 1990, p 41. Tomado de *El Bien*, 24-X-1890.

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

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

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

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

Kruse (1994) analiza el papel de las damas que visitaban a las nodrizas que se hacían cargo de los niños huérfanos que llegaban al Santo Hospital de Mujeres y Casa de los Niños Expósitos, haciendo especial mención de los aspectos de vigilancia y control que ponían en práctica. Posteriormente analiza el papel del "Andador", de sexo masculino, que aparece alrededor de 1850, en las mutualistas, que atendían a los inmigrantes. El andador comunicaba las posibilidades laborales que aparecían en la Bolsa

de trabajo mutuo. Interpreta su función como estrategia de supervivencia de los sectores más débiles y como una forma de solidaridad entre ellos.

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

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

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

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

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

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

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

Tres niveles destaca Barrán (1993 b: 163)) en el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya, siendo uno de ellos el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad, cuyo abordaje llegó a monopolizar. La especificidad de su saber y su reclusión en manos de varones universitarios, tornaban incuestionable cualquier tipo de decisión, ya sea referida a la propia enfermedad y tratamiento como a otro tipo de indicaciones más relacionadas con los comportamientos y la moralidad.²³ Agrega que “La clase médica logró primero el control de las autoridades estatales que regían la salud, luego lo obtuvo en los centros que la cuidaban, asilos, hospitales, sanatorios; en tercer lugar pudo controlar ámbitos clave de la beneficencia pública. La beneficencia católica, que antes había regido el espacio hospitalario se vio desplazada no sólo de éste sino también de su escenario propio, la caridad”.

iv) El cambio de las funciones hospitalarias

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

En ese sentido se refiere Barrán (1993 b:156) a la hospitalización de la muerte, fenómeno que aconteció primero en los medios urbanos. “Los pobres, sobre todo los de

²³ Un amplio análisis del proceso de consolidación del saber/poder médico se puede encontrar en Barrán, J. P. (1992, 1993, 1995)

Montevideo, fueron los primeros en vivir la muerte medicalizada en el hospital.” El número de enfermos atendido en los hospitales creció considerablemente.

Como observa Barrán (1995: 229) en Uruguay “el higienismo invadió el parlamento, la escuela, la cárcel, la fábrica, el cuartel, la ciudad, la casa y el rancho, el tiempo del trabajo y el del descanso; el médico comenzó a intervenir de oficio –no a pedido del enfermo– en el examen antropométrico de los presos y la determinación científica de su alimentación, en el examen preventivo de los trabajadores; en el estudio de las disposiciones lumínicas y de cubaje de aire del espacio fabril; en el diagramado urbano promoviendo plazas y parques; en la vivienda, ordenando aperturas y prohibiendo cerramientos; en el examen de los empleados y obreros determinando o negando licencias, rechazando aspirantes o imponiendo ciertas condiciones a otros, según lo que la ciencia estimaba índole de la ocupación, siendo el caso más notorio, en este plano, el de los aspirantes a maestros”.

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

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

Fue un médico, el profesor agregado de Higiene de la Facultad de Medicina y director del Cuerpo Médico Escolar, doctor Rafael Schiaffino, a quien el director del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia, Dr Luis Morquio encargó la elaboración de un informe para ser presentado ante el Congreso Internacional de Protección a la Infancia que tendría lugar en París en 1928, sobre las ideas directrices del Servicio Social en la protección a la infancia referente a los países de América Latina.

En el informe señala que su “larga experiencia en las labores médico escolares nos había convencido (...) de la dificultad de poder abrazar todo el problema con el



concurso único de los médicos inspectores y con los auxilios de las clínicas escolares. Faltaba siempre el nexo entre la familia y el médico, faltaba el órgano tenaz y continuo de la propaganda higiénica, para hacer que la labor respondiera a los esfuerzos que se le dedicaban”.²⁴ Se aclara que en 1925 había realizado un viaje por Estados Unidos y Europa que lo “había afirmado en su convicción” de la importancia de ese “nexo”.

Con ese fin había solicitado en 1925 la creación de un cuerpo de visitadoras escolares y, a partir de dicha iniciativa, la Ley de Presupuesto sancionada el 28 de octubre de 1926 otorgó al Consejo Nacional de Enseñanza Primaria y Normal una partida para la creación de los primeros doce puestos de “visitadoras escolares”.²⁵ Aclara, por su parte, que contó con la incomprensión del público y de las clases dirigentes en su proyecto, ya que “no está hecha en los espíritus la distinción entre lo que una visitadora y una enfermera significan”. Dicha “incomprensión” y “ambigüedad” en la distinción atravesaron no sólo los orígenes de la profesión.

El punto de vista de Schiaffino sobre este asunto era el siguiente: “La visitadora representa la tendencia más moderna de la medicina preventiva, y es la encargada de la vigilancia de los sanos, la que debe despistar los peligros que a la salud amenazan, para poder evitarlos; la divulgadora de los conceptos higiénicos, a fin de hacer que el organismo resista en mejores condiciones a los ataques de las infecciones y peligros que lo rodean de continuo, a hacer por su prédica que el desgaste por la labor a que está condenado el hombre, sea lo menos dañosa posible; la propulsora de los medios modernos de prevención contra las enfermedades y la difusión de los conceptos de la higiene en la alimentación, en el desarrollo, en la habitación, en los métodos de la vida higiénica”²⁶.

Las tareas que son asignadas a las visitadoras consisten en la acción de prevención, divulgación, enseñanza y convencimiento, “labor de todos los días y de todas las horas”. El espacio donde dicha labor se debería desarrollar era descrito como muy amplio y abarcaba la escuela, los hogares, las fábricas y “todas las manifestaciones a que el hombre dedica sus actividades, y que entrañan todas, en mayor o menor grado, peligros para la salud del hombre o de la sociedad”. Aclara que la visitadora social debe conocer las tareas de la enfermera pero “debe sobrepasar esos límites de la asistencia con conocimientos sólidos en todas las ramas de la higiene”. Agrega la necesidad de que

²⁴ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo I No. 3: 340. Enero de 1928

²⁵ Véase BRALICH, J. “La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia”. Cuadernos de Trabajo Social N1 2 Universidad de la República. 1993. pp 9 –47.

²⁶ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo I No. 3: 341. Enero de 1928

posea "una buena base de conocimientos generales y condiciones de cultura social más completas" que han de hacer posible su "acción bienhechora".

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

De acuerdo con la investigación de Bralich (1993), el Consejo de la Facultad de Medicina aprobó una resolución mediante la cual se permitía el ingreso de aquellos estudiantes que "hubieran cursado el último año de enseñanza primaria". Por último, la propia Facultad de Medicina encomendó la implementación de los cursos al Instituto de Higiene Experimental "que por ley estaba a cargo de la enseñanza superior de la Higiene".

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

El programa de estudios de esta primera Escuela de Servicio Social universitaria, que se fundó en 1927 en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental, dependiente de la Facultad de Medicina (según resolución del Consejo Directivo del 8 de marzo de 1927) incluía materias de estudio tales como, en primer año: Anatomía y fisiología; Patología general; Higiene general y enfermedades transmisibles; en segundo año: Maternología y puericultura; Higiene social, Higiene escolar y tuberculosis; Práctica de hospital (médica y quirúrgica).²⁸

De acuerdo a la información recabada de un Informe del Departamento Jurídico de Salud Pública, de fecha 25 de setiembre de 1959, sobre el petitorio elevado por la Asociación de Visitadoras del Uruguay sobre el reconocimiento de sus títulos, que

²⁷ Extractado de un registro de Legislación Escolar 1922-1927. Pág 502.

²⁸ Información extraída del certificado de estudios de "Visitadoras sociales" otorgado por el Instituto de Higiene Experimental, Facultad de Medicina.

realiza una retrospectiva de la "evolución general del Servicio Social oficial en el Uruguay", se hace referencia a que "dichos cursos fueron confiados a distinguidos profesionales; eran teóricos prácticos (las prácticas se efectuaban en dependencias del Consejo de Salud Pública, Institutos Normales y fábricas, talleres, frigoríficos, etcétera) de carácter reglamentado y se rendían exámenes materia por materia". A pesar de ello se destaca la "situación de desamparo legal" de las egresadas de dicha Escuela.

Según Bralich (1993: 14) "no existía, al parecer, precisión en cuanto a la denominación de la profesión. La solicitud del Consejo de Enseñanza Primaria se refiere a 'Visitadoras Escolares', el Consejo de la Facultad de Medicina habla también de 'Visitadoras Escolares' al aprobar la colaboración solicitada, pero luego en los documentos del Instituto de Higiene (fichas escolares) se expresa 'Visitadoras Sociales' y los títulos otorgados son de 'Visitadoras Sociales de Higiene'".

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

En otro de los documentos relevados,²⁹ se hace referencia a que el Servicio Social "se trata de un servicio otorgado por la sociedad a una parte de los miembros que la componen, por eso es social. (...) su finalidad es también la de aumentar el bienestar social. (...) trata de reintegrar a la circulación social a aquellos elementos que se han separado, que no se han adaptado a su ambiente, que constituyen piezas más o menos corroidas en la máquina social. Se trata de repararlas, de reajustarlas, de colocarlas en condiciones de poder prestar nuevamente buenos servicios, de hacer de ellas, en lugar de escoria, un material utilizable".

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

²⁹ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo II No. 2: 147, 148 Octubre de 1928. "El Servicio Social y las Escuelas de Servicio Social" Trabajo presentado al V Congreso Panamericano del Niño. La Habana, diciembre de 1927. Por el Doctor Julio A Bauzá Director del Servicio de Protección a la Primera Infancia (Montevideo).

enfermedad y, en general, toda clase de datos de interés para la etiología, el diagnóstico o el tratamiento". Así, considerada como un auxiliar del médico, en su tarea diaria, se tendría que encargar de "completar la obra médica y del cumplimiento exacto de las prescripciones facultativas, así como de la presentación regular al consultorio de los niños enfermos".

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

Tal vez fuera por ello que se coloquen como criterios para seleccionar a las aspirantes, que posean una "mentalidad vigorosa que les permita adquirir preparación científica indispensable, conjuntamente con el golpe de vista y la preparación social (...). Debe poseer cualidades especiales, rápida comprensión de los problemas fundamentales de la familia, así como actividad y bondad infinitas, expresadas por el interés en encontrar la solución más favorable".

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

Posteriormente, en la evaluación³⁰ que el profesor Schiaffino realiza de la labor de las doce visitadoras que finalmente fueron contratadas (se aclara que la selección fue realizada por concurso de oposición), se hace referencia a que cada una tiene a su cargo cuatro escuelas, o sea unos dos mil niños, "es decir una tercera parte de las escuelas y poco menos de la mitad de la población escolar" y propone, al finalizar, la necesidad de ampliar su número, y de mejorar el nivel de su preparación a través de cursos en el exterior.

En cuanto a las tareas que las visitadoras realizaban las describe de la siguiente forma: "Está a su cargo el preparar la ficha individual de cada alumno, llenando los antecedentes sociales, familiares e individuales de él, tomar las medidas antropométricas, la visión, audición, aseo y parasitosis de la piel y cuero cabelludo, columna vertebral, estado dentario, permeabilidad nasal, etcétera, sometiendo luego los examinados a la visita del médico, para rectificar su examen, hacer el diagnóstico, y realizar los pases a las

³⁰ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo III No. 1 Julio de 1929: 102. "Organización Médico escolar en el Uruguay". Por el doctor Rafael Schiaffino (profesor agregado de Higiene de la Facultad de Medicina. Director del Cuerpo Médico Escolar). Montevideo.

Clínicas escolares, escuelas al aire libre, Clínicas de Nutrición, Clases diferenciales, etc. Las visitadoras acompañan semanalmente esos niños a las clínicas y transmiten a las familias las indicaciones del tratamiento, encargándose de que las prescripciones se cumplan. A ellas les corresponde el hacer las visitas domiciliarias en los casos de ausencia de los escolares por enfermedad, y proceder, cuando se trata de enfermedades transmisibles, de vigilar el aislamiento de enfermos y contactos, así como de señalar el plazo de su vuelta a la escuela, previo el certificado del alta. Semanalmente las visitadoras entregan su parte con el trabajo realizado en la semana."

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

4) Las transformaciones que se producen después de la crisis de 1929 en los procesos de medicalización en el Uruguay

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

batllistas, aunque reorientadas en términos generales por un nuevo tono tecnocrático y conservador”.

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

Con relación a la inserción de la economía uruguaya en contexto internacional Caetano y Rilla (1996: 157) apuntan lo siguiente: “La crisis capitalista (de 1929) profundizó el ya fuerte deterioro del viejo orden hegemonizado por Gran Bretaña, que en la economía uruguaya se vinculó históricamente, en primer término, con la primacía de los ganaderos y de las exportaciones agropecuarias. En ese sentido, el estancamiento ganadero iniciado en los años treinta y no superado en toda la década, constituía, sin duda, una de las traducciones más significativas del cambio de hegemonías capitalistas en la economía local. Resultaba imperativo entonces tanto abrir nuevos mercados como sustituir importaciones, lo que en cierto modo delimitaba los márgenes de maniobra de la política económica.”

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

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

Paralelamente Uruguay se vio perjudicado por las medidas británicas; entre 1930 y 1932 los índices de las exportaciones uruguayas cayeron, produciéndose un marcado

desequilibrio en la balanza de pagos. Según Jacob (1981 b), se calculaba en 38.000 el número de desocupados.

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

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

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

También se creó por ley en 1937 el Instituto Nacional de Viviendas Económicas como un servicio del Ministerio de Obras Públicas con el cometido de construir o adquirir inmuebles para ser arrendados o vendidos a los asalariados. "Cabe mencionar el papel del Estado como generador de empleos, como aglutinador, orquestador y manipulador de intereses económicos para los cuales el mercado interno era vital. Un Estado que fue empresario, empleador, que debió buscar soluciones para que los conflictos se solucionaran o se diluyeran y que con su presencia signará todo el siglo XX uruguayo" (JACOB, 1981 a: 10).

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

fundamentalmente el fascismo y el falangismo, incrustadas en el cuerpo de normas liberales preexistente”.

De acuerdo con el registro historiográfico de Nahum (1989: 28), la Constitución de 1934 contenía una amplia sección “dedicada a definir los derechos, deberes y garantías de los ciudadanos y de los habitantes en general: (...) se incluyó un conjunto de disposiciones que reconocían la obligación del Estado de proteger y garantizar ciertos derechos sociales. (...) Entre ellos figuraron la familia, la maternidad, la enseñanza (especialmente primaria), el trabajo, la vivienda, remuneración justa, agremiación y huelga para los obreros, propiedad intelectual, acceso a la administración pública, seguros sociales a través de jubilaciones y pensiones, etc. Aunque muchas de estas disposiciones tuvieron un evidente propósito proclamatorio y luego fueron reglamentadas –como ocurrió con el derecho de huelga, por ejemplo– significaron una evidente continuidad en el camino emprendido por la sociedad uruguaya desde comienzos de siglo”.

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

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

a) La sanción del Código del Niño

Como antecedentes de la sanción del Código del Niño se coloca³¹ la designación en abril de 1933 de una comisión honoraria que debería preparar un proyecto que tuviera

³¹ Los datos respecto de este tema fueron recogidos del *Código del Niño de la República oriental del Uruguay*. Anotado y concordado por Mercedes Metallo y Beatriz Orihuela. Tercera edición actualizada. Uruguay: Fundación de Cultura Universitaria, 1996.

como objetivo la protección y patronato de la infancia, ya que se criticaba la diversidad, ausencia de practicidad y carencia de unidad de la legislación anterior sobre la infancia.

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

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

Leopold (2002: 60) destaca la presencia de la corporación médica en la redacción del Código del Niño, aunque indica que no es menor la influencia de juristas destacados de la época. Agrega que el Código fue formulado bajo la influencia continental del Movimiento de los Reformadores³² y se sustenta en la legitimación de "una intervención estatal discrecional sobre esta suerte de producto residual de la categoría infancia, constituida por el mundo de los "menores", constituyendo un punto esencial la indistinción entre "menores" abandonados y delincuentes.

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

A través del Código se dispone, como parte de las Divisiones Técnicas a crear en el Consejo del Niño, una con la denominación de Servicio Social, la cual se ocuparía de la formación de las visitadoras sociales y de "todo lo que se relacione con el problema social en su más amplia y moderna acepción". Otras que se crearían serían las de Puericultura

³² Según Leopold (2002: 60) se indica que el Movimiento de los Reformadores tuvo su origen en Estados Unidos y bregaba por un trato diferencial a los niños de los adultos. Obtiene su primer triunfo en Illinois, en 1889 cuando se constituye el primer tribunal de Menores. Llevó al ámbito del control oficial una serie de actividades juveniles que anteriormente habían sido manejadas informalmente. No distinguían entre niños delincuentes y dependientes, consolidándose una indiscriminación entre el niño abandonado y el niño infractor.

prenatal, Primera infancia (1 a 3 años), Segunda infancia (3 a 14 años), Adolescencia y trabajo (14 a 21 años), Higiene, Educación y Jurídica (a cargo del juez de menores). Los nombramientos de las distintas direcciones evidencian la continuidad de algunas personalidades de la época en el campo de la Higiene, que habían tenido importancia relevante en el Cuerpo Médico Escolar y en el Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, y que a su vez habían participado activamente en la conformación de la Escuela que formó visitadoras sociales de Higiene en la órbita del Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina, tal como fue estudiado en el punto anterior del presente trabajo.³³

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

El Código destaca la importancia de que el Consejo del Niño esté constituido en su mayor parte por mujeres ya que su presencia "tenderá a la mejor comprensión de los asuntos y a su solución más humana y sensible" (p.16). El lugar asignado a la mujer por los redactores del Código es como "reina del hogar".

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

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

³³ Según decreto del Poder Ejecutivo de fecha 9 de junio de 1934 se designan las autoridades de las distintas divisiones del Consejo del Niño: al doctor José Infanzozzi director de la División Prenatal, al doctor Julio A Bauzá director de Primera Infancia, al doctor Mario Ponce de León director de Segunda Infancia, al doctor Víctor Escajedo y Anaya de Adolescencia y Trabajo, al doctor Rafael Schiaffino director de Higiene y al doctor Emilio Fournie director de Educación.

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

Una de las Divisiones Técnicas que se creaban en el Consejo del Niño fue la denominada *Servicio Social*, que se encargaría de la formación de visitadoras sociales. El decreto 126 del Poder Ejecutivo (firmado por Gabriel Terra y Eduardo Blanco Acevedo) de fecha 15 de mayo de 1934 establece que el Consejo del Niño dependerá del MSP y el decreto 127 designa al Dr. Roberto Berro como presidente de dicho organismo.³⁴ Debido a que en un primer momento el Consejo del Niño funcionó como una dependencia del MSP (hasta la promulgación del decreto 247 del Poder Ejecutivo de fecha 23 de marzo de 1935 que indica que pasa a depender del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social), se podría afirmar que la Escuela de Sanidad y Servicio Social que crea la Ley Orgánica del MSP instrumenta la creación de ese ámbito institucional que preveía el Código del Niño.

El papel que se asigna a la visitadora social en el Código del Niño (p. 23) está demarcado por la confección en todos los casos de la "ficha social" y por tener en sus archivos los datos de todas las familias. Así, debería intervenir en la "organización y regularización de la familia, la investigación de la paternidad, evitar el abandono del niño, contralorear el cumplimiento de los preceptos higiénicos y las prescripciones médicas, enseñar higiene y puericultura, alimentación adecuada y económica, en todas las cuestiones de trabajo, sea para buscarlo a los padres o para evitarlo en los niños, facilitar la orientación profesional, atención y colocación de anormales y enfermos, colocación familiar en los casos de libertad vigilada, asesoramiento al juez de Menores con respecto a la vida del niño y de su familia, lucha contra el analfabetismo y los males sociales, persecución de la mendicidad, en la realización de encuestas, organización de oficinas que traten con mujeres y niños, y en muchos otros casos que no es posible prever".

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

³⁴ Esta información fue recabada de los Libros de Acuerdos del MSP. Archivo del MSP.

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

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

b) La creación del Ministerio de Salud Pública

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

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

Durante con el proceso dictatorial de Terra, las políticas sociales y de salud se reorganizaron. Por un lado se organizó el sistema de salud en cuanto a prevención, curación y rehabilitación. Por otro, las políticas que habían estado hasta ese entonces en manos de la Asistencia Pública Nacional pero que no referían directamente a la salud pasarán al ámbito de nuevas instituciones de acuerdo con el siguiente esquema:

- alimentación para pobres, que recayó en el Instituto Nacional de la Alimentación;

- el caso de los menores abandonados o infractores cuya esfera de acción fue centralizada en el Consejo del Niño, como ya se destacó.

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

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

De acuerdo al artículo 1 de la ley 9202³⁵ "Compete al Poder Ejecutivo por intermedio de su Ministerio de Salud Pública la organización y dirección de los servicios de Asistencia e Higiene".

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

En materia de higiene, sus cometidos se retrotraen a las épocas anteriores, incorporándose otros que refieren por ejemplo a las vacunas, policía ambiental, policía de alimentos, y en lo relativo a saneamiento y agua potable,

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

El capítulo V se refiere a la "policía de la prostitución y de vicios sociales" estableciendo una nueva reglamentación basada en la supresión de los prostíbulos y "la denuncia y el tratamiento obligatorio de las enfermedades venéreo-sifilíticas". Y anuncia que extenderá la acción profiláctica que se da a la prostitución a los otros 'vicios sociales' como las toxicomanías y el alcoholismo. En el capítulo VI se crea la Comisión de Salud

³⁵ Se toma como fuente el texto de la ley 9202 del 12 de enero de 1934. Departamento Jurídico del MSP.

Pública, de carácter honorario a la que, entre otras funciones, se le adjudica la de reprimir el ejercicio ilegal de la medicina, así como entender en lo relativo a constituirse en tribunal disciplinario frente a las faltas cometidas por los médicos y "profesiones anexas".

El ingreso a los cargos del MSP se haría por concurso de oposición mediante tribunal técnico; a pesar de ello, según Piotti, en ningún período estuvieron ausentes las críticas del Sindicato Médico del Uruguay en cuanto a la provisión de los cargos técnicos y a los pseudo concursos que se hacían.³⁶

Se define al personal del MSP en tres categorías: "personal técnico, personal administrativo y personal secundario especializado" (artículo 34). En el caso del personal técnico ("aquél para cuyo ejercicio necesite el aspirante poseer título universitario que lo habilite para desempeñarlo y los cargos que sin ser desempeñados por profesionales, exigen por naturaleza una preparación científica adecuada, como el de ayudante técnico") se establece que su ingreso se realizará mediante concurso de oposición, con un tribunal técnico designado por el MSP.

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

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

c) La escuela de Sanidad y Servicio Social

³⁶ La ley orgánica del MSP contó con la oposición del SMU por la situación de que se sancionó en el período dictatorial y en realidad se pretendía que hubiera surgido del consenso de las partes involucradas. Hay una oposición clara al ministro Eduardo Elanco Acevedo, a quien se califica de "prepotente, encumbrado y sostenido por el más abyecto y despreciable de todos los puntales: el de la fuerza" (Piotti: 30). Se critica también la hipertrofia de los servicios, las dificultades en la implementación de propuestas, y su excesiva burocratización.

Según Bralich (1993: 18) estos cursos se organizan recién en 1939 “mediante un decreto del Poder Ejecutivo del 2 de enero de 1939 que reglamentó las condiciones de ingreso, la duración de los cursos, etcétera”. Se exigía haber aprobado la enseñanza secundaria, una edad entre 19 y 30 años. El curso duraba dos años y las materias que incluía se relacionaban fundamentalmente con el área de la Higiene y la salud.³⁷

Según este investigador, egresaron de dicha escuela 125 visitadoras. Una de ellas, que inició los cursos en el año 41 o 42, fue entrevistada en el transcurso de la presente investigación.³⁸ A partir de su testimonio se pudieron recoger datos hasta ahora no relevados acerca del funcionamiento de esta escuela, cuyo director era el doctor Manuel Gortari.

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

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

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

³⁷ “Las asignaturas que incluía el programa eran, en primer año: Anatomía y fisiología; Patología general; Patología médica y quirúrgica; Higiene general, Nutrición; Economía doméstica; Enfermedades transmisibles y Bacteriología. En segundo año: Higiene social, Higiene escolar, Higiene industrial; Puericultura; Maternología; Tuberculosis; Enfermedades venéreas; Administración sanitaria-estadística; Práctica de laboratorio y de policlínica médica y quirúrgica y endocrinológica” (BRALICH, J. 1993: 18).

³⁸ En realidad la entrevista fue realizada en 1987 por la profesora Blanca Gabin, y posteriormente incluida en el acervo de Historia Oral que se fue construyendo.

ese momento no había acá en el Uruguay una idea clara sobre la cosa. Además ya te digo, eran los médicos los que habían tomado la iniciativa en este asunto. (...) El Doctor Rafael Schiaffino, (...) que era profesor de Higiene de la Facultad de Medicina, era el que daba la cátedra de Higiene. Tal es así que a nosotros como estudiantes nos hacían ir a dar la materia Higiene en la Facultad de Medicina. Como estudiantes de la escuela del Ministerio de Salud Pública”.

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

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

Una línea de investigación queda abierta: el conflictivo relacionamiento entre las egresadas de las diferentes escuelas.

d) La Escuela de Servicio Social del Uruguay

Según reseñan las fuentes consultadas (Bralich, 1993: 15), en 1937 se crea la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU), con el auspicio de la Unión Católica Internacional de Servicio Social y de la Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchagra, de la Universidad Católica de Chile y respondiendo “a una concepción caritativa de la profesión”. Durante el primer año se inscribieron 65 estudiantes de las que fueron seleccionadas 23. De ellas en 1940 sólo 14 habían recibido el título habilitante que, en una primera etapa, era el de visitadora social.

En un estudio (GERPE et al, 1980) realizado en Uruguay con el objetivo de “visualizar las relaciones complementarias y antagónicas entre el tipo de profesional producido por los centros de formación y el tipo de profesional exigido por los centros operativos donde trabaja” se registran en forma pormenorizada los procesos de creación, títulos otorgados, programas de estudio, orientación general, fundamentalmente de la

ESSU, de la Escuela de Servicio Social del MSP fundada en 1954 y de la Escuela Universitaria de Servicio Social.

Una de las tesis que sostiene dicho estudio (Gerpe et al, 1980: 20), plantea que “las peculiaridades del modelo batllista determinaron que el origen de las ciencias sociales y del trabajo social se vinculara más a las organizaciones privadas católicas –marginales prácticamente por concepto al batllismo– que al propio sector público o a la Universidad”. Se trata de una afirmación que fue suficientemente discutida por Acosta (1997) de manera central.³⁹

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

En ese sentido, dos de las profesionales entrevistadas en el curso de la presente investigación, egresadas de la ESSU formaban parte de un instituto secular que una de ellas define como una *“sociedad que está fundada para, en el mundo, siendo seculares, siendo seculares, poder hacer la vida de consagración para darse totalmente a los hermanos, a los hombres, al prójimo. Que nada que pase a la gente nos sea indiferente. Entonces, qué mejor para nosotros que estudiar Servicio Social. Justamente, no teníamos la técnica de servir con amplitud, con eficacia. Nuestro fundador, monseñor Cavallero, el cura párroco de Trinidad, nos ofreció venir (vinimos nueve) para hacer esta carrera para poder ser eficaces realmente. Yo recién terminaba magisterio, que era mi vocación auténtica. Y me mandaron para acá (...) la necesidad natural de ese corazón pronto para*

³⁹ “Según nuestra hipótesis el “batllismo” fue la forma ideo-política, el arreglo institucional, que particulariza la modernidad de la formación social uruguaya. Él no fue un obstáculo, antes, fue la condición que posibilitó la emergencia de la profesión de Asistente Social.” (ACOSTA, L. 1997: 1).

servir y sabíamos que con el Servicio Social podíamos llegar a ser eficaces con nuestra acción."

La información disponible estaría indicando,⁴⁰ la existencia de una amalgama similar entre los componentes técnico y religioso en las resoluciones del Congreso Internacional de Servicio Social realizado en Bruselas en agosto de 1946 con los auspicios de la Unión Católica Internacional de Servicio Social. En ellas se hace referencia a la concepción de un Servicio Social que "está el servicio del hombre y del orden social". Pero, se aclara qué tipo de orden es el que se entiende como tal: sería aquel "querido por Dios porque está al servicio del hombre total, en vista de su doble finalidad: personal (terrestre, supraterrrenal) y social". Por tanto, se explicita, debería tener en cuenta, para actuar, el derecho natural y el de la Revelación.

Manrique Castro (1982: 58) hace referencia a que la necesidad de la eficiencia trajo consigo "una progresiva renovación o ampliación de los procedimientos y técnicas propuestos para el tratamiento de la cuestión social y que paralelamente a esta búsqueda el Trabajo Social delinea su perfil profesional propio en aproximación creciente a campos de aplicación específicos, y a dimensiones cada vez más totalizadoras de la realidad social, aunque permaneciera como dominante el enfoque de lo social a partir de su individualización o singularización fragmentaria".

Según este autor, la Escuela Elvira Matte de Cruchaga ocupó un amplio espacio de la cuestión social, no delimitando su acción al campo médico exclusivamente: "La Escuela concibe el trabajo social más bien como una vocación que como una simple profesión (...)".⁴¹ Pero se destaca la importancia de integrar elementos de la ciencia y de la técnica con una proyección continental: "La Iglesia le dio al Servicio Social una base orgánica continental. (...) este rol difusor cumplido por la Iglesia le permitió el fortalecimiento de una tendencia de vasto alcance latinoamericano a través de la expansión de una 'ideología profesional' en función de la cual se producían múltiples intercambios".

El perfil de las egresadas debía responder a una sólida formación del profesional, estrictos requisitos de ingreso, certificaciones de buena conducta, adecuada salud, además del pago por derecho de matrícula. Aparte de pruebas respecto de la fe religiosa de las aspirantes que hacía que sólo 'damas de sociedad' pudieran ingresar. También se

⁴⁰ Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Tomo XXI No. 1. Marzo de 1947, pp 78-81.

destaca el peso de las materias relacionadas con la medicina en el programa de estudios.⁴²

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

El proceso de surgimiento de las dos primeras escuelas de servicio social en Uruguay posee algunas características en común con el registrado en Chile: la primera escuela chilena, fundada por el médico Alejandro del Río en 1925, se asocia más bien a la expansión del Estado, y tiene una impronta esencialmente de formación de profesionales destinados a complementar la labor del médico (en este aspecto se podría asimilar a la escuela creada en el Instituto de Higiene Experimental en 1927 en Uruguay). Por otro lado en 1937 fue creada la escuela vinculada a la Iglesia Católica que, en Uruguay tuvo a su vez la influencia decisiva de la Escuela chilena Elvira Matte de Cruchaga, fundada en 1929.⁴³

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

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

⁴¹ Escuela de Servicio Social Elvira Matte de Cruchaga. Memoria 1930-1940. Editora Zig-zag. Santiago de Chile s/f pp7,8. Apud Manrique Castro, M (1982: 69).

⁴² Véase MANRIQUE CASTRO, M (1982) donde aparece la estructura del plan de estudios de esta escuela, los programas y la organización curricular.

⁴³ Una información detallada acerca de la creación de esta escuela en Chile se puede encontrar en MANRIQUE CASTRO, M, (1982).

individuo, el objeto de estudio es "la sociedad misma", y "la persona humana como célula de todo organismo social".

Retomando a Schroeder, Gerpe et al (1980: 39) indican que la visitadora social que se pretendía formar intervendría en la industria y el comercio, en la escuela, la justicia de menores y en la salud pública ya que "no completarán su obra social si no llega al núcleo familiar de donde proviene el asistido". También la parroquia, donde "la visitadora social resulta una colaboradora inestimable del párroco, porque la mujer, con su ternura maternal, puede llegar a donde le es difícil llegar al sacerdote; puede desentrañar verdades, descubrir problemas, y sugerir soluciones para las que el sacerdote naturalmente halla dificultades muy serias". Su función de ayuda a los misioneros que recorren la campaña consiste en "preparar el terreno donde va a ser arrojada la buena semilla".⁴⁴

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

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

Bralich (1993: 17) indica que en 15 años (1937-1952) hubo 87 egresos entre las 215 alumnas matriculadas. Y entre las egresadas, 65 estaban ejerciendo la profesión.

⁴⁴ Las actividades que se enumeran debían cumplir las asistentes sociales se refieren a la elaboración de informes de servicios, inscripciones, legitimaciones, matrimonios, divorcios, tutelas, adopciones. En un cuadro que se reproduce de 1945 a 1953 de actividades del servicio social parroquial de la Aguada, se destaca que el total de visitas realizadas para el "tratamiento de casos" fue de 36.189. En la definición del *campo* de acción de la visitadora social éste se refiere a la familia como elemento básico del orden social, "en él se ponen los cimientos de obediencia y respeto a la autoridad, el espíritu de comunidad y el muro protector de las costumbres". Y de medios que se destacan, el primero de todos la visita domiciliaria.

La historiografía latinoamericana sobre el Servicio Social destaca la influencia decisiva de la Iglesia Católica en la construcción de este campo profesional.

Esa influencia, si bien no fue anulada, parece haber sido al menos relativizada en el caso uruguayo, en función del fuerte proceso de secularización iniciado hacia fines del siglo XIX y posteriormente afianzado por el Batllismo. En todo caso, las preguntas que en torno del papel de la Iglesia Católica pudieran formularse superan ampliamente las posibles respuestas. Un estudio más detallado y profundo sobre este asunto podría arrojar luz sobre el papel del componente católico en la institucionalización del Servicio Social, expreso no solo en el papel de la Escuela de Servicio Social del Uruguay, sino también a través del contingente de mujeres católicas, algunas de ellas con militancia destacada en ese espacio, que se socializaron profesionalmente en las escuelas oficiales.

Consideraciones finales

El presente artículo intenta ser un aporte a la revisión del recorrido histórico que llevó a la consolidación del Servicio Social como profesión en la segunda mitad del siglo XX. Desde una perspectiva genealógica, se indagó el papel que desempeñaron los procesos de medicalización de la vida social en la generación de condiciones propicias para la institucionalización de aspectos relevantes de la formación y ejercicio profesional del Servicio Social.

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

Las intrincadas relaciones entre Estado, medicina y política registradas desde fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX, generaron condiciones favorables para una progresiva colonización de la vida social por parte del pensamiento y la acción médico-sanitarias. Una de las expresiones más evidentes de dichas articulaciones fue la existencia de médicos en posiciones clave en el escenario político, lo que permitía vislumbrar como posible el sueño iluminista de convertir a la política en un ejercicio de la medicina proyectado a gran escala.

La presencia de destacadas figuras del higienismo uruguayo en instancias clave de gestión de lo social -como, por ejemplo, el Cuerpo Médico Escolar y la Comisión encargada de la redacción del Código del Niño- favoreció decisivamente la creación de dispositivos medicalizadores de la vida social. En este sentido, el examen de fuentes documentales y de testimonios permitió asociar a esos procesos la creación de la primera Escuela de Servicio Social en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina en 1927, y la posterior instalación de la Escuela de Sanidad y Servicio Social en el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con lo establecido en su Ley Orgánica de 1934.

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

Todo campo profesional es siempre y ante todo una construcción sociopolítica y cultural, característica también presente en el proceso de institucionalización del Servicio Social.

La focalización de los procesos medicalizadores como elementos de articulación institucional de las relaciones entre determinantes macrosociales y definición del campo profesional del Servicio Social no implica, necesariamente, la desconsideración de otros factores. Por ejemplo el papel de la Iglesia Católica.

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

medicalización de la sociedad, es que comienza a gestarse un proceso de profesionalización de Servicio Social.

El proceso de la investigación se continúa con un análisis exhaustivo del período denominado como neobatllista que, como se verá en próximas publicaciones, marca un período de inflexión, con cambios pero también con continuidades.

Referencias bibliográficas

- AGOSTA, L. *Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Orientador: prof. Marilena Jamur. Disertación presentada al curso de maestrado. Río de Janeiro. UFRJ. 1997. S/E.
- AYRES, J. *Acción comunicativa y conocimiento científico en epidemiología: orígenes y significados del concepto de riesgo*. Tesis de Doctorado. San Pablo. USP/IM/SBP. 148/95 1995.
- BARRAN, J. P. *Historia de la sensibilidad*. Tomo 2, "El disciplinamiento", Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. 1990.
- _____. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 1. "El poder de curar". Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. 1992.
- _____. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 2. "La ortopedia de los pobres". Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. 1993 a)
- _____. "Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya". In PORTILLO, José, RODRÍGUEZ, Joaquín (comp.) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo. Nordan editorial. 1993. b) Pp. 147-174.
- _____. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 3. "La invención del cuerpo". Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. 1995.
- BECK, U. "La reinención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva." In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernización reflexiva: política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid, Alianza, p. 16-73, 1997.
- BRALICH, J. "La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia". *Cuadernos de Trabajo Social*. Montevideo. No. 2 Universidad de la República. 1993. Pp. 9- 48.
- BOURDIEU, P; WACQUANT, L. *Por una antropología reflexiva*. México, Grijalbo. 1995. Pp 63-99
- CAETANO, G., RILLA, J.. *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al Mercosur*. Colección CLAEH. Montevideo. Editorial Fin de Siglo. 1996.
- CAETANO, G., JACOB, R. *El nacimiento del terrismo (1930-1933)* Tomo I. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. 1989.
- CAETANO, G.; GEYMONAT, R. *La secularización uruguaya (1859-1919) Catolicismo y privatización de lo religioso*. Tomo I. Montevideo. Ed Taurus Santillana. 1997.
- CASTELLANOS, E. *Uruguay un caso de "bienestar de partidos"*. Mimeo, 1995.
- DEBERT, GG. "Problemas relativos a utilización da historia de vida e historia oral". In CARDUZO, C L, DURHAM, R, org. *A aventura antropológica. Teoría y pesquisa*. Segunda edición. Río de Janeiro. Paz e Terra. 1988.
- DELEUZE, G. *Foucault*. Buenos Aires. Editorial Paidós. 1987.
- DE MARTINO, M. "Una genealogía de la familia uruguaya: familia y modernización en el Uruguay del Novecientos". Revista *Fronteras*. Nº 1. Montevideo. Universidad de la República. 1995. Pp. 17-53
- _____. *Para una genealogía de la familia uruguaya. Familia y modernización na passagem do século (1890 1930)*. Disertación de Maestrado presentada al Departamento de Sociología del Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad Estadual de Campinas. 1996.
- DE MARTINO, M.; GABIN, B. *Hacia un enfoque integral de la minoridad infractora*. Montevideo. Carlos Alvarez Editor. 1998.
- DONZELOT, J. *La policía de las familias*. Río de Janeiro. Graal. 1986.
- FILGUEIRA, C; FILGUEIRA, F. *El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay*. Montevideo. Ed. Kellogg Institute. 1995.

- FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar*. México. Siglo XXI Editores. 1989 a).
- _____ "El ojo del poder". En *El panóptico. Jeremías Bentham. Genealogía del poder*. Número 2. Madrid. Ediciones de La Piqueta, segunda edición. 1989b).
- _____ "La gubernamentalidad" En *Espacios de poder*. Madrid. Ediciones de La Piqueta. 1981.
- _____ *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa editorial. Barcelona. España. 1991.
- _____ "El sujeto y el poder". En *Revista de Ciencias Sociales*. Nº 12. Montevideo. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. FCU. 1996.
- _____ *Historia de la sexualidad*. Tomo 1. Siglo XXI editores. México. 1998.
- _____ *La vida de los hombres infames*. Ediciones de La Piqueta. Madrid, 1990.
- _____ *Microfísica do poder*. Machado, R. (org). Rio de Janeiro. Graal. 1992.
- _____ *Microfísica del poder*. Madrid. Ediciones de la piqueta. 1992.
- FREGA, A; MARONNA, M; TROCHÓN, Y. *Baldomir y la restauración democrática (1938-1946)*. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. 1987.
- FREIDSON, E. *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Península, 1978.
- GERPE, N. Et al- ROBERTO RODRÍGUEZ (comp) *Elementos para un perfil profesional del trabajo social*. Perú. Ediciones CELATS, 1980.
- IAMAMOTO, M.V., DE CARVALHO, R. *Relaciones sociales y servicio social en el Brasil. Esbozo de una interpretación histórico - metodológica*. Sao Paulo Cortez Editora 9ª edición. [Lima, Perú]: CELATS, 1993.
- JACOB, R. Uruguay 1929-1938. *Depresión ganadera y desarrollo fabril*. Montevideo. FCU. 1981.a)
- _____ *Breve historia de la industria en Uruguay*. Montevideo. Fundación de Cultura Universitaria. 1981.b)
- _____ *El Uruguay de Terra 1931-1938*. Temas del siglo XX. Uruguay. Ediciones de la Banda Oriental. 1985.
- _____ *Modelo batllista ¿variación sobre un viejo tema?* Uruguay Proyección. 1988.
- KRUSE, H. "Ideologías y servicio social". In ANDER EGG, E; PARAÍSO, V y otros. *El servicio social en América Latina*. Ensayos. Libros populares Alfa No. 10. Montevideo, Editorial Alfa. 1967.
- _____ *Filosofía del siglo XX y Servicio Social*. Buenos Aires. Editorial Humanitas. 1986
- _____ "Evolución de los modelos de ayuda en el Uruguay" En *Revista Trabajo Social*. Uruguay. No. 2 (5). 1987. Pp18-23
- _____ "En procura de nuestras raíces". *Cuadernos de Trabajo Social*. Nº 3 Montevideo. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. 1994. pp 87-105.
- LEITE PEREIRA. L.M. "Relatos orais e ciencias sociais: limites e potencial". *Revista Anal. & Conj.* Belo Horizonte, v 6, ns 3, set/ddic. Pp 109-127. 1991.
- LEOPOLD, S. *Tratos y destratos, políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. Tesis presentada a la UFRJ para la obtención del título de master en Servicio Social. Montevideo, 2002.
- LIMA, Boris A. *Contribución a la epistemología del trabajo social*. Buenos Aires. Ed Humanitas. 1986
- MANRIQUE CASTRO, M. *De apóstoles a agentes de cambio. El Trabajo Social en la historia latinoamericana*. Perú. Ediciones CELATS. 1982. 186 pp.
- MARTÍN-MORENO, J., DE MIGUEL, A. *Sociología de las profesiones*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas. 1982. Pp. 9-73.

- MENENDEZ, E. "Relaciones sociales de cura y control. Notas sobre el desarrollo del modelo médico hegemónico". En *Revista Paraguaya de Sociología*, Año 21 No. 61. 1984. 153-170.
- METHOL, F. *Razón científica y modernidad en el Uruguay del Novecientos. Un análisis de las ideas higienistas y sus articulaciones con los discursos políticos*. Tesis presentada a la Universidad Federal de Rio de Janeiro para la obtención del título de Master en Servicio Social. Montevideo, 1999.
- MITJAVILA, M. "Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización" En *Cuadernos del CLAEH*. Nº 62. Montevideo, 1992 b. Pp 37-45.
- _____. *O risco e as estratégias de medicalização do espaço social. Medicina familiar no Uruguai (1985-1994)*. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de Sao Paulo. Sao Paulo. 1999. Dissertação (Doutorado en Sociología)
- MONTANO, C. *La naturaleza del servicio social en su génesis*. San Pablo. Editorial Cortez. 1998
- MOSS, W. Et al. *La historia oral*. Centro Editor de América Latina. 1991 .
- NAHUM, B. Et al. *Crisis política y recuperación económica. 1930-1958*. Montevideo. Ediciones de la Banda Oriental. Tomo 7. Montevideo, 1989.
- NETTO, J.P. *Capitalismo monopolista y servicio social*. San Pablo. Cortez editora. 1997
- PANIZZA, F., PÉREZ PIERA, A. *Estado y Sociedad*. Montevideo. Fesur, 1988.
- PANIZZA, Francisco. *Uruguay: Batllismo y después. Pacheco, militares y tupamaros en la crisis del Uruguay batllista*. Montevideo. EBO. 1990.
- PINA, Carlos. "Sobre las historias de vida y su campo de validez en las ciencias sociales". En *Revista Paraguaya de Sociología* Nº 67. Año 23, setiembre-diciembre de 1986. 143-162.
- PINA, Carlos. "La construcción del 'sí mismo' en el relato autobiográfico". In *Revista Paraguaya de Sociología* Nº 71. Año 25, enero-abril de 1988.
- PIOTTI, Diosma. *Historia de la salud en el Uruguay. (1930-1995) Parte III. "El Ministerio de Salud Pública y el Sistema de Salud. (1934-1995)"*. S/E.
- PIVEL DEVOTO, J, RANIERI, A. *Historia de la República Oriental del Uruguay 1830-1930*. Tercera edición. Editorial Medina.
- PORTILLO, J. "La medicina: el imperio de lo efímero". In PORTILLO, J, RODRÍGUEZ, J. (comp.) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo. Nordan editorial. 1993. Pp17-36.
- PORTILLO, José, RODRÍGUEZ, Joaquín (comp.) *La medicalización de la sociedad*. Montevideo. Nordan editorial. 1993.
- RAMA, Germán W. *La democracia en Uruguay. Una perspectiva de interpretación*. Argentina. Grupo Editor Latinoamericano. 1987.
- VÁRELA, J., ALVAREZ-URÍA, F. *Genealogía y sociología. Materiales para repensar la modernidad*. Buenos Aires. Ediciones El cielo por asalto. 1997.
- VASCONCELOS, E M. "El movimiento de higiene mental y la emergencia del Servicio Social en Brasil y en Rio de Janeiro pp. 128-180. VASCONCELOS, (org) *Saúde mental e Serviço Social. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Sao Paulo. Cortez Editora. 2000.
- WEISSHAUPT, JR (organizador) *As funções socio-institucionais do serviço social*. San Pablo, Cortez editora, 1988.