

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

**Familia y Servicio Social en Uruguay:**  
Un estudio socio histórico  
1930-1960

**Silvina Baráibar Izuibejeres**  
Tutora: Elizabeth Ortega

**2021**

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por serlo. Por brindarme la oportunidad de estudiar y tener herramientas para poder ser una mujer independiente, confiando en que la educación es la primera puerta para llegar a muchos lugares. A mi hermano y mi familia toda, por su apoyo constante.

A Pablo, por acompañarme incondicionalmente. Por sus palabras justas, su paciencia y su confianza en mí. Gracias por ser mi compañero de camino.

A mis futuras colegas y amigas de facultad: Gabriela, Alexandra, Sofia y Alejandra. Gracias por las horas de estudio, los mates, las prácticas en la policlínica y la vida compartida. Ellas son de los regalos más lindos que me ha dejado la facultad.

A mis amigas y amigos de todas las horas, por entender los momentos de ausencia, alegrarse por mis logros y estar bien cerca en las etapas más difíciles. Gracias por sostenerme y hacerme sentir amada.

A la profesora Elizabeth Ortega, por ser la tutora de esta Monografía y por lo aprendido cuando fue mi docente durante los dos años de las prácticas preprofesionales. Gracias por tu disponibilidad constante y compartir tu conocimiento tan generosamente.

A la Facultad de Ciencias Sociales, mi casa de estudio durante estos años. Por permitirme formarme como Trabajadora Social de manera íntegra, con una mirada crítica y un accionar comprometido.

A quienes, de una forma u otra, han estado presentes en este camino recorrido. Alegría y agradecimiento profundo es lo que siento hoy en el cierre de una de las etapas más lindas de mi vida.

*“No porque no podamos hacer todo estamos autorizados a no hacer nada. Estamos obligados a hacer todo lo que podamos.” Tomás de Mattos.*

<b>1. Introducción.....</b>	<b>3</b>
2. Presentación del tema de estudio .....	5
2.1 Objetivos generales.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	10
3. Antecedentes.....	10
4. Metodología.....	13
<b>5. CAPÍTULO I: El Uruguay del siglo XX.....</b>	<b>15</b>
Contexto sociopolítico e histórico de nuestro país en la década del 30'.....	15
Familias uruguayas entre los años 1930 y 1960.....	23
Medicalización de la vida social.....	30
<b>6. CAPÍTULO II: La Oficina Sanitaria Panamericana y su relación con el Uruguay.....</b>	<b>37</b>
La Oficina Sanitaria Panamericana y su vínculo con Uruguay.....	37
Origen y desarrollo del Servicio Social en nuestro país.....	43
<b>7. CAPÍTULO III: Familias, medicalización y Servicio Social.....</b>	<b>49</b>
El lugar de las familias uruguayas en la intervención del Servicio Social: un acercamiento desde el discurso de las profesionales involucradas.....	49
El rol socio-institucional de las asistentes sociales.....	54
8. Reflexiones finales.....	57
9. Bibliografía y fuentes documentales.....	59

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye la Monografía Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Este estudio pretende realizar un aporte, desde un punto de vista socio histórico, sobre las formas de intervención familiar del Servicio Social<sup>1</sup> en Uruguay, a mediados del siglo XX, en el momento de su primer proceso de institucionalización. Se abarcó el período comprendido entre 1930 y 1960, entendiéndolo como un lapso de tiempo en el cual se producen cambios significativos en la sociedad uruguaya: el incremento del papel del Estado en el desarrollo de políticas sociales, el fuerte proceso de medicalización de la vida social y su secularización creciente. La creación y consolidación de la formación profesional del Servicio Social en nuestro país, entre otros, fue un proceso asociado a esos cambios. Asimismo, se buscó indagar en el rol socio-institucional que le fue atribuido al Servicio Social en esa época, frente a este sujeto de intervención.

Se realizó una presentación del tema seleccionado, esbozando aspectos fundantes de la investigación, así como los objetivos generales y específicos que la guiaron. Se trata de una breve síntesis de lo que se desarrollará posteriormente. Se incluyó un apartado con información sobre los antecedentes bibliográficos y documentación relacionados con el tema. La principal referencia fue la disertación presentada por la Dra. Elizabeth Ortega, en el año 2008, en su libro “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista.” De igual forma, constituyen fuentes del presente estudio las entrevistas realizadas por dicha autora, a asistentes sociales que estudiaron o desempeñaron el Servicio Social en el área de la salud entre los años 1940 y 1960, siendo archivos de audio

---

<sup>1</sup> Se hará referencia al Servicio Social y a sus profesionales de esta manera, dado que era el término adjudicado en la época mencionada. Asimismo, al ser una profesión altamente feminizada, siempre se hablará de las profesionales en femenino.

sumamente relevantes para el análisis realizado. Luego, se presenta la metodología utilizada y los tipos de fuentes a los que se recurrió.

La Monografía Final de Grado se estructura en tres capítulos. El capítulo I, consta de tres apartados. En el primero, se realiza una contextualización sociopolítica e histórica de nuestro país en la década del 30', haciendo especial hincapié en las grandes transformaciones que se suscitaron. Se realizó una breve descripción de las décadas anteriores, así como el cambio en el papel del Estado y el lugar de la medicina en la vida social. El segundo apartado refiere a como era considerada la familia uruguaya entre los años 1930 y 1960. Se presentó la injerencia de lo cultural y lo social como una marca latente en los modelos familiares del país. Para dar cierre al capítulo, se presenta y analiza el proceso de medicalización de la vida social en Uruguay.

El segundo capítulo trata sobre la Oficina Sanitaria Panamericana y la relevancia de este organismo tanto en el desarrollo del proceso de medicalización de la vida social como en el desarrollo de la profesión. La nueva forma de entender la salud y la necesidad latente de llegar a toda la población, posibilitó el surgimiento de una profesión como el Servicio Social. Así, se generaron una serie de cambios que permitieron crear los espacios de formación para las primeras Visitadoras Sociales, donde se encuentran los antecedentes a la fundación del Servicio Social.

Por último, en el capítulo III se indaga el lugar de las familias uruguayas en la intervención del Servicio Social, generando un acercamiento desde el discurso de las profesionales involucradas, a través de las mencionadas entrevistas. De este se desprenden aspectos centrales al momento de ver cuál era el lugar de las familias en la intervención que ellas realizaban y cuál era el concepto de familia que primaba. Por otro lado, se analiza el rol socio-institucional que tenía el Servicio Social en los lugares donde se desempeñaban.

El documento concluye con las reflexiones finales, la bibliografía y las fuentes documentales.

## **PRESENTACIÓN DEL TEMA**

El tema de estudio de esta Monografía refiere al lugar que ocupaba la familia en la intervención profesional del Servicio Social, en el marco de un fuerte proceso de medicalización de la vida social uruguaya, en el período comprendido entre 1930 y 1960. Este período de tiempo abarca hechos sociales, históricos y políticos que definen al Uruguay de ese entonces y son fundante, también, en la comprensión de la familia como tal, el origen y la consolidación del Servicio Social y en comprender la injerencia de los organismos internacionales, más precisamente el de la Oficina Sanitaria Panamericana, en nuestro país.

Desde los orígenes del Servicio Social, la familia ha ocupado un espacio relevante en su intervención y formación. Son varios los autores que afirman que, esas prácticas impuestas desde la génesis, han demarcado espacios de posibilidad en el devenir de la profesión. Por este motivo, se pretende estudiar los inicios de las formas de intervención que el Servicio Social ha tenido con las familias, en su relación con los procesos de medicalización de la vida social. En este proceso, el papel del Estado será crucial dado que estimó y privilegió el lugar de la medicina en cuanto a su acción y decisión en la vida cotidiana de la población, y en particular de las familias pobres.

Es importante comprender cómo las familias y, en especial, las familias pobres, comenzarán a ser concebidas como un campo de acción, a raíz de varios procesos sociales que se desarrollaron y que se enunciarán someramente.

En el libro *La policía de las familias*, publicado en 1979, Donzelot señala que el procedimiento de transformaciones familiares estuvo directamente relacionado con el pasaje del Antiguo Régimen al Estado Contemporáneo, donde se fundan las bases del Estado de Derecho. A partir del siglo XVIII, surgió abundante literatura sobre la educación de los hijos

dentro de las familias, que se posicionó en un lugar privilegiado frente al accionar del Estado. En primera instancia, se instauró la introducción de la figura de la medicina doméstica, que buscaba salvaguardar la infancia y alejarla de la influencia de los criados para comenzar a estar enteramente bajo su tutela. En segunda instancia, se implementó la “economía social”, que se dirigía a la vida de los pobres y a generar trabajadores aptos con un mínimo de gasto público (Donzelot, 2005).

En el siglo XIX, las estrategias de control estatal se reestructuraron en torno a la figura de la familia pobre. Surgieron así los orfanatos, los conventos y la policía para lograr conciliar la paz y la adaptación de las familias “desviadas” al “correcto orden social”. El autor menciona la relevancia del poder médico, y cómo este actuaba de forma diferenciada en las familias burguesas y en las familias pobres. Respecto a estas últimas, se brindaba una asistencia financiera y médica a las mujeres pobres, generando una doble dimensión de su estatus: remuneración colectiva y vigilancia médica (Donzelot, 2005). Esta figura de mujer-madre se volvió un instrumento en las estrategias de intervención del Estado, direccionado al efectivo cambio de hábitos y la reeducación de los miembros que integraban la familia. La alianza entre el médico y la madre también será un aspecto clave en la propagación del control médico-estatal en la población.

El hecho de que la medicina comenzara a abarcar cada vez más aspectos de la vida social es lo que se conoce como el proceso de la medicalización de la vida social. Este término se utiliza en las Ciencias Sociales para señalar los procesos ideológicos y técnicos mediante los que la medicina científico-técnica produce saberes y comienza a intervenir en aspectos de la vida social que anteriormente escapaban a su dominio. (Mitjavila, 2016) Este cambio se encuentra asociado a las funciones de control social, que fueron atribuidas a la medicina en el Estado Moderno. Entre ellos se destaca el higienismo y la moralización del proletariado, la medicalización del espacio urbano, la administración de la locura, el combate

a la pobreza y la construcción social de la familia. Mediante su función normalizadora, los problemas sociales son codificados en términos de salud o enfermedad, siendo este último su pretexto para intervenir. Con la contemplación y autorización del Estado, aumentaron los controles en las relaciones sociales, posicionando a la salud como un problema eminentemente político. (Ortega, 2008, p. 27) En este mismo sentido, se introduce la lógica del riesgo como justificación de la intervención médica.

El proceso de medicalización de la vida social se vincula estrechamente al origen del Servicio Social en nuestro país. Tiene como base las transformaciones institucionales que se producen en el pasaje del período conocido como del Primer Batllismo al neobatllismo<sup>2</sup>, donde se iniciaron una serie de cambios en las respuestas del Estado respecto a la gestión de lo social. Se destacan los cambios en los modelos etiológicos que regían el campo de la salud y los que acontecieron en la institucionalidad, donde la influencia de los organismos internacionales generó nuevos espacios de organización y atención.

El Estado comienza a tener injerencia en el orden social a raíz del nuevo modelo económico, que requería mano de obra capacitada. La respuesta fue una tutela estatal donde se reforzó el mercado interno en espacios como la salud, la educación y la vivienda, pero que coincidían con reclamos que los trabajadores venían generando. Se destacó el lugar otorgado a la salud, generando planes de promoción y prevención, así como la creación de varios centros de salud y hospitales. (Ortega, 2008, p. 52 )

La relevancia del Servicio Social en esta época estuvo asociada al cambio de paradigma producido en el saber médico-sanitario. Hacia mediados del siglo XX, la salud comenzó a ser concebida como un problema social y político, otorgándole un importante

---

<sup>2</sup> Se utilizará el término “primer batllismo” para hacer referencia no solo a los años donde José Batlle y Ordóñez gobernó (1903 a 1907 y 1911 a 1915), sino a todo el proceso de reformas sociales, económicas y políticas que sucedieron hasta la dictadura de Gabriel Terra, en 1933.

Asimismo, se entiende que el neobatllismo es el período de gobierno donde Luis Batlle Berres, del Partido Colorado, fue Presidente del Uruguay, entre los años 1947 y 1958. Este periodo se extendió en el tiempo, no concluyendo con el fin de dicho mandato.



valor a la responsabilidad individual en la gestión de esta. En el caso de Uruguay, como en otros países de la región, la salud y la educación fueron instituciones preponderantes para el control y el orden social, dado que uno de los focos centrales de la intervención se encontraba en la infancia.

La medicalización de la vida social no fue un hecho que solamente se dio en la región, sino que fue un proceso de carácter internacional. Este aspecto se vio vehiculizado por la instalación de organismos multilaterales en el campo de la salud. Varias fueron las instituciones que, en todo el mundo, nuclearon países e intereses colectivos en torno a este campo de acción. Una de esas organizaciones fue la Oficina Sanitaria Panamericana. Fue fundada en 1902, buscando ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados miembros en sus intentos para alcanzar la meta de salud para todos los individuos y la promulgación de sus valores inherentes. Frente a las múltiples epidemias y enfermedades que surgieron en el continente a inicios del siglo XX, esta organización nucleaba y facilitaba tanto información como herramientas para afrontar la situación sanitaria de cada país. Entre las actividades que proponían y realizaban, se encontraban los congresos, donde periódicamente asistían representantes de todos los países integrantes. Esto se reflejó en varios boletines de la Organización Sanitaria Panamericana, como el Informe del delegado del Uruguay, Justo González, de 1938.

Uruguay fue uno de los miembros activos de este organismo multilateral, destacando su concurrencia, participación y posterior implementación de los asuntos tratados allí, mediante leyes, planes o programas. La asistencia de los médicos y políticos uruguayos así como el intercambio con los delegados de este organismo internacional, pueden ser concebidos como claves para la construcción de un lugar institucional para la nascente profesión del Servicio Social en el país.

De este modo, se puede observar el vínculo del Uruguay con la Oficina Sanitaria Panamericana y el peso que esta poseía en el accionar estatal.

En síntesis, el surgimiento del Servicio Social de Uruguay se remonta a la década del 1930 y comienza a consolidarse como profesión en una sociedad marcada por un fuerte proceso de medicalización de la vida social. Este proceso es entendido como la expansión del poder y la influencia de la medicina en ámbitos de la vida social que, anteriormente, estaban fuera de su dominio. La medicina comienza a hacerse cargo de cuestiones sociales, ampliando su campo de acción y generando nuevos objetos de estudio y de intervención. Estos flamantes espacios de acción en la vida social, requerían la creación de profesiones subordinadas para complementar la labor médica. Una de ellas fue la Enfermería y otra, el Servicio Social. (Ortega, 2008)

Poder conceptualizar de manera socio-histórica estos hechos, genera varias interrogantes: ¿cuál era la realidad de las familias uruguayas durante los años 1930 y 1960? ¿Cómo eran concebidas por los profesionales de la época? ¿El Servicio Social tenía incidencia directa en la vida cotidiana de las familias con las que trabajaba? ¿Cuál era el rol socio-institucional de las asistentes sociales de esa época? ¿Qué influencia tuvo el proceso de medicalización de la vida social en la profesión y en la intervención familiar? ¿Cuál fue la importancia de la Oficina Sanitaria Panamericana en nuestro país y en la consolidación del Servicio Social?

Estudiar y analizar el Servicio Social, enmarcándolo en los procesos de medicalización que transitó la sociedad uruguaya, permitió conocer las formas de intervención familiar que se tenían entre los años 1930 y 1960 y sus fundamentos, así como encontrar referencias que tendrían una continuidad en las prácticas profesionales del presente.

A partir de este acervo teórico presentado, se enunciaron los siguientes objetivos para esta Monografía Final de Grado. El **objetivo general** que orientó el estudio fue identificar y

analizar el lugar de la familia en la intervención profesional del Servicio Social, a partir de los discursos de asistentes sociales que se desempeñaron en ese momento histórico así como también a partir del estudio del papel que se le asignaba a la nueva profesión por parte del cuerpo médico, en particular, de aquellos agentes médicos que participaban en los organismos multilaterales de salud de la época.

Los **objetivos específicos** que se propusieron alcanzar fueron los siguientes:

- Describir y contextualizar la realidad socio-política de Uruguay y su vinculación con el surgimiento del Servicio Social.
- Estudiar el proceso de medicalización de la vida social entre los años 1930 y 1960, en particular, la influencia de las orientaciones de los organismos internacionales vinculados a la salud, concretamente en lo referente al lugar de la familia y las estrategias a implementar para la correcta difusión del mensaje médico.
- Identificar y conceptualizar el rol socio-institucional del Servicio Social, así como la conceptualización del abordaje a la familia por parte de sus agentes.

## ANTECEDENTES

El acceso a las fuentes documentales para la realización de esta investigación fue sumamente dificultoso. Si bien la temática de familia y Servicio Social ha sido estudiada de forma amplia dentro de la profesión, son escasas las referencias o menciones de su vinculación con los organismos internacionales. Este aspecto pretende ser el aporte académico diferencial al vasto y diverso contenido teórico que ya existe sobre familia y Servicio Social.

Como antecedente principal del tema, se utilizó el libro “El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista.”, de la Dra.

Elizabeth Ortega. Es la disertación realizada por la profesional para su Máster de Servicio Social, publicada en el año 2008. Este estudio “pretende identificar y problematizar los mecanismos institucionales que participaron en la articulación de las prácticas profesionales del Servicio Social en los procesos de medicalización de la vida social que se desarrollaron en el Uruguay durante el período conocido como neobatllismo.” (Ortega, 2008, p. 17) A través de la reconstrucción socio política del proceso de medicalización de la vida social, Ortega examinó el desarrollo de la reinstitucionalización del Servicio Social como profesión en nuestro país, entre los años 1940 y 1960. De esta forma, estudió cómo la profesión nace asociada a las estrategias disciplinadoras de la época, siendo un espacio de intervención genéticamente ligado al área de la salud y al poder médico.

Es importante mencionar que el acervo historiográfico y documental sobre el origen y desarrollo del Servicio Social en nuestro país, era muy limitado. Por ello, la investigadora realizó una serie de entrevistas a asistentes y visitadoras sociales, como también a informantes cualificados. A partir del análisis de los diferentes elementos discursivos, Ortega construye una perspectiva genealógica que posibilita la reconstrucción de la historia del Servicio Social en Uruguay.

Para abordar la historiografía del Servicio Social en Uruguay, se utilizó también un artículo escrito por Myriam Mitjavila y Elizabeth Ortega, en el 2005, llamado “El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica.” Este realiza un recorrido respecto a las transformaciones socio históricas que propiciaron el lugar para que el Servicio Social se consolidase como profesión, pero aporta a la discusión elementos de notoria relevancia. Aquí, se menciona la participación de Uruguay en las estrategias panamericanistas de Estados Unidos y la proliferación de los convenios internacionales. Estos últimos son los que se

tomarán de base para analizar el lugar de la Oficina Sanitaria Panamericana en la medicalización de la vida social en nuestro país.

En segundo lugar, se utilizaron textos de Luis Acosta que refieren al origen del Servicio Social como profesión y analiza el caso concreto de Uruguay. Respecto al origen del Servicio Social, el autor sostiene que este no es una evolución de las protoformas de ayuda social, como lo eran la filantropía y la caridad. Por el contrario, su origen se encuentra en el desarrollo monopolista del capitalismo, donde el Estado amplía sus funciones y requiere así de nuevas instituciones para poder tratar la cuestión social. La necesidad de generar estos intermediarios, puede concebirse como un proceso socio histórico. Es allí donde el Servicio Social comienza a oficiar.

El surgimiento del Servicio Social en nuestro país, se relaciona con la cuestión social y las políticas sociales. Entre ellas, se destaca la importancia de las políticas sanitarias y del higienismo, entendidos como mecanismos que controlaban y legitimaban la intervención social en la vida cotidiana. Acosta (2001) menciona dos aspectos claves: la secularización del Estado uruguayo y la medicalización de la vida social, con el amplio espectro de hechos que eso acarrió. Es en este contexto que el Servicio Social aparece en escena, como una profesión demandada y con respuestas casi inmediatas. El auto menciona la formación que la profesión tuvo en una primera instancia, así como los cambios sociales y políticos que influyeron en sus posteriores planes de estudios.

Los fundamentos para el estudio del tema seleccionado radican en intereses académicos y personales. Respecto a los primeros, es sabido que el aporte académico que puede realizarse sobre la historia del Servicio Social y su relación con las familias no será de mayor magnitud. Sin embargo, en el proceso de análisis e investigación del material recolectado, la figura de los organismos internacionales y, sobre todo, de la Oficina Sanitaria Panamericana surgieron como elementos interesantes para presentar. La influencia que estos

tuvieron a nivel de Salud Pública en nuestro país y, a raíz de eso, la relevancia de este ámbito en la sociedad uruguaya, los presentan como componentes nuevos para estudiar.

A nivel personal, este estudio se sustenta en querer seguir investigando y conociendo el origen y desarrollo del Trabajo Social en el Uruguay y este estrecho vínculo con el área de la salud. Hoy en día, el campo de acción de la profesión se ha diversificado y son muchos los ámbitos donde está presente.<sup>3</sup>

## METODOLOGÍA

La estrategia teórico metodológica que se utilizó para el desarrollo de la Monografía fue de corte cualitativo. Trabajar desde esta perspectiva permitió indagar y recoger información directamente del campo donde las profesionales habían visualizado una problemática. (Batthyány y Cabrera, 2011, p. 78) La utilización de múltiples fuentes, como entrevistas, documentos y archivos, posibilitó un espectro variado de información, favoreciendo la organización y categorización de esta. Asimismo, fue importante destacar la significación que poseen los entrevistados en la investigación cualitativa, ya que "...el investigador se focaliza en aprender el significado que los participantes otorgan al problema o fenómeno en cuestión, no en el significado que los investigadores le han dado ni a lo que expresa la literatura al respecto." (ibídem, p. 78)

El tipo de estudio fue exploratorio. En este caso, se pretendió dar cuenta del proceso de medicalización de la sociedad uruguaya y cómo influyó en el Servicio Social y, concretamente, en la intervención familiar de la profesión.

Las fuentes utilizadas fueron dos, ambas de índole secundario. En primer lugar, se utilizó una selección de trece boletines de la Oficina Sanitaria Panamericana, comprendidos entre los años 1927 y 1955, donde se incluyen discursos médicos e informes, entre otros,

---

<sup>3</sup> La ley N° 19.778, sancionada en 2019, sobre la reglamentación del Trabajo Social en el Uruguay, es entendida como un importante paso en la consolidación y el reconocimiento de la autonomía de la profesión. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu9864919574576.htm>

sobre el estado de situación de la sanidad del Uruguay. Quienes presentaron estos documentos son, mayoritariamente, médicos o políticos estrechamente relacionados al área de sanidad y educación, así como también representantes directos de los distintos congresos en los que nuestro país había participado.

En segundo lugar, se dispuso de las entrevistas realizadas por la Dra. Elizabeth Ortega durante los años 2001 y 2002, como fuentes primarias de su Máster en Servicio Social.<sup>4</sup> Con ellas, la profesional buscó acceder al recurso de la historia oral, generando así nuevas fuentes sobre aspectos de la historia y la profesión que no estaban claros o de los que se carecía de información. Las entrevistas utilizadas son semiestructuradas. Para realizarlas, la entrevistadora realizó un listado de aquellas asistentes sociales que hubieran estudiado o desempeñado la profesión en el área de la salud entre los años 1940 y 1960. La pauta de entrevista apuntaba a conocer cómo había sido el primer contacto con la profesión, sus años de formación y posterior empleo, así como también la conceptualización que había del Servicio Social en aquel período, entre otros aspectos.

En total, Ortega entrevistó a nueve asistentes sociales y a dos profesionales relevantes en el campo, que no eran asistentes sociales.<sup>5</sup> Contar con este tipo de fuentes fue fundamental, teniendo en cuenta que ellas fueron partícipes del desarrollo y la consolidación del Servicio Social en nuestro país. A través de sus testimonios, se accedió a vivencias y experiencias que no hubiera sido posible obtener de otra forma.

---

<sup>4</sup> Ella misma fue quien facilitó dichas entrevistas, permitiendo a la estudiante acceder a los archivos de audio que poseía. Cabe destacar que las pautas y las entrevistas fueron realizadas en conjunto con la Profesora Blanca Gabin, con quien se compartía el objeto de estudio.

<sup>5</sup> En el documento, los testimonios aparecerán escritos en letra itálica, para distinguirlos de las citas de los textos.

## **CAPÍTULO I: EL URUGUAY DEL SIGLO XX**

En el presente capítulo se realizará una reconstrucción parcial del contexto sociopolítico e histórico de nuestro país en la década de 1930. La elección de este período se basa en los cambios significativos que allí se suscitaron, como lo fue el incremento del papel del Estado en el desarrollo de políticas sociales, el fuerte proceso de medicalización de la vida social y su secularización. La creación y consolidación de la formación profesional del Servicio Social en nuestro país, fue un proceso asociado a esos cambios. La contextualización permitirá visualizar la situación en la que se encontraba el Uruguay de ese entonces, que se presentará en un primer apartado. Un segundo segmento presente en este capítulo refiere a la caracterización de las familias uruguayas entre los años 1930 y 1960. Por último, se hace referencia a la medicalización de la vida social; aspecto determinante en la vida del país y, claramente, en la vida de las familias uruguayas. Se expone el proceso de medicalización de la vida social, sus orígenes, su implementación y la repercusión que generó.

### **Contexto socio político e histórico de nuestro país en la década del 30'**

A comienzos del siglo XX, el ambiente social, político y económico del Uruguay se encontraba en plena ebullición. Los años anteriores a 1930 fueron claves para el desarrollo de la primera modernización capitalista del país, influyendo en diversas áreas de la vida del país. Luego de las elecciones de 1903, asume la presidencia José Batlle y Ordóñez, dirigente del Partido Colorado. Es en este contexto donde Batlle y Ordóñez comenzó a gobernar, generando lo que se conoce como “reformismo”: la promoción de un cambio radical de los modelos sociales, económicos y materiales dominantes, a través de la política y sin recurrir a la violencia.

De variada índole fueron las transformaciones realizadas por el primer batllismo, por lo que se han seleccionado tres grandes aspectos para comentar en el presente documento:



Estado, secularización y políticas sociales. La razón radica en que fueron elementos fundamentales para poder comprender y contextualizar la realidad del Uruguay a partir de la década del 30'.

El nuevo mandato trajo consigo una reubicación del rol del Estado. Caetano (2016) menciona que se comenzó a instaurar un Estado empresario e interventor, con una relativa autonomía de las clases sociales dominantes. Esta nueva forma de entender y llevar adelante la acción del Estado generó una supremacía del mismo, dando espacio a mediaciones de carácter específicamente político en la sociedad uruguaya. Así “...los partidos políticos sirvieron de intermediarios principales entre las demandas formuladas por una sociedad civil carente de corporaciones fuertes y un espacio público definido y ordenado en clave casi monopólica desde el Estado.” (p. 52)

El Estado reformista se destacó por tener un fuerte carácter interventor, con una clara preferencia por “lo público”. Caetano y Rilla (2005) resaltan que la expansión de la salud, la educación y el derecho a la vivienda fueron características de este Estado “público”. El batllismo buscaba ofrecer a la ciudadanía todas las garantías para una vida plena, apostando por una reforma social que, hasta ese momento, no se había suscitado en el país.

La secularización fue otro aspecto clave. La separación entre la Iglesia y el Estado, durante el primer batllismo fue una pugna constante para conseguir la construcción y ocupación del espacio público que, hasta ese momento, se encontraba desdibujado. Es decir, se buscó que el “espacio público” fuera habitado por el Estado, mientras que se desplazaba hacia lo “privado” a la Iglesia. Geymonat (2005) sostiene que esta lucha por ocupar los lugares sociales que antes no estaban plenamente cubiertos, suscitó una serie de hechos que repercutieron en toda la sociedad. El primero, fue la presentación y posterior sanción de la Ley de Divorcio, en 1907, bajo la causal de mutuo consentimiento, y en 1912 por la causal de sola voluntad de la mujer. El segundo, fue la creación del Hospital de Niños Pereira-Rossell,

de carácter estrictamente laico y donde, un año después, se dispuso la remoción de los crucifijos. Así, se puede observar cómo el proceso de medicalización de la vida social comenzó a encontrar apoyo en el Estado. En 1910 se crea la Asistencia Pública Nacional; organismo que se encargaría de garantizar el derecho a la salud, de forma gratuita, de aquella población que no contara con los recursos suficientes. El Estado comenzó a gestionar la salud pública, generando establecimientos departamentales o nacionales, en el marco de una asistencia de carácter social.

En tercero, fue el ámbito de la educación. Greissing (2000) menciona que las avivadas discusiones que se suscitaron en torno a esta área tienen su fundamento en “... nada más y nada menos que la responsabilidad de la formación de la conciencia de los futuros ciudadanos.” (p. 69), haciendo alusión a los niños. La autora sostiene como este enfrentamiento dividió la opinión pública y polarizó a la sociedad, generándose grandes debates en torno al tema. Es en 1909 que se suprime toda enseñanza y práctica religiosa en las escuelas públicas por decreto de ley, desencadenando mayores controversias respecto al tema, como lo fueron el monopolio de la educación por parte del Estado o la libertad de enseñanza, entre otros.

En 1917, luego de un largo proceso de secularización fuertemente marcado como laicista y anticlerical, se concretó la separación institucional de la Iglesia Católica y el Estado uruguayo. El artículo 5º de la flamante Constitución que entró en vigencia en 1919, resolvía que: “Todos los cultos religiosos son libres en el Uruguay. El Estado no sostiene religión alguna...”

El impacto de las olas migratorias, sus ideas socialistas y anarquistas, junto con las transformaciones económicas y sociales impuestas por la modernización capitalista, propiciaron el ambiente para el surgimiento de organizaciones y los primeros sindicatos de trabajadores. De esta forma, la protección frente al Estado, la promoción de sus ideas y la

reivindicación de sus derechos, encontraron un lugar donde concretarse. Caetano (2016) destaca la importancia de estas nuevas formas de hacer notar la cuestión social como un proceso emergente “...que invitaba a una reformulación de los enfoques y propuestas acerca de como redistribuir los derechos, cómo reorganizar la sociedad y las relaciones entre el capital y el trabajo- tardó varias décadas en incorporarse a la agenda efectiva del discurso político...” (p. 44) La reforma social se caracterizó por el apoyo crítico al movimiento obrero, quienes obtuvieron como respuesta el otorgamiento de legislación social protectora y obrerista, como lo fue las leyes de eliminación de pena de muerte, la jornada laboral de ocho horas y la regulación de la labor de niños y mujeres y el desarrollo de medidas solidarias con los sectores poblacionales más empobrecidos. (Caetano, 2016) Se instauró así un Estado interventor que atendería la cuestión social y se focalizaría en medidas reparatorias.

El modelo batllista continuó siendo la directriz del Estado uruguayo, aún terminado el mandato del Batlle y Ordóñez. Pero, en el año 1933 se produjo el golpe de Estado, liderado por el entonces presidente Gabriel Terra, integrante del mencionado partido. De esta forma, comenzó lo que Caetano (2016) denominó como la cruzada mortal contra el batllismo.

La crisis capitalista de 1929, conocida como la Gran Depresión, se originó en Estados Unidos a raíz de la caída de la bolsa de Wall Street. Si bien tuvo repercusiones a nivel mundial, los efectos del comercio internacional y la dependencia financiera de Uruguay dejaron en evidencia el impacto de la crisis hacia el año 1931.

El 31 de marzo de 1933, Gabriel Terra, quien había asumido la Presidencia de la República en 1931, dio un golpe de Estado. Con la disolución del Consejo y del Parlamento, en 1934 Terra convocó a plebiscitar una nueva Constitución y la Asamblea General Constituyente lo ratificó como mandatario. Esta presidencia de facto trajo consigo grandes cambios, sobre todo a nivel de políticas públicas. Caetano (2016) afirma que las políticas económicas continuaron siendo estatistas, con una marcada orientación al protagonismo del

sector privado nacional y extranjero. Asimismo, se consolidó el freno en las políticas sociales reformistas que el batllismo había implementado hasta este momento, dando una reorientación conservadora.

En este período “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.” (Ortega, 2008, p. 52) Si bien el terrismo detuvo el impulso de las políticas sociales batllistas, se puede observar una cierta expansión y hasta universalización de algunos servicios públicos ya instalados. Esto se puede observar en la nueva Constitución. Respecto a ella, Ruíz (2007) menciona que su carácter fue conversador e innovador, simultáneamente. Destaca la relevancia de la declaración de derechos y deberes que en ella se expresa y que aparece como novedad: “a los derechos tradicionales de impronta liberal, siguiendo las tendencias de la época se incorporaron derechos económicos y sociales, tales como el derecho a la educación, al trabajo, la vivienda, la salud, la huelga, la organización sindical y la libertad de enseñanza.” (p. 87) Mientras tanto los deberes consistían en la obligatoriedad del voto y nuevos mecanismos para las reformas constitucionales.

El modelo autoritario de Terra constituyó las bases para la institucionalidad del momento, creando ciertas políticas sociales que resultaron determinantes para la sociedad y, sobre todo, para la institucionalización del Servicio Social. Este punto será retomado más adelante, donde se presentará y analizará con detenimiento.

A nivel social, el Uruguay se encontraba aún con resabios de los festejos del Centenario, que había dejado en sus ciudadanos controversias respecto a la moral, el valor cívico y la educación, entre otros aspectos. Peyrou (2015) señala que la imagen europea, cosmopolita y civilizada de Uruguay, que se jactaba de tener frente al resto de Latinoamérica, fue encontrándose con su inminente declive. Durante la década de 1930, cultural y

socialmente, se inició la búsqueda por una identidad propia que “...justifique su existencia como nación- conlleva un movimiento hacia adentro, un interés por lo local y por el pasado, por el rescate de las raíces de aquello, de aquello que supuestamente justificó su peculiaridad.” (p. 255)

De esta forma, la década del 30' encuentra a Uruguay en un contexto de cambios sociales, políticos y culturales que serán el terreno propicio para el origen y el desarrollo de muchas profesiones, entre ellas, el Servicio Social.

Caetano y Rilla (2005) sostienen que la dictadura de Terra se erosionó rápidamente a raíz de los enfrentamientos constantes entre las alianzas políticas que en una primera instancia habían respaldado el golpe de Estado de 1933. Asimismo, el contexto internacional, conmocionado por la Segunda Guerra Mundial, impactó en la economía y la sociedad uruguaya. Las políticas anticíclicas impuestas por Terra dejaron en evidencia la falta de capacidad que este tuvo para enfrentarse a los nuevos tiempos.

En 1938 asumió la presidencia Alfredo Baldomir, integrante del Partido Colorado. Se puede afirmar que con este cambio de mando, se iniciaba la transición hacia un Estado democrático. El 2 febrero de 1942, luego de celebradas las elecciones, el entonces Presidente de la República dio un golpe de Estado, teniendo como causal la necesidad de reformar la Constitución. Los historiadores denominan este hecho como “el golpe bueno” de Baldomir, dado que puede entenderse como la recomposición del sistema partidario, el retorno de las elecciones libres y el escaso nivel de violencia y censura que tuvo. En este mismo sentido, su duración fue de nueve meses y finalizó con nuevas elecciones nacionales.

Ortega (2008) afirma que, entre 1940 y 1946, se produjo una extensión de derechos laborales y sociales, destacándose la extensión de jubilaciones a los funcionarios públicos, el Consejo de Salarios, el Régimen de Asignaciones Familiares y la indemnización por despido en los gremios, entre otros.

En noviembre de 1942, se aprobó la reforma constitucional, y se proclamó a Juan José de Amézaga como nuevo Presidente. Caetano y Rilla (2005) puntualizan que su inclinación batllista propició el retorno democrático y el impulso de una fuerte legislación social. Cabe aclarar que nuestro país se encontraba en un momento económico de bonanza, debido al contexto de la Segunda Guerra Mundial.

El gobierno de Amézaga ratificó “...la tradicional estrategia panamericanista de la cancillería uruguaya, el definitivo alineamiento en la órbita norteamericana...” (ibidem, p. 235) generando así un compromiso a nivel internacional en el plano de política exterior. Los autores afirman que, el gobierno de estos años acompañó sin fisuras ni cuestionamientos, las propuestas y sugerencias que Estados Unidos realizaba. Esto llevó a nuestro país a “...ser considerado el aliado más incondicional de Washington en la región.” (ibidem, p. 235)

Las siguientes elecciones fueron celebradas en 1946, resultando electo Tomás Berreta, quien fallece en agosto de 1947. De forma inmediata, el vicepresidente asumió el mandato. Luis Batlle, sobrino de Batlle y Ordóñez, comenzó a gobernar con un liderazgo renovador, sobre todo dentro del batllismo. El peso de su apellido estuvo asociado al proyecto reformista, generando una gran popularidad entre los ciudadanos. Caetano y Rilla (2005) observan que “el cuadro restaurador parecía darse en toda línea, al punto tal que podía discutirse la denominación de este período como 'neobatllismo', por todo lo que el prefijo exige de novedad, de redefinición...” (p. 241)

El neobatllismo tuvo varios puntos de coincidencia con el Primer Batllismo, como el haber sido un Estado reformista, su pensamiento liberal y el carácter anticipatorio de las políticas públicas. Sin embargo, las diferencias fueron visibles. Caetano y Rilla (2005) destacan la visión restauradora del modelo batllista, con un programa político vigoroso y una reforma social atenuada. Ambos sostienen que la restauración reformista llevada adelante por el neobatllismo no se tradujo en una implantación populista efectiva, a diferencia de lo que

acontecía en el resto del continente latinoamericano. Esto se debió a características socio-culturales como el entender la sociedad mediante la dicotomía pueblo-oligarquía, las dificultades para encontrar un liderazgo masivo, la larga tradición estatista y la tradición política continuista, entre otros. (p. 243)

El neobatllismo se caracterizó por poseer un Estado administrador, destacándose su injerencia en el ámbito económico. D'Elía (1982) remarca la importancia del proceso de industrialización, que había comenzado en los años de posguerra. La industrialización por sustitución de importaciones (ISI) comenzó a gestarse entre los años 1930 y 1940. El objetivo de dicho modelo era propiciar el crecimiento económico “hacia adentro”, con una marcada dirección del Estado. Fue durante los años de la Segunda Guerra Mundial donde se consolidó y comenzó a generar un crecimiento en las demandas internas. D'Elía (1982) resalta tres factores fundamentales en este proceso: el contexto internacional de posguerra, que incrementó la demanda externa de materia prima nacional; la presidencia de Luis Batlle, quien tuvo una marcada inclinación por el desarrollo industrial del Uruguay; y el papel del Estado, desde donde se estimuló a la empresa privada, “...asegurándole mayores precios y beneficios, dentro de un marco de absoluta libertad para orientarse hacia las actividades que más le convinieran.” (p. 29) El modelo ISI comenzó a deteriorarse en la década de los 50', generando su posterior agotamiento.

Se cree importante resaltar algunos aspectos de la ideología neobatllista, pertinentes para el análisis que se realizará durante este documento. En primer lugar, el mencionado autor resalta las ideas de progreso y justicia social que caracterizaron la presidencia de Luis Batlle. Estas se materializaron en una intervención estatal importante, generando lo que se conoce como “Estado benefactor.” (Ortega, 2008, p. 73) En segundo lugar, se destacó la idea de “revolución en el orden”. Así, Batlle no desconocía las demandas populares, dando respuestas a las mismas, pero que dejaba en claro su distancia respecto a los movimientos populistas.

Por último, el neobatllismo supo aprovechar la bonanza económica que trajo consigo la implementación del modelo ISI, realizando inversiones considerables en ámbito de la salud pública. A partir de 1950, la salud comenzó a transitar un cambio de paradigma, donde la prevención y la promoción sentaron sus bases para un sistema preventivista. Ortega (2008) destaca que “...las relaciones sociales en el neobatllismo y el crecimiento económico producto del modelo aplicado influyeron decisivamente en el desarrollo de diferentes programas sociales como forma de garantizar la redistribución y el afianzamiento del modelo.” (p. 76)

De esta forma, se puede afirmar que el neobatllismo incidió de manera directa en las nuevas formas de intervención y los nuevos campos de acción a los que tuvo acceso el Servicio Social en las décadas del 50' y 60'.

### **Familias uruguayas entre los años 1930 y 1960**

Para comenzar, se pretende realizar una breve puntualización de aspectos de la sociedad uruguaya del 900. Barrán, en su libro *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*, (2017) realiza un minucioso estudio de los cambios en la matriz de la sociedad uruguaya entre 1800 y 1860, donde predominaba “la cultura bárbara” y entre 1860 y 1920, denominada la época de “el disciplinamiento”. Los antecedentes de la familia uruguaya que se pretende estudiar, son de la época del disciplinamiento. Barrán (2017) aborda una amplia gama de aspectos de la vida social, pero se seleccionaron cuatro de estos aspectos, que ilustran de manera categórica la realidad familiar. El cambio de moralidad de este entonces, cimentó las bases para la familia que conoceremos a partir de 1930.

La niñez, en la época civilizada, comenzó a ser vista como una etapa diferente; un ser con derechos y no un adulto en miniatura. La escuela se constituyó como obligatoria y el castigo corporal en ellas fue prohibido. Se reivindicó la lactancia materna como un contacto necesario entre el bebé y la madre, mientras que el número de abandonos a recién nacidos



disminuyó. Barrán (2017) resalta cómo los mimos y las caricias nuevamente fueron parte de la vida cotidiana, primando los consejos de no golpearlos y atender su higiene y salud. “El cuidado de los niños ganó terreno como preocupación social y la ternura se convirtió en un valor y hasta comenzó a percibirse como probable factor educativo.” (p.301) Sin embargo, el castigo y la vigilancia siguieron siendo parte de la forma de educar a los niños.

Respecto a la sexualidad, el autor menciona que en la historia uruguaya no ha habido otra época más puritana y separatista de los sexos que esta. Adolescentes y mujeres eran las víctimas de una sociedad que se escandalizaba ante la simple idea de la sexualidad, teniendo como “custodias” a los curas, la policía y el médico. Estos últimos eran “...los agentes más eficaces de la represión sexual, pues propagaron su sensibilidad 'civilizada' con el ropaje del conocimiento más prestigioso de la época: la ciencia”. (Barrán, 2017, p. 319) La cultura científica, el juicio de valor y la moral se instalaban en los consultorios médicos, permitiendo controlar y castigar aquellas conductas desviadas. Similar era el lugar que se le daba a la mujer: se la concebía en una dualidad diabólica y divina que, a menudo, representaba la rivalidad entre el hombre y la mujer. Era concebida como una figura a quien se la amaba, se la deseaba y se la temía, porque podía convertirse en un poder alterno dentro de la familia, en la vida política y en la economía.

Por último, la intimidad como tal surge ante la necesidad de comenzar a delimitar las esferas de lo público y lo privado, generándose el deseo colectivo de ser hogar primero e individuo social después. Barrán (2017) destaca dos elementos que hicieron de esa privacidad del hogar algo posible: la “intimidad de la economía”, respecto a las finanzas, los ingresos y los gastos de las familias; y la negativa por la exhibición de los sentimientos personales, la discreción, el pudor hacia lo que se sentía realmente.

Los cambios en la moral del Uruguay del 900, sumados a las posteriores leyes y reivindicaciones que surgirían en las primeras décadas del siglo XX, son los antecedentes latentes del modelo familiar que, a partir de 1930, predominó en el Uruguay.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, el país atravesó una transición demográfica que se vio reflejada en el descenso del número de hijos por familia. “Se puede decir con mayor certeza que ya a inicios del siglo XX la fecundidad comienza a descender. Las estimaciones que surgen de la información proporcionada por el Censo de 1908 muestran que la fecundidad todavía se mantenía con valores elevados (6 hijos por mujer).” (Paredes, Varela, 2005, p. 5) Este mencionado descenso se concretó en las primeras décadas del siglo XX, donde la tasa global de fecundidad “... se ubicó en tres [hijos] desde 1930 hasta 1970. También la mortalidad se estabilizó en ese periodo.” (Pellegrino, 2013, s.p)

Otro aspecto que se destaca en este cambio de estructuras familiar se relaciona al cambio de estructuras por edades; los matrimonios se consumarán a edades más avanzadas, la migración impactará de forma directa en los jóvenes, el acceso de las mujeres a otros niveles de educación y de forma paulatina al mercado de trabajo, entre otros motivos.

La familia uruguaya a partir de la década del 30', se caracterizaba por ser nuclear: constaba de un matrimonio, heterosexual, y dos o tres hijos. El hombre realizaba sus actividades en el ámbito público, siendo el sustento económico de la casa, mientras que la mujer se dedicaba a los hijos y el hogar. Se podría afirmar que se estaba ante un modelo parsoniano de familia (Parsons, 1955), donde los roles de género eran rígidos y existía una estructura jerárquica fuertemente marcada dentro del hogar. En la misma línea de pensamiento, el padre tenía un rol público e instrumental, mientras que la madre resumía su existencia al ámbito privado, con un rol afectivo y pasivo.

Sin embargo, cambios en la legislación de la época, permitieron que estas fronteras comenzaran a desdibujarse. Filgueiras y Kaztman (2001) sostienen que esta familia

tradicional de único aporte fue perdiendo lugar frente a una forma de organización familiar donde ambos cónyuges participaban en el mercado laboral y sostenían económicamente al hogar, a partir de la década del 40'. No obstante, esto no modificó "...plenamente una concepción cultural que atribuye a la mujer los roles tradicionales de género referidos a las actividades domésticas. Esta última configuración es notoriamente más generalizada en los estratos bajos urbanos de la sociedad que en los restantes sectores urbanos." (p. 27) La incorporación de la mujer al mercado laboral pero su rol inamovible frente al cuidado de los hijos y el hogar, se plasmó en el área de consumo. Los electrodomésticos, a mediados de los años 30', comenzaron a ser comercializados como una solución "...para muchas mujeres que ingresaron al mercado laboral y ahora tenían que reducir y aprovechar mejor el tiempo que dedicaban a las tareas hogareñas." (Bouret y Remedi, 2009, p. 85)

La mujer uruguaya de la década del 30' se convirtió en madre y trabajadora, simultáneamente. A entender del Estado, continuó siendo la encargada del hogar y de todos los aspectos relacionados a este. La salud y el cuidado, parte fundamental de la vida, también recaía sobre la madre. La mortalidad infantil en Uruguay, fue un problema grave que se atendió de las más diversas maneras. Desde 1900 y hasta 1940, aproximadamente, la mortalidad infantil se mantuvo, hasta que se produjo un estancamiento marcado. La búsqueda de las razones de dicho estancamiento, movilizó a varios médicos salubristas a focalizar su mirada en lo que, para cada uno de ellos, era el centro del problema.

En el artículo "*No se debe llorar sobre leche derramada...*", las autoras presentan los estudios realizados por cuatro médicos salubristas, contemporáneos entre sí, y sus respectivas teorías sobre la maternidad y la mortalidad.

Joaquín de Salterain presentó cuatro factores que afectaban la mortalidad infantil: las características materno-económicas, el clima, la vivienda y la falta de coordinación institucional. Respecto a la primera, menciona que la mayoría de los desvelos de las madres

por el correcto cuidado de sus hijos era insuficiente e inadecuado, y la raíz de este problema se encontraba en la ignorancia ingénita que estas tenían.

Julio Bauzá basaba su teoría de la mortalidad sostenida en la mala calidad de la alimentación de los recién nacidos y los niños pequeños. A este factor se sumaban las condiciones climáticas, la higiene, los factores sociales, las epidemias y las causas médicas así como la falta de asistencia médica. La ignorancia de las madres en cuanto a la higiene alimenticia, en sus palabras, se trató de combatir con un programa llamado “Gota de Leche”, donde se destacaba el trabajo de un cuerpo de nurses visitadoras e inspectoras para visitar a los niños de las familias pobres. Esta y otras iniciativas respecto a la salud y la alimentación infantil buscaban “...suprimir -o al menos aliviar- la indigencia de los padres, educar a las madres y promover la buena alimentación natural bajo competente vigilancia médico-social.” (Brin, Pollero y Cabella, 2003, p.48)

Por su parte, Luis Morquio planteaba que la mayor parte de los descensos infantiles estaba relacionado con causas evitables, como errores en el cuidado y la alimentación de los niños. Asimismo, afirmaba que el nivel cultural de la madre es un factor determinante, ya que la ignorancia trae consigo la ausencia o insuficiencia de los cuidados adecuados de los niños.

Por último, Augusto Turenne expone una mirada con un enfoque social dentro de lo médico. En este caso, la figura de la mujer-madre no es vista como una de las causantes de la mortalidad infantil, sino como una “aliada” a la hora de cuidar la salud de los neonatos. Por ello, la situación socioeconómica de las mujeres fue central en el trabajo que Turenne realizó. No obstante, el nivel cultural de la madre incidía en la crianza de los niños. ante el cuidado del hijo también se refleja en la ignorancia al momento de la crianza. La convicción de que el Estado debía generar medidas de protección que integren “...tanto la organización de servicios de asistencia prenatal y maternal, así como la legislación en defensa de la mujer embarazada, de la madre y del niño.” (p. 53)

Para ellos, y para la amplia mayoría de sus colegas, la madre era la primera y principal responsable de la vida o la muerte de los niños y niñas. Así, los médicos fueron posicionando a las mujeres-madres como las aliadas por excelencia para tener un control directo sobre la salud de las familias.

Para el Servicio Social de aquel momento, el trabajo con las familias y, sobre todo, con las madres, se vuelve un campo de acción notoriamente marcado. El estrecho vínculo de la profesión con el área médica determinó que su lugar fuese de control en aquellos aspectos de la vida diaria en donde los doctores y enfermeras no interferían.

Un último aspecto relevante es el rol del Estado frente a una problemática social que las afectaba directamente: la niñez. El gobierno surgido en el golpe de Estado, en palabras de Filgueiras y Filgueiras (1994), se ocupó de los problemas sociales provocados por el desempleo a raíz de la gran preocupación de varios de los médicos integrantes del ámbito político. Terra tuvo en consideración la visión de este elenco sanitario que formaba parte de su parlamento y se comenzaron a generar cambios en la atención a dichos problemas. Leopold (2002) afirma que, a partir de la década del 30', se comenzó a crear una propuesta pública de atención a la infancia. El hecho cúlmine de este proceso fue la sanción del Código del Niño, el 3 de abril de 1934. La autora, referenciando a García Méndez, menciona que este código tenía como fin la creación de un marco jurídico que permitiese al Estado intervenir en el mundo de los menores, sobre todo, de los abandonados y los delincuentes. De esta manera, se extenderían políticas sociales básicas a aquellos niños y adolescentes en situaciones “irregulares”. Es decir, el Estado buscaba tener facultades sobre quienes ni la escuela ni la familia ejercían instancias de control, regulación y socialización.

El primer artículo resume el espíritu de este nuevo Código, sancionando que “el Código del Niño es la entidad dirigente de todo lo relativo a la vida y bienestar de los menores desde su gestación hasta la mayoría de edad...”. Dicho código se estructura en veinte

capítulos, destacándose lo relativo a la protección prenatal, la primera y segunda infancia, la adolescencia, los menores abandonados y las regulaciones respecto al trabajo de menores y la adopción, entre otros. Asimismo, el código no solo abarcó a la familia y el derecho de los menores a pertenecer a una, sino que intervino en la educación, la salud y la identidad de los menores.

Es de destacar el lugar que se le brindó a la mujer-madre dentro de este nuevo marco, donde se produjo una ampliación en sus derechos y protecciones. Paradójicamente, se la continúa situando como principal responsable de la familia, ejerciendo sobre ella un minucioso control médico sanitario. No es menor mencionar que la comisión designada para la creación de este Código del Niño se encontraba, en su amplia mayoría, integrada por médicos con un marcado perfil salubrista.

Leopold (2002) señala que la columna vertebral de las situaciones irregulares, tanto de los menores como de las familias, se encontraba en la declaración y el hecho del abandono moral. Es por ello que el Código del Niño trató de abarcar todos los ámbitos de la vida de los niños y adolescentes que pudieran verse vulnerados. Se sostiene que es el propio sistema moral de la sociedad el que terminó condenando a estos menores, afirmando que "...la problemática de la 'cuestión social', y particularmente de la infancia más lesionada del sistema social, deriva de un conjunto de 'dilemas mentales y morales' y no de la propia estructura y dinámica de la sociedad capitalista." (p. 57)

Sin embargo, se puede observar que la esencia del Código del Niño no fue solamente velar por los derechos de los niños y adolescentes, sino resaltar la importancia de la familia como institución encargada de brindarles las normas básicas de convivencia y sobrevivencia. Leopold (2002) menciona que desde el Estado se realizaba un reconocimiento a la familia y al modelo nuclear predominante como la base de la sociedad. El reflejo de este pensamiento se recogió en el mencionado código así como en la Constitución de 1934 y el Código Penal

vigente en este período. La familia estaba situada en un lugar primordial para la vida de los niños y adolescentes, por lo que el código buscaba que fuese un ambiente de cariño y contención, “una obra de corazón”. De esta forma, la familia uruguaya será entendida como el dispositivo por excelencia para colocar a los menores en el “lugar correcto”.

No fueron solo los menores los principales destinatarios de estas nuevas orientaciones; fueron los menores infractores, los niños expósitos, los adolescentes en situación de calle y obviamente, los pertenecientes a las familias pobres. Para estas últimas rigió con mayor peso la parte moral del Código del Niño. Las situaciones de pobreza donde se hallaran indicios de una supuesta “inmoralidad”, el Estado se encontraba habilitado para realizar procesos de intervención y tutelaje que se acompañaran con los objetivos sanitarios y educativos deseados y deseables para la infancia. De esta forma, la autonomía de las familias pobres se veía reducida y pasaba a ser entendida como un lugar que requería intervención.

### **Medicalización de la vida social**

El término medicalización se utiliza en las Ciencias Sociales para señalar los procesos ideológicos y técnicos mediante los que la medicina científico-técnica produce saberes y comienza a intervenir en aspectos de la vida social que anteriormente escapaban a su dominio. (Mitjavila, 2016) Se genera una expansión de los parámetros del poder médico, generando una colonización de este enfoque sobre las relaciones sociales. Atributos propios de la condición humana, como las fases del ciclo vital o los comportamientos, se tornan factores de riesgo para la salud. Este cambio se encuentra asociado a las funciones de control social, que fueron atribuidas a la medicina en el Estado Moderno. Se destaca el higienismo y la moralización del proletariado, la medicalización del espacio urbano, la administración de la locura, el combate a la pobreza y la construcción social de la familia. El campo de la salud abarca ámbitos que anteriormente estaban ligados a la religión, el derecho o el destino de los

propios individuos. Mediante su función normalizadora, los problemas sociales son codificados en términos de salud o enfermedad, siendo este último su pretexto para intervenir.

Con la contemplación y autorización del Estado, aumentan los controles en las relaciones sociales, posicionando a la salud como un problema eminentemente político. (Ortega, 2008, p. 27) En este mismo sentido, se introduce la lógica del riesgo como justificación de la intervención médica. Ya no tiene que ver directamente con la enfermedad y una demanda de la cura, sino con el potencial riesgo a la enfermedad.

Desde una perspectiva histórica, se tomará como referencia una conferencia realizada por Foucault durante un congreso de medicina social, en Río de Janeiro el año 1974. El autor menciona el concepto de biohistoria como punto de partida para entender la historia de la medicalización. Se refiere al efecto, a nivel biológico y corporal, que ha tenido la medicina y su intervención en la vida de los seres humanos. Es por ello que la medicina comenzó a vincularse tan estrechamente a ámbitos de la vida donde antes no poseían injerencia y que, a partir de este fenómeno, su óptica suele ser la predominante.

El nacimiento de la medicina social, en Francia durante el siglo XIX, estuvo vinculado a la necesidad de tener control sobre el cuerpo social. El sistema capitalista preponderante impuso la necesidad de socializar el cuerpo humano como primer objeto para mercantilizar, en función de la fuerza productiva y laboral. Es decir, el cuerpo pasó a concebirse como una necesidad fundamental para el funcionamiento de dicho sistema, que encontró en la medicina la estrategia biopolítica para llevarlo a cabo. Así, Foucault (1977) afirma que el cuerpo humano se reconoció social y políticamente como una fuerza de trabajo. En este sentido, el Estado moderno se instaló en las sociedades occidentales y surgieron los primeros mecanismos de control estatal para con la población. Con fines mercantilistas, la salud se presentó como un asunto de Estado y asuntos como la natalidad y la mortalidad, las epidemias, entre otros, pasaron a tratarse en su órbita.



En segundo lugar, entender la medicalización en sí es un punto fundamental: "...la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporan a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina." (p. 4) Este fenómeno, sostiene Foucault (1977), fue posible gracias a que el Estado moderno normalizó las prácticas y el saber médico, dejando en manos de estos las decisiones sobre la formación profesional. La normalización del quehacer médico se impone y, desde el Estado se implementó la creación de puestos de poder donde los médicos poseían una vasta influencia, posicionándose como administradores de la salud. Esto se verá reflejado en la historia del Uruguay; la política de nuestro país se ha relacionado estrechamente con aquellas carreras universitarias tradicionales, incluyendo a la medicina.

El surgimiento y desarrollo de la medicalización de la vida social en el Uruguay se remonta a los primeros años del siglo XX. La consolidación del Estado moderno trajo consigo la preocupación de los gobernantes por la gestión de la salud, dando el espacio para que el modelo higienista se instalase. La perspectiva de este modelo consistía en el cuidado individual y colectivo de la propia vida, concibiendo a la salud como un valor en sí, y buscando la intervención técnica y sistemática sobre la cuestión social y, concretamente, de la salud como un problema de orden público. Se produjo un cambio generando el predominio de una moral laica frente a la antiguamente instaurada moral católica. En este sentido, como fue mencionado en la primera sección de este capítulo, la secularización permitió que el higienismo se instaurara en la sociedad uruguaya. Acosta (2001), cita a Barrán (1933), quien señalaba que el sacerdote fue sustituido por el médico y, de esta forma, las conciencias individuales empezaron a regirse por la supremacía de esta nueva moral. Se puede observar la importancia de este cambio de paradigma, ya que "la colocación de la Salud como un bien a ser alcanzado significó *'dar muerte a Dios y dar vida al cuerpo'*. Fue así que la vida larga se tornó un objetivo de la existencia individual y la Salud Pública una política del Estado." (p. 2)

Durante el primer batllismo, estas nuevas concepciones sobre la salud y el higienismo se reforzaron, encontrando en el gobierno un fuerte aliado para la implementación de determinados proyectos que reafirmaban la supremacía de la salud por sobre la religión. La incidencia de la salud en el trabajo, la familia, la organización de la ciudad y las diferentes instituciones fue notoria. Acosta (2001) presenta tres factores principales en este proceso. En primer lugar, la ampliación de los servicios públicos de salud y la creación de quince hospitales, aproximadamente, en las primeras tres décadas del siglo XX. En un informe para el Boletín Sanitario Panamericano del año 1943, el Dr. Mussio, quien fuese ministro de Salud Pública, afirmaba que el presupuesto destinado a dicho ministerio aumentó un 32% respecto al presupuesto primitivo, dado que "...está sujeta a variaciones frecuentes por cuanto mes a mes nuevas leyes de ampliación o de creación de servicios vienen a modificarla." (p. 394)

En segundo lugar, se produjo una socialización masiva del saber médico. La salud y la educación fueron las vías preponderantes para el disciplinamiento de la población, sostiene Ortega (2008), por lo que el saber médico no fue ajeno a la vida diaria de los individuos. La educación sanitaria fue el pilar de la medicina preventiva, que se basaba en "...la convicción o persuasión de la masa de los ciudadanos haciéndole ver las razones de bienestar individual y colectivo que aconsejaba la adopción de medidas implícitas..." (Boletín OSP<sup>6</sup>, 1955, p.1)

En tercer lugar, se encuentran las mutualistas de trabajadores, generalmente fundadas y constituidas por inmigrantes, que proliferaron en esos años, siendo la atención médica de las enfermedades unos de sus principales objetivos. A través de los hospitales y las sociedades de socorros mutuos se produjo la medicalización masiva de la vida social.

En 1931 se creó el Consejo de Salud Pública y fue el inicio del surgimiento de diversas instituciones encargadas de la salubridad nacional, como lo fueron la Asistencia Pública Nacional, el Consejo de Higiene y el Cuerpo Médico Escolar, entre otros. El

---

<sup>6</sup> En las citas, se utilizará la sigla OSP para hacer referencia a la Oficina Sanitaria Panamericana.

presupuesto nacional destinado a las obras edilicias, el personal y los servicios médicos también fue otro de los puntos fundamentales para la expansión del control médico-sanitario. Cabe aclarar que la perspectiva médica preponderante era la de una medicina preventivista, donde la noción de riesgo estaba muy presente.

El Ministerio de Salud Pública se constituyó en 1933, siendo promulgada la ley n° 9202, que establecía su existencia y facultades, en 1934. Bajo su dirección estarían todos los servicios de Asistencia e Higiene, procurando “la adopción de todas las medidas que estime necesario para mantener la salud colectiva y su ejecución por el personal a sus órdenes, dictando todos los reglamentos y disposiciones necesarias para este fin primordial.” (Art. 1°)

Con el nuevo ministerio, el Estado se consagró como el encargado de velar por la salud de la ciudadanía, buscando “propender por todos los medios a la educación sanitaria del pueblo.” (Art. 9°) Los establecimientos públicos y privados se comenzaron a regir por las disposiciones que el Ministerio de Salud Pública publicase, y éste último se encargaría de la inspección y la vigilancia para el cumplimiento de lo dispuesto. La creación de diversos departamentos, como los de higiene sexual, epidemiología, salud marítima y fluvial e higiene industrial, fueron una clara demostración de la rápida ampliación de funciones y lugares que le eran conferidos a la medicina por parte del Estado. Ortega (2008) explicita el cambio producido durante el proceso dictatorial de Terra, sosteniendo que la organización del sistema de salud se basó en la prevención, la curación y la rehabilitación. En este sentido, la ley de creación del Ministerio de Salud Pública explicitó las funciones y regulaciones específicas que se debían llevar a cabo para dotar de sentido preventivista la medicina a partir de ese momento.

La medicalización de la vida social del Uruguay, además de ser entendida como parte de un proyecto nacional y una apuesta a nivel estatal, debe leerse mediante la apropiación que efectivamente se hizo desde el colectivo médico. Es decir, el poder predominante de lo

médico-sanitario en la vida cotidiana no se produjo solo por el respaldo que el Estado estaba generando, sino también por una validez tanto social como profesional de que esto así fuese.

Existen tres aspectos importantes para ejemplificar lo dicho, que son propuestos por Mitjavila (1998). El primero de ellos es la autonomía técnica que gozaba el área médica-sanitaria. El desarrollo de estas técnicas se dio más allá de las fronteras de la identidad profesional, generando control, subordinación y control de otros saberes y otras prácticas relacionadas con lo terapéutico. La imposición de la racionalidad médica, bajo la noción de riesgo, desplazó cualquier otra profesión que pudiese estar relacionada con el ámbito sanitario. Obviamente, esto trajo consigo privilegios que los médicos no se rehusaron a tomar. A través del monopolio del saber y el respaldo estatal, la clase médica logró el control de diversas áreas de la vida social. Mitjavila (1998) sostiene que “la colonización temprana de áreas estratégicas de la gestión de lo social por parte de la medicina uruguaya [*permite entender*] parte de las raíces estructurales de los procesos contemporáneos de medicalización del espacio social.” (p. 23)

En el segundo punto que plantea la autora, se encuentra la legitimidad que su saber y su accionar poseían, como consecuencia de lo anterior. En la sociedad uruguaya se produjo un proceso de legitimación del saber médico, ya sea por confianza o aceptación. Todos los aspectos de la vida se encontraban vigilados por lo médico, que indicaba cuáles eran las mejores conductas para la cotidianidad de los uruguayos. Sin embargo, esta legitimidad de su saber trajo consigo la dependencia de dicho profesional. El miedo a las consecuencias, afirma Mitjavila (1998), generó en la población una obediencia intachable frente a las consecuencias no favorables de no cumplir con lo indicado.

El último aspecto, es la autoridad cultural que los médicos poseen sobre los individuos. Se observan que determinados hechos prevalecían como válidos y verdaderos por el mero motivo de haber sido dicho por un médico. “El reconocimiento del saber médico

como conocimiento calificado implica generalmente la aceptación de una autoridad cultural. Este tipo de autoridad es en muchas ocasiones la base de la cual se reproduce y expande la autoridad social de la medicina.” (Mitjavila, 1998, p. 35)

El surgimiento de las profesiones auxiliares es entendido como una demanda que el sistema de salud generó, para actuar como nexo entre las familias, los obreros, la escuela y los doctores. El proceso de medicalización de la vida social creó las condiciones necesarias para el desarrollo del Servicio Social en nuestro país.

Este tiene como base las transformaciones institucionales en el período conocido como neobatllismo, donde se iniciaron una serie de cambios en las respuestas que el Estado había brindado hasta el momento respecto a la gestión de lo social. Se destacan los cambios en los modelos etiológicos que regían el campo de la salud y los que acontecieron en la institucionalidad, donde la influencia de los organismos internacionales generó nuevos espacios de organización y atención.

## **CAPÍTULO II: LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y SU RELACIÓN CON EL URUGUAY**

En este segundo capítulo se abordará el papel que la Oficina Sanitaria Panamericana tuvo en nuestro país y la incidencia de esta en el Servicio Social, concretamente. A través de los boletines mencionados como fuentes secundarias, se analizará el rol de dicha institución en aspectos como la salud nacional, el Servicio Social y la sociedad toda.

En segunda instancia, se expondrá sobre el origen y desarrollo del Servicio Social en nuestro país. Sin redundar en lo ya dicho, se explicitará la importancia del proceso de medicalización de la sociedad uruguaya en el inicio del Servicio Social, y por qué esto determinó su campo de acción.

### **La Oficina Sanitaria Panamericana y su vínculo con Uruguay**

La Oficina Sanitaria Panamericana fue una de las organizaciones internacionales creadas durante el siglo XX, con el objetivo de dar respuesta a distintas problemáticas relacionadas con la Salud Pública. Su origen se remonta a 1902, cuando en la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, se sugirió realizar una convención que reuniese a todas las oficinas de salubridad de dichos Estados. Se concretó la mencionada convención y allí surge la Oficina Sanitaria Internacional, nombre que llevaría hasta 1923 cuando pasó a denominarse como Oficina Sanitaria Panamericana. Las recurrentes epidemias ocurridas durante el siglo XIX e inicios del siglo XX dejaron entrever el deficiente manejo y la dificultad que representaba para los países latinoamericanos poder gestionar de manera eficiente la salud y todo lo que ella conlleva. Esto impulsó la conformación del referido organismo internacional, buscando nuclear a los diferentes estados de América Latina y el Caribe.

El principal cometido de la Oficina Sanitaria Panamericana era ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados miembros en sus intentos para alcanzar la meta de salud para todos los individuos y la promulgación de sus valores inherentes. Esta organización nucleaba y facilitaba tanto información como herramientas para afrontar la situación sanitaria de cada país. El cumplimiento de sus objetivos era ambicioso de abarcar teniendo en cuenta la extensión de Latinoamérica y el Caribe. Por este motivo, en 1907 se dispuso la creación de una Oficina Informativa Regional. Su sede se estableció en Montevideo y fue el centro de recepción de informes para las comisiones de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. La dirección de la Oficina Informativa estuvo integrada por tres médicos uruguayos. Ellos fueron el Dr. Ernesto Fernández Espiro, como presidente, el Dr. Joaquín de Salterain, como vocal y el Dr. Julio Etchepare, como secretario. (Turnes, 2002, p. 3)

Se puede observar el vínculo temprano generado entre la Oficina Sanitaria Panamericana y nuestro país. A través de un artículo presentado por Turnes (2002), con motivo de la celebración del centenario de la Organización Panamericana de la Salud, se indagó sobre una conferencia que marcó un antes y un después en el organismo internacional. En diciembre de 1920, se llevó a cabo la VI Conferencia Sanitaria Internacional, en Montevideo. Fue presidida por el Dr. Ernesto Fernández Espiro, presidente de la Oficina Informativa de la región. Entre las disposiciones adoptadas, se destacaron la reorganización del ente, cambiando oficialmente su nombre a Oficina Sanitaria Panamericana y se recomendó publicar un boletín de alcance internacional, donde se pusieran en conocimiento las realidades sanitarias de las naciones miembros. En la siguiente conferencia, celebrada en el año 1924, en La Habana, se creó y promulgó, entre otros temas, el “Código Sanitario Panamericano.” Así, la Oficina Sanitaria Panamericana afirma que sería la agencia sanitaria central de coordinación de las Repúblicas que formasen la Unión Panamericana.

Es sumamente interesante observar el peso de estos acontecimientos en nuestro país, dada la magnitud del evento y la realidad uruguaya en el ámbito de la salud, donde se contaba con respaldo estatal y disposición para realizar grandes cambios. “Al año siguiente, en 1921, el Dr. Joaquín de Salterain pronunciaría una conferencia en el mismo Sindicato promoviendo la creación del Ministerio de Salud Pública, que no existía como tal en nuestra joven república, hecho que se diferiría en el tiempo hasta 1934.” (Turnes, 2002, p. 4)

Uruguay se destacó por tener una concurrencia y participación activa en todas las actividades que el organismo multilateral proponía. La posterior implementación de los asuntos tratados allí, mediante leyes, planes o programas, rectificaron el lugar y la seriedad con la que se manejaba un asunto de estado como lo era la salud. Turnes (2002) sostiene que “gracias a una sucesión afortunada de Representantes, la OPS forjó vínculos fuertes y duraderos con la comunidad uruguaya de salud, y cada uno de ellos dejó un recuerdo imborrable, por su contribución al desarrollo de nuestro país, en la mejora de sus índices sanitarios.” (p. 6)

Los médicos y políticos uruguayos eran participantes asiduos de todas las conferencias convocadas por este ente. También se debe recordar que muchos médicos ocupaban cargos políticos, y esto posibilitaba una doble injerencia al momento de implementar las ideas recogidas en las conferencias de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Uruguay era visitado por quienes estaban encargados de monitorear que la aplicación de políticas y programas dedicados a la salud y sanidad se cumpliera. Esto puede observarse en un informe de 1932 perteneciente a un Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Dr. John D. Long. En el referido informe, Long le presentaba a la Oficina Sanitaria Panamericana el anteproyecto de Ley de Sanidad que se deseaba implementar junto con el proyecto de organización sanitaria. Remarcó la importancia de la ratificación de Uruguay sobre los tratados que habilitasen esa visita de representantes así como los deseos



expresados por los representantes del país para que esto sucediese. En el informe, el Comisionado Viajero generó un respaldo explícito en la forma que era manejada el área de la salud, afirmando que “...la autonomía del Consejo de Salud Pública, en su calidad de ente autónomo, está siempre respetada y su autoridad suprema sobre toda la materia sanitaria está constantemente reconocida.” (Boletín OSP, 1932, p. 800) A través de este comentario, se puede observar la buena reputación de la que gozaba el Uruguay frente a este organismo internacional.

Long mencionó una serie de asuntos médicos que, a nivel mundial eran preocupantes, pero que Uruguay estaba manejando de buena manera. Entre ellas se encontraba la tuberculosis, las enfermedades del aparato digestivo, el cáncer y la mortalidad infantil. El enviado estimaba que los bajos promedios de dichos problemas se debían a las buenas condiciones sociales que el país tenía, que se veía reforzado por contar con una Asistencia Pública convenientemente extendida y que cumplía con sus deberes de buena forma. Afirmaba que “...es precisamente por estos motivos que la iniciativa del Consejo de Salud Pública en mejorar el servicio sanitario del país merece todo encomio.” (Boletín OSP, 1932, p. 802)

Los boletines escogidos de los años 1931 y 1932, se centraron en la sanidad y la asistencia pública en el Uruguay. En ambos documentos, se puede observar la ampliación de recursos que la Asistencia Pública Nacional designó a esta área y su posterior utilización. Se destacaba el presupuesto destinado al mantenimiento de edificios, la instalación de nuevas policlínicas y la ampliación de la red de salud en el interior del país. Entre estas obras se encontraba la construcción de un pabellón de Pediatría en el Pereira Rossell, la ejecución de los hospitales de Carmelo, Artigas y Rosario, y la creación de los dispensarios en el Cerrito de la Victoria, Pantanoso, Peñarol y Maroñas. Por su parte, el Consejo de Higiene “...se ha preocupado de la solución de los principales problemas higiénicos administrativos, llevando a

cabo regularmente su doble misión de órgano consultivo de los Poderes Públicos en materia de salud pública y su tarea ejecutiva de órgano de policía higiénica.” (Boletín OSP, 1931, p. 965) La efectiva campaña contra las afecciones infectocontagiosas, son uno de los logros más destacados de este sector de la salud. Una gran infección de viruela en el año 1931 propulsó las Brigadas de Salubridad, que se extendieron por toda la capital y el interior del país, practicándose vacunaciones contra diversas infecciones. Se ha de resaltar que las brigadas dirigidas al interior del país, estaban compuestas por visitadoras sociales.

Es de especial atención el informe del delegado uruguayo, el Dr. Justo F. González, luego de la X Conferencia Sanitaria Panamericana. Fue celebrada en Bogotá, en 1938, y dicho informe se presentó al Ministro de Salud Pública y al de Relaciones Exteriores en 1939. En él, se pueden hallar las resoluciones, conclusiones y votos así como también las recomendaciones a las que Uruguay se adhirió. González mencionaba la presentación que nuestro país había realizado sobre Nutrición y Alimentación, a través de un material ilustrativo presentado por el Servicio foto-cinematográfico del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Jorge Bejarano, presidente de la conferencia, mencionaba “...la complacencia con la que ha visto los cuadros murales traídos a la mencionada Exposición, que dan idea de la manera cómo se está resolviendo el problema de la nutrición...” (p. 2) Entre los hechos mencionados, se destaca la petición de participación del delegado uruguayo en la creación de un artículo sobre Nutrición en América, dejando en claro la relevancia del trabajo realizado por el país en este tema así como la importancia de los aportes del Dr. González.

Las conferencias internacionales organizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana continuaron siendo escenario para la exhibición y el reconocimiento del trabajo que Uruguay estaba haciendo con los asuntos de salud pública. En un informe del Dr. Mussio, ministro de Salud Pública, se mencionaba el interés despertado en la Oficina Sanitaria Panamericana por

la labor realizada, acotando que ésta era la mejor sanción de importancia y de valor intrínseco. En la IV Conferencia, realizada en Washington durante 1940, Uruguay expuso “...los progresos realizados en el país en materia de Salud Pública y Prevención Social, así como los índices altamente satisfactorios de su morbilidad y mortalidad, presentando el Código Sanitario que mereció un voto de aplauso para el Uruguay.” (Boletín OSP, 1941, p.889) Asimismo, el aporte que habían realizado los técnicos de Washington, fue fundamental para que nuestro país cooperase y se siguiera alineando con los objetivos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En los años 1941 y 1943, los boletines seleccionados resaltaban la importancia de la acción sanitaria preventiva a través de la educación sanitaria. Como fue mencionado, el dinero destinado a la salud fue en ascenso durante los años considerados, correspondiendo a una décima parte, aproximadamente, del presupuesto del país. El enfoque preventivista comenzó a dominar en el área de la salud, destacándose el trabajo realizado con enfermedades como la tuberculosis o la difteria. La educación sanitaria era concebida como “...el principal punto de acción a la medicina social y a la pedagogía social. Su importancia deriva del hecho que tiende a dar al individuo y a las masas, en forma sistemática, permanente y objetiva, un conocimiento preciso del mecanismo íntimo de su vida y de las modalidades favorables y desfavorables de su medio circundante.” (Boletín OSP, 1941, p. 890) Es llamativo observar que, quienes llevaban adelante la educación sanitaria eran, principalmente, las maestras, las enfermeras, las visitadoras sociales y las asistentes sociales.

Este hecho no pasa desapercibido en la Organización Panamericana de la Salud, avalando las mencionadas carreras durante sus conferencias, como parte fundante de la medicina preventiva. En un boletín de 1945, el Dr. Fabini dejaba constancia de un curso llevado a cabo por la Sección de Nurses del Servicio Cooperativo Interamericano, con el cual

se buscaba la especialización de nurses uruguayas en medicina sanitaria, con un enfoque preventivo.

Se puede afirmar que la historia de la salud y su implementación en nuestro país estuvo fuertemente ligada a la Organización Sanitaria Panamericana. La asistencia de los médicos y políticos uruguayos así como el intercambio con los delegados de este organismo internacional, también son concebidos como claves en la construcción de un lugar institucional para la nascente profesión del Servicio Social en el país, hecho que será analizado en el próximo apartado. El vínculo del Uruguay con la Oficina Sanitaria Panamericana y el peso que ésta poseía en el accionar estatal, puede ser evidenciado a lo largo de la historia sanitaria del país.

### **Origen y desarrollo del Servicio Social en Uruguay**

Las políticas sanitarias y el higienismo fueron las formas predominantes en el Uruguay al momento de tratar la cuestión social. Hasta comienzos del siglo XX, la salud se encontraba en manos de la Iglesia y la filantropía, predominando la idea de cuidar en vez de curar a los enfermos. Transformaciones culturales y sociales posibilitaron el cambio del paradigma de la asistencia pública. Acosta (2001) sostiene que “...es el producto de la laicización de la caridad, ya no es el sacerdote el responsable por el servicio, la responsabilidad ahora está en manos de los médicos...” (p. 5)

Acosta (2001) asegura que la génesis del Servicio Social uruguayo puede hallarse en los procesos de racionalización de la vida social. El autor presenta el proceso de medicalización como parte de esta racionalización, que se manifestó en la emergencia de la profesión. Se puede afirmar que, el Servicio Social surgió a través una demanda que el sistema de salud realizó. De esta forma, la profesión sanitaria demandaba un agente puntual que pudiese actuar en este nuevo escenario.

La relevancia del Servicio Social en este período estuvo asociada al cambio de paradigma producido en el saber médico-sanitario. La salud comienza a ser concebida como un problema social y político, otorgándole un importante valor a la responsabilidad individual en la gestión de ésta. Mitjavila y Ortega (2005) identifican el periodo entre 1930 y 1940, como el momento donde el Servicio Social comenzó a tener un área de competencia: una profesión preponderantemente orientada al trabajo con los individuos y las familias. (p. 215) Así, las conductas individuales se consagraron como un verdadero lugar de intervención para los médicos y las profesiones técnicas subordinadas, como la Enfermería y el Servicio Social. Se produjo un corrimiento de las acciones caritativas, que tenían el bien del prójimo como centro, para instaurar las intervenciones del Estado con profesionales.

Acosta (2016) presenta las “enfermeras visitadoras” como las primeras antecesoras de las asistentes sociales. Estas eran formadas por la Cruz Roja, organismo que en el año 1919 había creado una Escuela de Enfermería. La Liga Uruguaya contra la Tuberculosis solicitó colaboración para su tarea y, quienes eran voluntarias, pasan a ser reconocidas como enfermeras visitadoras. El autor menciona el planteo realizado por Julio Bauzá, en 1920, donde se manifestaba la necesidad de crear un cuerpo de nurses inspectoras, cuya labor sería la visita y el control de todos los niños recién nacidos que se encontrase en contexto de pobreza. “La visita podía vincular rápidamente a la madre y a su hijo con el consultorio médico para así 'substituir a la madre por el médico en la dirección de la alimentación y desarrollo del niño.’” (p. 11) En los siguientes años, la idea continuó vigente, proponiendo el cambio de nombre a “enfermeras visitadoras”.

Es interesante la cita que Acosta (2001) realiza de un texto de Barrán (1933), quien afirma que entre 1925 y 1930, los médicos desarrollaron la idea de crear un

cuerpo de visitadoras sociales [...] para emprender las modernas luchas profilácticas [que concurrían] a los hogares a vigilar el cumplimiento de las

medidas higiénicas más elementales [y levantar] la ficha social, tan necesaria y tan importante como la ficha médica, contando las deficiencias en materia de vivienda, despistando los contagios, estudiando los factores de miseria y las condiciones de trabajo. [Ellas serían] “encargadas de enseñar cómo se debe hacerse de un modo razonado y apropiado” la distribución del socorro que el Estado daría en medicamentos, abrigos y dinero a las familias de los tubérculos pobres. (p. 11)

El próximo antecedente de la institucionalización de la profesión, fue la creación de un cuerpo de visitadoras escolares, bajo la órbita de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, en 1926. Su accionar se basaba en la prevención, enseñanza y divulgación de aquellos aspectos primordiales para la conservación de la salud tanto individual como social. Respecto a sus funciones, Ortega (2008) sostiene 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'.” (p. 49) Posteriormente, en 1927, se fundó la primera Escuela en la órbita del Instituto de Higiene Experimental, que era parte de la Facultad de Medicina.

Se aclara que visitadoras escolares y visitadoras sociales eran términos utilizados de forma equivalente. Ortega (2008) menciona que, a raíz de una investigación realizada por Bralich (1993), se dejó en evidencia la no existencia de precisión o acuerdo en cuanto al nombre de la profesión. Visitadoras escolares, visitadoras sociales o visitadoras sociales de higiene fueron las formas en las que se había denominado a estas nuevas profesionales por el Consejo de Enseñanza Primaria, la Facultad de Medicina y el Instituto de Higiene, respectivamente. Este detalle permite visualizar el nacimiento abrupto de la profesión, dado que sus funciones y hasta su nombre eran diferentes según el ente que las estuviese nombrando.

Entre los años 1933 y 1934, fueron dos los hechos relevantes para la posterior institucionalización del Servicio Social: la creación del Ministerio de Salud Pública, y la sanción del Código del Niño, respectivamente. En el primero, se anunciaba la creación de una Escuela de Sanidad y Servicio Social:

Créase en el Ministerio de Salud Pública, una Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social. Los aspirantes a cualquier cargo en la Administración Sanitaria deberán presentar certificados de suficiencia, mediante pruebas realizadas en esa escuela. El Ministerio podrá disponer que los funcionarios de su dependencia realicen cursos de revisión y perfeccionamiento. El funcionamiento de la Escuela de Sanidad Pública y Servicio Social no debe importar aumento de ninguna clase en el presupuesto actual. (Art. 41°)

Con cursos de dos años y formación relacionada con la higiene y la salud, dicha Escuela comenzó a funcionar en 1939.

Por su parte, en el Código del Niño se explicitaba el lugar asignado al Servicio Social en ese organismo en el Capítulo XI:

Art 107.- La división del Servicio Social se ocupará: a) De la organización de la Escuela de Servicio Social. (40) b) De la implantación del Servicio Social en todos los organismos que dependan del Consejo del Niño.

Art. 108.- Los Consejo 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.

Art. 109.- El Consejo del Niño podrá nombrar comisiones distritales de vigilancia y propaganda para hacer efectivos los fines del Servicio Social.

Art. 110.- La Escuela del Servicio Social quedará encargada de preparar el personal auxiliar que intervenga en cualquier forma en los distintos aspectos del problema del bienestar infantil.

Ortega (2008) refiere a este momento como clave en cuanto a la "...la institucionalización de mecanismos de inspección y vigilancia constante en la familia." (p. 55) El trabajo técnico del Servicio Social, durante estos años, estuvo fuertemente relacionado con esta perspectiva. La lectura que se realiza de ambos hechos es la ambigüedad con la que se presentan. Ambos comenzaron a brindarle al Servicio Social un campo de acción propio pero se continuaba remarcando el lugar auxiliar de la profesión.

En el año 1937, se creó la Escuela de Servicio Social del Uruguay (ESSU). Esta nueva escuela se encontraba asociada a la Unión Católica Internacional de Servicio Social y, más concretamente, con la Escuela de Servicio Social de la Universidad Católica de Chile, donde se poseía una visión caritativa de la mencionada carrera. A nivel regional, Argentina y Chile también habían transitado procesos sociales que demandaban la existencia de una profesión como el Servicio Social. Sin embargo, la incidencia directa de la Universidad de Chile en la ESSU, se relaciona con los procesos de medicalización que generaron en ambos países. El perfil de estas profesionales estaba fuertemente marcado por la perspectiva cristiana tradicional. Ortega (2008) cita Chiarino, directivo de la ESSU, donde afirmaba que "el Servicio Social es, en suma, una forma moderna de apostolado [...], de cumplir el mandamiento supremo de la caridad." (p. 64)

En el año 1953 la denominación de visitadora social cambió a asistente social, lo que se tradujo en una nueva forma de denominar la carrera: Asistencia Social. En 1957 se creó la Escuela Universitaria de Servicio Social, dentro de la Universidad de la República, que funcionó en simultáneo con la ESSU. Finalmente, en el año 1959, se convirtió en una carrera de cuatro años.



La Oficina Sanitaria Panamericana destacaba la relevancia de la educación sanitaria y por ende, del Servicio Social, afirmando que “su importancia deriva del hecho que tiende a dar al individuo y a las masas, de forma sistemática, permanente y objetiva, un conocimiento preciso del mecanismo íntimo de su vida y de las modalidades favorables y desfavorables de su medio circundante.” (Boletín OSP, 1939, p. 890) Por lo tanto, la familia y su vida cotidiana se consolidaban como un área de acción pertinente para el desarrollo de esta tarea. Desde nuestro país, se dejó constancia frente al organismo internacional del lugar brindado.

Esto se puede observar en un fragmento extraído del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, de setiembre de 1935. Se titula “La Sanidad en el Uruguay” y fue escrito por el entonces ministro de Salud, el Dr. Eduardo Blanco Acevedo. En este, se sostiene que

La Escuela de Sanidad y Servicio Social, instalada en su edificio propio, con un cuerpo de profesores especializados, ha tenido intervención importante en la preparación de los elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios, habiendo pasado por ella integrantes del personal técnico, secundario y auxiliar a los efectos de demostrar capacidad para el desempeño de las funciones que les están adscriptas. (p. 817)

De esta forma, se puede afirmar que el Servicio Social estuvo presente y fue respaldado por la Oficina Sanitaria Panamericana durante sus años de origen y posterior desarrollo .

### **CAPÍTULO III: FAMILIAS, MEDICALIZACIÓN Y SERVICIO SOCIAL**

En el último capítulo, se busca indagar sobre el lugar que era atribuido a las familias en la intervención del Servicio Social. Será posible a través del estudio de los discursos de las profesionales involucradas, que fueron entrevistadas en el marco de la investigación anteriormente mencionada. El acceso a sus vivencias como profesionales y las percepciones que tenían de las familias, será fundamental para comprender cómo era su trabajo con las familias

Por otro lado, se analiza el rol socio-institucional que tenía el Servicio Social en los lugares donde ellas lo desarrollaban.

#### **Lugar de las familias uruguayas en la intervención del Servicio Social: un acercamiento desde el discurso de las profesionales involucradas**

La familia uruguaya se constituyó como un sujeto relevante en la intervención de la profesión en el período considerado, influenciada por los procesos de medicalización de la vida social de los cuales ya se han caracterizado.

El Servicio Social, históricamente, ha percibido a la familia como un campo privilegiado de intervención. Sin embargo, la mirada que ha tenido y, por ende, su forma de intervención, ha sido individual. La familia es tomada como un medio para poder explicar la conducta o problema de sus integrantes; no se la considera como productora y como producto de una sociedad en donde se construye cotidianamente su transformación. (De Jong, 2001)

Pero, ¿qué fue lo que propició este lugar a la familia? Donzelot (2005), plantea una serie de transformaciones, a fines del siglo XIX, en los sentimientos, las costumbres y la vida cotidiana, que llevaron a un cambio de paradigma en la conceptualización de las familias. Estos acontecimientos significaron el incremento de las profesiones e instituciones en el interior de la vida privada de las familias. No es menor mencionar que las familias también

han tenido cambios en su composición y su función social. El surgimiento de las sociedades modernas, el capitalismo y los cambios en la producción y reproducción social se reflejan de forma clara en ellas y en su existencia.

El Estado y los profesionales, sobre todo de la salud, comienzan a intervenir en la vida familiar, desdibujando qué es del ámbito privado y qué es del ámbito público. Antes del proceso de Revolución Industrial, había una fuerte separación entre el trabajo y el refugio del hogar. La consolidación del capitalismo y la sociedad moderna, generaron acciones cruzadas que entrelazan ambos espacios, difuminando los límites entre lo que está bajo el control de la familia o bajo el control del Estado. (Lasch, 1996) A través de las profesiones asistenciales, como el Servicio Social, la sociedad invadió a las familias y se hizo cargo de varias de sus funciones, consolidando derechos privados como públicos. Con este avance, se vio cuestionada la capacidad de las familias para satisfacer sus propias necesidades. Esto genera, que cada vez sea mayor la proliferación de servicios como la educación, la salud y el bienestar. (ibídem, p. 41)

Riveiro (2020) pone en manifiesto la centralidad adquirida por la familia en el trabajo realizado por la profesión, mencionado la relevancia que las ideas panamericanistas tuvieron en esto. Se observa cómo la intervención del siglo XX se basó en conformar y consolidar a la familia, buscando "... procurar la reconstrucción de hogares, cuando era posible, ya sea por el reafianzamiento de la sociedad conyugal o la revinculación de progenitores o parientes con lxs niñxs." (p. 149)

De las entrevistas analizadas, surgieron varios aspectos respecto al lugar que las familias ocupaban en la intervención del Servicio Social. Fueron dos los elementos que se destacan y que se han seleccionado: el trabajo realizado con las madres y la centralidad de la niñez.

Las madres eran consideradas el nexo entre los médicos y la familia, siendo las

principales destinatarias de la labor de las asistentes sociales. Se entendía que a través de ella, el control al resto de la familia se daría de forma directa. Las asistentes sociales realizaban este trabajo concurriendo a las casas o a través de los centros de salud donde se encontraban trabajando.

De los discursos se desprende la responsabilidad de las madres sobre la crianza de sus hijos, así como también de las tareas del hogar, que se buscaba fuese un ambiente propicio para el desarrollo de estos. Una de ellas afirmaba que *“Las madres, la mayoría, no saben criar un hijo. Y nosotros sabemos cómo a la madre hay que orientarla para que este niño que Ud. lo tiene que lavar, que Ud. le tiene que dar de comer, porque algunos ni saben agarrar los chiquilines... Se abarca todo, hay que ir a todo. A los menores detalles de la vida y de las cosas.”* La intervención directa en los hogares, en la cotidianidad, fue una escena que se repitió en el relato de las profesionales, destacando la concurrencia a las zonas periféricas y más pobres del país. La misma profesional destacaba que *“Había lugares que a las mujeres les enseñaban como coser, como hacer comida, como... bueno, mil cosas. Digamos, a nivel personal...”* La conceptualización de la mujer-madre como la responsable de la subsistencia cotidiana, sobre todo de los hijos, ha sido la visión predominante de ese período.

En la misma línea, se planteó la necesidad de generar una constancia en las visitas y controles, *“porque tú si vas un día o medio día, y después no vuelves hasta los quince días, no podés llevar una cosa muy continua. Pero bueno, sería como una orientación. De tipo familiar, para los niños y de salud; las dos cosas.”*, relataba una de las entrevistadas.

Lo mismo sucedía con el trabajo realizado en las policlínicas y los hospitales. En el área médica por excelencia, las asistentes sociales se relacionaban con las madres a través de la educación y los mecanismos de control. Dentro de los temas que se vinculaban con el materno, la lactancia y el cuidado de los recién nacidos fue el predominante. La mortalidad

infantil continuaba siendo un problema para el Uruguay, por lo que se construyeron intervenciones específicas para mitigarlo. Así lo narraba una de las profesionales:

*Eran tres médicos, la nurse y yo. Entonces ahí había todo un apoyo en el hospital de educación a la madre y de inducción a la lactancia, para que tratara de volver a dar de mamar (...) El proyecto tenía la primer visita al mes y la segunda a los dos meses, no me acuerdo. Hacían control las nurses y yo la parte educativa y familiar y demás. Pero teníamos que estar atrás de las madres.*

Riveiro (2020) expone cómo una de las demandas presentadas a las asistentes sociales por parte de las instituciones era educar a las mujeres de los sectores subalternos, perpetuando la idea de la responsabilidad de sus problemas. Se asoció el rol de la mujer con el lugar de los cuidados, entendiendo que “...era la consolidación o fortalecimiento de la familia, basada fundamentalmente en el binomio madre-hijo como pilar de la familia nuclear moderna (occidental). Así se depositaba en las mujeres la figura de 'guardiana del hogar' y se las limitaba a los roles de madre-esposa-ama de casa.” (p. 157)

Como segundo aspecto, fue importante el lugar que se le brindó a la niñez en las intervenciones de las asistentes sociales. Algunas de las entrevistadas trabajaban en hogares de menores o juzgados de familia, generando así una memoria oral del trabajo realizado con niñas y niños. Se tenía una firme idea que estos estarían mejor con sus familias, sea cual sea el grado de parentesco, que en una institución. “*Ese era el gran objetivo de la institución, que los niños no permanecieran allí o que permanecieran allí el menor tiempo posible. Entonces, como asistente social, lo que buscábamos era explorar en la red familiar de cada niño qué alternativas de retornar a su hogar había.*” La familia era concebida como el lugar óptimo de pertenencia que todos los menores de edad podían tener, dado que era entendida como el lugar natural para el desarrollo de los niños.

Es importante mencionar que, si bien existía una idea predominante del retorno con la familia, las asistentes sociales eran muy críticas con su labor. *“Los problemas no eran con los niños, eran con las familias y con todo el entorno. (...) Hacíamos visitas domiciliarias, primero para conocer la situación. Segundo, conocida la situación, para promover vínculos con los niños. Y después, para tratar de mejorar el cambio de situación para que pueda realmente el niño integrarse paulatinamente.”* En la intervención, la centralidad la tenía la figura de los niños y niñas, que fueron consagrados como preferentes en la protección del Estado, como se pudo ver anteriormente con el Código del Niño.

El derecho a la identidad fue otra de las banderas que levantaron las asistentes sociales en la centralidad de la niñez. Si bien esto se vinculaba con un hecho moral, como era la regulación de los matrimonios o las filiaciones ilegítimas que traía consigo una disminución de ciertos derechos, la búsqueda del registro de los niños y niñas poseía un valor imprescindible en el accionar profesional. La regularización de estas situaciones, muchas veces, generaba conflictos a la interna de las familias, dado que, algunas veces, los niños y niñas eran hijos de distintos padres.

Se puede concluir que el lugar de las familias era central en la intervención de las asistentes sociales de esta época. Se entendía a la familia como el núcleo básico de la sociedad, y su abordaje permitiría mitigar o anular aquellos problemas que impedían el correcto desarrollo de los individuos. La centralidad de la figura de la mujer-madre, tanto para los médicos y las enfermeras como para las asistentes sociales, es determinante en la manera que se trabajaba con el resto de la familia.

No obstante, se cree importante rescatar un comentario de una de las entrevistadas, donde reivindicaba también el lugar de la mujer fuera del hogar: *“Este cambio de rol que la mujer tuvo dentro de esa familia, donde no aportaba ingresos y pasó a ser una persona con otro peso y con otra incidencia. Eso fue muy lindo la incidencia del trabajo de la mujer.”* Así,

se deja entrever una nueva manera de poder trabajar y conceptualizar a la madre de familia, siendo, en primer lugar, una mujer con derechos y deberes propios.

### **El rol socio-institucional de las asistentes sociales**

El Servicio Social surgió como una profesión feminizada: socialmente, que una mujer desempeñara esta labor de control e instrucción era considerado lo más idóneo. Grassi (1989) presenta dos términos para comprender esta “función objetiva” del Servicio Social y, específicamente, de la masiva intervención de mujeres en esta profesión: control social y vida cotidiana. Ella entiende el control social como las formas directas de vigilancia sobre la vida de los pobres, a través de las actividades de asistencia y benéficas. De esta forma, se lleva a cabo el “disciplinamiento” de la vida social y también se legitiman las relaciones de poder dominante, desde donde interviene el Servicio Social.

Por otra parte, la vida cotidiana es entendida como la forma en que cada persona organiza su entorno, vive y entiende lo social desde una perspectiva particular. Concretamente, el rol de la mujer en la vida cotidiana está atravesado por una mirada de sensibilidad asociada a la maternidad y el cuidado. Esta misma sensibilidad se agota en el ámbito del hogar, dejando por fuera la “sensibilidad social”, vinculado a la política y los proyectos de poder que pretenden modificar las condiciones de injusticia. La autora sostiene que estas son algunas de las razones que justifican la inclinación de las mujeres “...hacia aquellas disciplinas afines con características tales como la protección, el afecto, etc. Si para ser asistente social se requiere básicamente poder establecer comunicación afectiva con los demás y ser sensible a sus problemas cotidianos, y son mayormente mujeres las entrenadas en tales lides, es lógico que esta profesión sea ejercida mayormente por ellas.” (p. 36)

Esta idea sobre las mujeres y el cuidado, construida por el patriarcado hegemónico y dominante, posicionó a las asistentes sociales con “una cercanía particular en sus funciones y

significados en relación con aquellos ámbitos ligados a la protección social, a la ayuda y al cuidado de la ciudadanía” (Lorente, 2004, p. 46 en Duarte, 2013, p. 256). Por su parte, el Estado se permitió desvincularse de las funciones relacionadas con los cuidados, que fueron inicialmente su responsabilidad, pauperizando así la intervención estatal en la cuestión social. (Duarte, 2003, p. 256)

La feminización de la profesión incidió directamente con el lugar que los médicos, con una estructura de poder marcada, le asignaron a esta nueva profesión auxiliar. En el discurso de las entrevistadas se puede observar con claridad cómo su rol socio-institucional no era claro. Se deja entrever cómo las asistentes sociales eran agentes que tenían que apropiarse del objeto de la institución donde trabajan.

La mayoría de las entrevistadas realizaron sus prácticas profesionales o desarrollaron su labor en policlínicas, hospitales o centros relacionados con la salud. Se las consideraba parte del personal auxiliar, como las enfermeras o las nurses. Era un hecho común que las confundieran con las visitadoras sociales o, incluso, con enfermeras, siendo sumamente difícil el poder definir su campo de acción.

Respecto al lugar que ellas poseían en la institución, se puede afirmar que dependía de quién estuviese a cargo. *“Era muy común que donde tú fueras, tenías que hacer lo que te dijeran. Tú no podías decir 'esto no es de la profesión'. Tú tenías que hacer lo que la institución te decía que tenías que hacer. Es decir, era todo una lucha.”* Una de las entrevistadas sostenía que fue sumamente difícil poder hacer entender a qué se dedicaba una asistente social, cuál era su cometido dentro del establecimiento donde les tocara estar.

Es más, se manifiesta que a las propias egresadas les era complejo poder demarcar un espacio definido en la institución, dado que se desdibujaba cuando tenían que ejercer. Una de ellas, que trabajaba en un hospital, señalaba que *“salías de una formación donde salías que podías hacer montones de cosas, pero en la realidad te encontrabas con una situación muy diferente,*



*donde tú tenías que empezar a movilizarte para encontrar tu lugarcito. Y eso era lo más difícil de todo. No tanto ser buena como asistente social, sino encontrar el lugarcito de asistente social.”*

Sin duda, lo que más se destaca a lo largo de las entrevistas a las que se accedió, es la complejidad que significaba trabajar con los médicos, *“porque, no solo que no entendían nada ni querían entender, que es lo peor, porque yo puedo no entender y digo 'por favor, explicame', pero no. Ahí los médicos eran los dueños de la cancha totales, con mucha soberbia. El Servicio Social eran los 'lustrabotas'.”* La supremacía del poder médico, en un área donde ellos eran la clase subordinante y las asistentes sociales las subordinadas, fue complejo poder llevar a cabo la labor. Una de ellas mencionaba que al Servicio Social se le llevaba la contra, siendo menospreciadas, como *“una profesión de categoría para abajo”*.

Para concluir, se puede ratificar que el lugar socio-institucional atribuido al Servicio Social entre los años 1930 y 1960, fue de carácter subordinado. El no reconocimiento de su accionar dentro de los servicios de salud, hizo que su labor no tuviese un campo de acción delimitado y, generalmente, abarcasen áreas que no les correspondían. Claro está la incidencia del poder médico, que continuaba siendo respaldado por el Estado y los organismos internacionales a través de sus decretos y acuerdos. Mientras tanto las profesionales *“Tratábamos de darle otro sentido a la profesión al que nos creían querer hacer que era.”*

## REFLEXIONES FINALES

La realización de esta Monografía surgió de la interrogante respecto al lugar que ocupaban las familias uruguayas en la intervención de las asistentes sociales, entre los años 1930 y 1960. En esta misma línea, se buscó estudiar el papel que las instituciones de salud y los organismos internacionales le asignaban a esta nueva profesión. Luego del desarrollo de este documento, son tres las grandes consideraciones que se harán.

Como primer punto, el realizar una reconstrucción socio histórica de la realidad del Uruguay, fue un lugar de inicio fundamental para entender los procesos posteriores y su incidencia en lo que se intentaba indagar. Nuestro país ha sido, históricamente, un pionero a nivel latinoamericano en cuanto a la consolidación de los derechos y ampliación de servicios a la población. El acceso a la salud, como un bien preciado para quienes gobernaban, fue un reflejo fiel de esto. El proceso de medicalización de la vida social uruguaya se convirtió en parte de la agenda política del país, dejando de ser un asunto exclusivo de la medicina.

El impacto del poder médico y su proyección sostenida en el tiempo, es un proceso social de larga duración que abarca las relaciones con otros profesionales, con los usuarios del sistema de salud y con la sociedad toda. El respaldo del Estado y de los partidos políticos, así como el acceso a puestos de poder, generó que su visión y accionar fuesen casi indiscutibles en el período considerado.

En segundo lugar, se encuentra el lugar de la Oficina Sanitaria Panamericana. La búsqueda de los boletines informativos así como de la historia de dicho organismo internacional, resultó sumamente relevante a los fines del presente estudio. Los documentos relevados poseen información considerable, que por cuestiones de espacio, no pudieron ser desarrollados. Sin dudas, se resalta el vínculo que la Oficina Sanitaria Panamericana y Uruguay mantenían. La incidencia que el primero tuvo en la medicalización de la vida social y, por consecuencia, en el origen y posterior desarrollo del Servicio Social.

Por último, se considera de suma importancia resaltar el acceso a las entrevistas realizadas a asistentes sociales que estudiaban o trabajaban durante los años mencionados. El poder contar con sus testimonios y conocimientos, permitió acercarse a la historia del origen de la profesión de primera mano. Al tratarse de diversas experiencias, es sumamente interesante ver cómo comenzó a desenvolverse la profesión en las distintas áreas donde ellas estuvieron presentes. El valor de la narrativa y del acervo oral, ha sido un aporte fundamental para quien escribe esto. Entender los procesos de formación, capacitación y prácticas, permitió un acercamiento óptimo al origen de esta carrera.

Personalmente, destaco la labor realizada por todas ellas y la firmeza para defender una profesión que estaba naciendo. Gracias a mujeres como las entrevistadas, el Trabajo Social ha hecho camino en el área de la salud, aportando una mirada integral y respetuosa de las personas con las que se trabaja. A casi diez años de realizadas las entrevistas y cerca de setenta años de los hechos narrados, muchas de sus reflexiones siguen vigentes y son parte de la génesis del Trabajo Social actual. De esta forma, reivindicar los lugares que la profesión ocupa en el área de la salud, será una lucha para continuar.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, L. (2001) *Consideraciones generales sobre la historia del Servicio Social. Temas de Trabajo Social. Debates, desafíos y perspectivas de la profesión en la complejidad contemporánea*. Facultad de Ciencia Sociales, Departamento de Trabajo Social: Montevideo, Uruguay.
- Acosta, L. (2004) *La perspectiva histórico-crítica en el Servicio Social y la tesis del origen “espúreo” de la profesión de asistente social*. Revista Regional de Trabajo Social: el Trabajo Social y los cambios en la región. Año XVIII. Nº 32. Editorial Eppal Ltda.
- Acosta, L. (2001) *La mediación del 'higienismo' en la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Disponible en: <https://www.adasu.org/prod/1/486/Luis.Acosta..pdf>
- Barrán, J.P. (2017) *Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura “bárbara”, el disciplinamiento*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay.
- Barrán, J.P. y Nahum, B. (1981) *A la búsqueda de una definición del reformismo*.
- Batthyány, K. y Cabrera M. (2011) *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. FCS-UDELAR, Montevideo.
- Bouret, D. y Remendi, G. (2009) *Escenas de la vida cotidiana. El nacimiento de la sociedad de masas (1910-1930)*. Ediciones de la Banda Oriental S.R.L. Montevideo, Uruguay.
- Brin, A. Pollero, R. y Cabella, W. (2003) *No se debe llorar sobre leche derramada: pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940*.
- Caetano, G. (2016) *Historia Contemporánea del Uruguay (1808-2010)* Tomo II y III. Editorial Planeta S.A. Montevideo, Uruguay.
- Caetano, G. y Rilla, J. (2005) *Historia contemporánea del Uruguay. De la Colonia al siglo XXI*. Editorial Fin de Siglo. ClaeH. Montevideo, Uruguay.

- De Jong, E. (2001) *Trabajo Social, familia e intervención*. Capítulo I. La familia en los albores del nuevo milenio. Buenos Aires: Espacio.
- D'Elía,, G. (1982) *El Uruguay Neobatllista, 1946-1958*. Ediciones de la Banda Oriental. Temas del siglo XX. Montevideo, Uruguay.
- Donzelot, J. (2005) *La policía de las familias*. Capítulos I, II, III y IV.
- Duarte, M. (2013) *Procesos de construcción del Trabajo Social en Chile*. De historia, feminización, feminismos y ciencias sociales. Disponible en: [http://190.15.17.25/eleuthera/downloads/Elleuthera8\\_15.pdf](http://190.15.17.25/eleuthera/downloads/Elleuthera8_15.pdf)
- Figueliras, C. y Filgueiras, F. (1994) *El largo adiós al país modelo Políticas sociales y pobreza en el Uruguay*. Editorial ARCA S.R.L. Montevideo, Uruguay.
- Filgueiras, F. y Kaztman, R. (2001) *Panorama de la infancia y la familia en Uruguay*. Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES) de la Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación Universidad Católica del Uruguay. Disponible en: <https://ucu.edu.uy/sites/default/files/libros/pdf/infancia.pdf>
- Foucault, M. (1974) *Historia de la medicalización*. Educación médica y salud. Volumen 11. N° 1. Disponible en: <https://terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>
- Geymonat, R. (2005) *Secularización y privatización de lo religioso en Uruguay (1860-1920)* Disponible en: <https://cdsa.aacademica.org/000-006/309.pdf>
- Grassi, E. (1989) *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Editorial HVMANITAS, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000009.pdf>

- Greising, C. (2000) *Conflictos y tensiones en el debate por la educación durante el Centenario (1910-1914)*. Medio siglo de historia uruguaya 1960-2010. Montevideo, Banda Oriental.
- Kruse, H. (1970) *Nuevo enfoque del Servicio Social Familiar. La familia en una sociedad de crecimiento acelerado*. Seminario Nacional de Servicio Social. San José, Costa Rica.
- Lasch, C. (1996) *Refugio en un mundo despiadado*. Gedisa, Barcelona. Capítulos: Introducción, 1, 2, 5 y 6.
- Leopold, S. (2002) *Tratos y destratos: políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934-1973)*. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp-content/uploads/2013/12/Tratados-y-Destratos.pdf>
- Mitjavila, M. (2016) *Sobre o papel da autoridade cultural da profissão médica nos processos de medicalização da vida*.
- Mitjavila, M. (1998) *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo No 33. Montevideo: UDELAR. FCS. Departamento de Sociología.
- Mitjavila, M. y Ortega, E. (2005) *El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica*. Revista Katálysis. Volumen 8. Número 2. Editora da UFSC. Florianópolis. 211-224.
- Ortega, E. (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Universidad Federal de Río de Janeiro, Escuela de Servicio Social, Maestría en Servicio Social, Montevideo. Ediciones Trilce.
- Paredes, M. y Varela, C. (2005) *Aproximación sociodemográfica al comportamiento reproductivo y familiar en el Uruguay*. Unidad Multidisciplinaria. Programa de

Población Facultad de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo N° 67. Disponible en:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4631/1/DT%20MULTI%2067.pdf>

- Pellegrino, A. (2003) *Uruguay: cien años de transición demográfica*. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-7599201300010007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-7599201300010007)
- Riveiro, L. (2020) *La centralidad de “la familia” y la inferencia del panamericanismo en la historia del Trabajo Social*. Trabajo social con familias: Dilemas teórico-metodológicos, éticos y tecno-operativos, De Martino, M. Montevideo, Uruguay. Disponible en: [https://issuu.com/institutointeramericanodelninolanin/docs/trabajo\\_social\\_con\\_familias\\_20\\_11\\_2020](https://issuu.com/institutointeramericanodelninolanin/docs/trabajo_social_con_familias_20_11_2020)
- Turnes, A. (2002) *Los 100 años de la Organización Panamericana de la Salud y Uruguay*. Sociedad Uruguaya Historia de la Medicina. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/cartelera/100ops/ops100histmed.pdf>

#### FUENTES DOCUMENTALES

- Boletines de la Oficina Sanitaria Panamericana, entre 1927 y 1955. Disponibles en: <https://iris.paho.org/>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1928). *La Mortalidad Infantil en Uruguay*. Morquio, L. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/13616/v7n12p1466.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1931). *La sanidad y la asistencia pública en el Uruguay*. Consejo Nacional de Administración. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10590/v10n8p964.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1932) *La sanidad y la asistencia pública en el Uruguay*. Consejo Nacional de Administración. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10424/v11n6p571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1932) *Anteproyecto de una ley de sanidad*. Long, J., Comisionado Viajero de la Oficina Sanitaria Panamericana. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10400/v11n8p800.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1935) *La sanidad en el Uruguay*. Blanco Acevedo, E. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18245/v14n9p817.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1941) *La sanidad en el Uruguay*. Mussio, J. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/13431/v20n9p889.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1941) *La sanidad en el Uruguay: 1900-1941*. Schiaffino, R. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/13010/v20n12p1258.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1943) *La sanidad en el Uruguay*.  
Mussio, J. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11540/v22n5p394.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1945) *La sanidad en el Uruguay*.  
Fabini, C. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/11540/v22n5p394.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1948) *La sanidad en el Uruguay*.  
Asamblea General. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14286/v27n6p520.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1951) *Vacunación antituberculosa con BCG en el Uruguay*. Gómez, F. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14692/v34n2p127.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1955) *La Educación Sanitaria en el Uruguay*. Saralegui, J. Disponible en:  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14384/v38n1p1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Código del Niño, 1934. Disponible en:  
[https://biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/4166/ur\\_cod\\_nino.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://biblioteca.cejamericas.org/bitstream/handle/2015/4166/ur_cod_nino.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Entrevistas realizadas por la Dra. Elizabeth Ortega, durante los años 2001 y 2002, a asistentes sociales que estudiaron o desempeñaron el Servicio Social en el área de la

salud entre los años 1940 y 1960, para la realización de su Máster en Servicio Social.

Archivos de audio proporcionados por ella.

- Informe del delegado del Uruguay (1938) X Conferencia Sanitaria Panamericana, Bogotá. González, J. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28638/CSP10\\_3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28638/CSP10_3.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ordenanza de Creación del Ministerio de Salud Pública, ley N° 9202 del 12 de enero de 1934. Disponible en: [http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Uruguay/UY\\_Ley\\_Ministerio\\_Salud.pdf](http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Uruguay/UY_Ley_Ministerio_Salud.pdf)