



VI Jornadas de Investigación Científica
"15 años de la Facultad de Ciencias Sociales"

11 y 12 de setiembre de 2007
URUGUAY

La configuración del espacio de las intervenciones posibles del Servicio Social en el campo médico sanitario.

Rupturas y continuidades en el Uruguay del siglo XX

Elizabeth Ortega

**La configuración del espacio de las intervenciones posibles
del Servicio Social en el campo médico sanitario
*Rupturas y continuidades en el Uruguay del siglo XX***

Prof. Elizabeth Ortega, 2007

Introducción

El presente trabajo pretende rastrear ciertas dimensiones del proceso de profesionalización del Servicio Social¹ durante el siglo XX en Uruguay, en el entendido de que la indagación acerca del papel de las profesiones en las sociedades modernas constituye un camino posible para analizar las complejas relaciones sociales que se construyen en ellas.

El papel atribuido a las profesiones² en los procesos de producción y reproducción de la vida social es uno de los soportes más fuertes del interés que despierta su estudio, especialmente de aquellas que ocupan lugares de encuentro o colisión de intereses y tensiones que hacen a las instituciones que intervienen en la organización de la vida en sociedad.

Se entiende que los indicios de cómo se organizan los discursos y las prácticas en los momentos de la primera institucionalización de las profesiones son transportados en el tiempo y configuran, en sus trazos generales, tanto los espacios de intervención como las posibles prácticas y discursos del presente.

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio que pretende indagar, desde una perspectiva genealógica, cómo fue posible que se construyeran formas de categorizar a las personas y los problemas sociales que permitieran o que habilitaran la intervención desde el Servicio Social como profesión en Uruguay.³

En las últimas décadas del siglo XX y lo que va del XXI la intervención del Servicio Social ha estado asociada a un tipo de categorización que ha permeado aspectos cada vez más amplios de la vida de las personas: la cuestión del riesgo. La apelación al discurso del riesgo en el Servicio Social en el campo médico sanitario es un recurso que ha sido adoptado como ha sucedido, también, con otras categorías y conceptos, en forma acrítica. La categorización de alguna situación como de “riesgo social”, aunque carezca de una definición estandarizada o siga algún criterio común de identificación, desencadena una serie de intervenciones desde el Servicio Social que han permitido establecer nuevas modalidades de detección sistemática y de vigilancia, especialmente de las familias pobres, catalogadas como “familias de riesgo”, o más ampliamente como “en situaciones de riesgo”.

A través del diálogo de diferentes autores, en este trabajo se intentará dar respuesta a la pregunta de cómo fue posible que se construyeran ciertas formas de categorizar a las personas, o a

¹ Se utilizará la denominación Servicio Social ya que es la que corresponde al período histórico estudiado.

² Se toma como sustento teórico fundamental los estudios que FREIDSON, E (1978, 1998) realizara en especial sobre la profesión médica y sus aportes a la sociología de las profesiones. Un aspecto considerado central es el análisis de la construcción de la autonomía profesional.

³ Se hace referencia a la investigación en desarrollo en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales – mención Trabajo Social. FCS – UDELAR. Orientadora: prof. Dra. Myriam Mitjavila.

las situaciones sociales, que permitieron o habilitaron socialmente las intervenciones que desde el Servicio Social se produjeron en forma amplia y persistente, especialmente dirigidas a las “familias pobres” en el período anterior a aquel en el cual todos los discursos y prácticas pasan a ser estructurados en torno a la cuestión del riesgo.⁴

En ese mismo sentido se tomarán los aportes de Hacking (2005, 2006), cuando desarrolla el concepto de “*façonner des gens*” en la medida que destaca que existe una interacción dinámica entre las clasificaciones desarrolladas por las ciencias sociales y los individuos o los comportamientos que son clasificados. Este autor plantea que existen grupos humanos que fueron construidos por las atribuciones que a ellos fueron dirigidas: cada vez que se caracterizan personas, se construyen personas.

En una primera parte, se analizarán ciertas cuestiones centrales que tienen que ver con la estructuración de sistemas de categorización de las personas y de los problemas sociales en términos de normalidad. En una segunda parte se profundizará, en grandes trazos, debido a las características del presente trabajo, en las rupturas y continuidades que desde ese punto de vista es posible delinear en el Servicio Social vinculado al campo médico sanitario en Uruguay en el período que se estudia.

Las formas de categorizar predominantes en el campo médico sanitario:

lo normal, lo natural, lo frecuente

La bibliografía consultada sobre el tema del proceso de institucionalización del Servicio Social en Uruguay (GERPE et al, 1980; KRUSE, 1987; BRALICH, 1993; ACOSTA, 1997; ORTEGA, 2003) coincide en afirmar una asociación genética con el proceso de medicalización de la sociedad.⁵

Se sostiene que las acciones del Servicio Social se producen ligadas al imaginario de lograr un nivel de normalidad perdido (o nunca alcanzado) en las situaciones en las que es llamado a intervenir. Sus prácticas son prácticas ligadas a dos vertientes fuertemente fundantes de la profesión, con diferentes énfasis en los distintos países de América Latina: la medicina (categorización salud/enfermedad; normal/patológico) y la religión (categorización pecado/virtud)⁶ que se tradujeron, en especial desde los inicios del siglo XX, en ingentes esfuerzos desplegados para normalizar a la población. En el presente texto sólo se abordará lo que tiene que ver con el proceso de medicalización, por entender que fue el que tuvo una influencia prevalente en Uruguay, y que tuvo dos

⁴ Por tanto en este trabajo el período en estudio abarca desde principios del siglo XX e incluye a la que Castel (2003: 41) denomina como “sociedad salarial”, que “no es solamente una sociedad en la que el salario es ampliamente mayoritario (...). Es, sobre todo, una sociedad en la que el conjunto de la población -comprendidos los no activos- se beneficia de las protecciones que habían sido progresivamente asignadas al asalariado”. También afirma que la sociedad salarial se consolida en Europa en el período comprendido entre el fin de la II Guerra Mundial y los años 70, momento en que se inicia el derrumbe de las protecciones.

⁵ Autores que fueron consultados respecto del tema de la medicalización de la vida social en el sentido de la ampliación de los dominios en los que la medicina pasa a intervenir y que en el pasado exhibían un grado mayor de exterioridad respecto de su ingerencia: MITJAVILA, M, 1998; PORTILLO, J, 1993.

⁶ Se toma como referencia el texto de Manrique Castro, M (1982).

expresiones fundamentales: el higienismo de principios y el preventivismo de mediados del siglo XX (ORTEGA, E; MITJAVILA, M, 2005).

En ese contexto se entiende que se hizo socialmente necesario que se construyeran categorizaciones⁷ que permitieran habilitar las intervenciones del Servicio Social, y distinguirlas de las propias de la medicina, de otras profesiones ligadas al campo y de las diferentes instancias surgidas de espacios asociados a la filantropía y a la caridad (KRUSE, 1987, 1994).

Respecto de la construcción de categorizaciones, Castiel (1999: 128) plantea que ella se refiere “a un modo de ordenar el mundo con la finalidad de permitir la cognoscibilidad y la posibilidad de intervención sobre él”.

Todas las culturas poseen sistemas de clasificación, principios clasificadores que habilitan ciertos tipos de intervenciones. Foucault (1990: 14) plantea en ese sentido que:

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

Las instituciones modernas han consagrado como más legítimos los saberes científico técnicos como fundamentos para desarrollar el arbitraje social y la intervención de alguna categoría profesional, pero cuando se profundiza en la consideración de esos fundamentos se puede llegar a reconocer que muchos de los criterios de clasificación son morales, o por lo menos, *también* son morales.

El Servicio Social recibió la influencia de aquellas corrientes predominantes en el campo médico sanitario que estaban asentadas en concepciones funcionalistas prevaletes y que sostenían una relación dicotómica y antagónica entre salud / enfermedad y normal / patológico asociando los términos correspondientes a cada categoría.

En ese sentido Foucault (2004: 62) sostiene que a partir de la constitución de la que él denomina mirada clínica: “Cuando se hable de vida de los grupos y de las sociedades, de la vida, de la raza, o incluso de la ‘vida psicológica’, no se pensará en principio en la estructura interna del *ser organizado*, sino en la *bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico*”.

Autores como Canguilhem (1971) aportan una mirada que complejiza el abordaje del tema, destacando la forma como el concepto de normalidad transporta dos sentidos: la frecuencia estadística y el sentido de valor que torna la salud en un deber ser; de esta forma se instala la

⁷ Castiel (1999: 128) hace referencia a la propia ambigüedad del término categorizar, que puede referirse a una “cualidad atribuida a un objeto, atributo”, como al proceso resultante de la elección de tal o cual categoría (cualidad del objeto) para producir una categoría (agregado de objetos, vinculados por determinada/s particularidad/es que opera/n como elemento de identidad del conjunto). También asocia el concepto con el de causación, y sostiene que los procesos de categorización son encarnados en los seres categorizadores.

necesidad de discriminar la normalidad de los desvíos.⁸ Así el concepto de salud y, asociado a él, el de normalidad tienden a confundirse con el concepto de frecuencia (artificio que se usa para definir lo normal).

Es posible ubicar en los discursos del Servicio Social ambos sentidos utilizados arbitrariamente: normal como lo más frecuente y normal como valor, constituyéndose lo anormal con parámetros también valorativos (como lo no deseable).

Sin embargo, para Canguilhem, el organismo es interacción del cuerpo y su medio: varía, se altera, se define en función de ese medio. Sostiene que no existe contradicción entre salud y enfermedad, al contrario, existen infinitas variaciones que no pueden ser consideradas patológicas o con un valor negativo. La asociación salud y normalidad sustenta la definición más usada por los profesionales del campo de la salud.

Sin embargo, Canguilhem (1971: 86) plantea que “la salud es la vida en el silencio de los órganos y, por consiguiente, que lo normal biológico sólo es revelado (...) por las infracciones a la norma, y que sólo hay conciencia concreta o científica de la vida por obra de la enfermedad”. Las constantes funcionales varían en función de los desafíos que el medio impone al organismo. La cuestión de lo saludable es cómo ese organismo responde a esas demandas.

Cuando el concepto de salud aparece vinculado a la normalidad se está hablando de frecuencia, de constantes funcionales, correlaciones, parámetros probabilísticas de referencia y del desvío de los parámetros de referencia.

El hecho de establecer los criterios de normalidad en base a un valor promedio, trae consigo el problema, según Canguilhem (1971: 115), de “saber dentro de qué oscilaciones alrededor de un valor promedio, puramente teórico, se considerará a los individuos como normales.” (...) “porque la estadística no proporciona ningún instrumento que permita decidir si el desvío es normal o anormal”.

Canguilhem (1971: 149,150), sostiene la separación de los conceptos salud y normalidad y cuestiona la identificación de lo normal con salud y de lo anormal con la enfermedad destacando que la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa ya que no existe un hecho normal o patológico que pueda definirse en sí mismo:

“Estar sano y ser normal no son cosas totalmente equivalentes, porque lo patológico es una especie de normalidad. Estar sano no es sólo ser normal en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas”.

La calificación de un hecho como normal o patológico se puede afirmar que constituye una imputación, una atribución, no se trata de propiedades de las cosas mismas. El único que puede

⁸ Canguilhem (1971: 91) aporta su punto de vista acerca de los dos sentidos que transporta: “es normal aquello que es tal como debe ser; es normal, en el sentido más usual de la palabra, aquello que se vuelve a encontrar en la mayoría de los casos de una especie determinada, o aquello que constituye ya sea el promedio, ya sea el módulo de un carácter mensurable. En la discusión de estos sentidos se hace notar cuán equívoco es este

definir la enfermedad es el enfermo y ello sucede cuando tiene algún sufrimiento, ya que las categorías salud y enfermedad son subjetivas.

Por otro lado, Canguilhem (1971: 138) aporta su punto de vista crítico a los análisis sobre las fronteras rígidas entre lo normal y lo patológico distinguiendo las dimensiones que el fenómeno asume en las esferas de lo individual y de lo colectivo:

“lo normal no tiene la rigidez de un hecho de obligación colectiva sino la flexibilidad de una norma que se transforma en su relación con condiciones individuales, es evidente que la frontera entre lo normal y lo patológico se hace imprecisa. (...) La frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente. Aquello que es normal –por ser normativo en condiciones dadas– puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo. El individuo es el juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone”.

Canguilhem (1971: 141) entiende la enfermedad como “conmoción”, y que su propia definición requiere “como punto de partida la noción de ser individual”. No le atribuye un sentido negativo sino que la define como “una experiencia de innovación positiva del ser vivo y ya no sólo un hecho de disminución o de multiplicación. (...) una nueva dimensión de la vida.” También cuestiona la adjudicación al estado patológico de la atribución de la ausencia de toda norma, “ya que la enfermedad es aun una norma de vida (...) que es incapaz de transformarse en otra norma”.

En ese mismo sentido Czeresnia (2006: 49) apunta que:

“El concepto de enfermedad se constituyó a partir de una reducción del cuerpo humano, ideado a partir de las constantes morfológicas y funcionales que se definen por mediación de ciencias como la anatomía y la fisiología. La ‘enfermedad’ es concebida como si estuviera dotada de existencia propia, externa y anterior a las alteraciones concretas del cuerpo de los enfermos.”

También plantea una perspectiva novedosa en su definición de salud como “margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio ambiente” y que “estar en buen estado de salud significa poder enfermarse y restablecerse” (Canguilhem, 1971: 150, 151).

Tomando como fundamento la dicotomía entre lo normal y lo patológico, durante el siglo XX se consolida la medicina como espacio instituido e instituyente de relaciones sociales más amplias que no tienen que ver directamente o solamente con la enfermedad y con la demanda de su cura. La justificación de la intervención del saber médico no se encuentra ya en la existencia de una enfermedad, sino en la *posibilidad* de su existencia.

El hecho de que la concepción predominante haya sido justamente la que estableció relaciones dicotómicas y con fronteras estáticas entre salud y enfermedad y lo normal y lo patológico, permeó no sólo a la medicina sino también a los discursos y las prácticas de las profesiones subordinadas en el campo médico sanitario, como el Servicio Social.

término que al mismo tiempo designa un hecho y un valor que el que habla atribuye a ese hecho, en virtud de un juicio de apreciación que asume”.

Lo normal y lo patológico como fundamento predominante de las categorizaciones del Servicio Social en el campo médico sanitario

La dicotomía normal / patológico que permeó al Servicio Social en la categorización tanto de las personas cuanto de los problemas sociales, establecida en los orígenes de la profesión llevó a que, en un primer período, identificado con las primeras décadas del siglo XX, cuando se produce en Uruguay la creación de la primera institución pública de formación de visitadoras sociales,⁹ no haya sido posible, en forma predominante, construir formas de categorización de las situaciones en las que se debía intervenir que cayeran fuera de las utilizadas por la medicina y con las características anteriormente explicitadas. Dado el grado de subalternidad del Servicio Social respecto de la medicina en ese período histórico, las prácticas y discursos de las visitadoras tenían que ver con que la acción sanadora del médico tuviera lugar. El determinismo biológico de inicios del siglo XX insistía en el carácter orgánico y hereditario de los comportamientos considerados socialmente indeseados.

El modelo higienista se construyó en Uruguay desde fines del siglo XIX y abarca las primeras décadas del siglo XX. En ese período histórico, en el que coincide la tardía consolidación de la legitimación del Estado, con la extensión de una serie de derechos sociales fundamentales,¹⁰ la afluencia a las ciudades de la población expulsada del campo, fundamentalmente hacia Montevideo, así como la llegada masiva de inmigrantes, pueden ser considerados como fenómenos sociales propicios para la generación incipiente de ámbitos de intervención en lo social que tuvieran como objetivo la adaptación de esta población a las pautas burguesas urbanas de convivencia social, en especial en lo que tiene que ver con la proletarianización de la población, siendo agentes principales para esa tarea los del campo de la educación y de la salud.

El proceso de medicalización de la sociedad uruguaya de comienzos del siglo XX asistió a la importación de los nuevos modelos etiológicos de naturaleza exógena que, siendo fruto inmediato del desarrollo de la bacteriología, fomentaron la atribución de un importante papel al medio como causa de las condiciones sanitarias de la población.

Debe considerarse que los registros escritos de ese período en el campo del Servicio Social, proceden, en su mayoría, de agentes que no pertenecen a la profesión, sino que están asociados a las instancias institucionalmente responsables (políticas, sanitarias y jurídicas) por la creación del campo profesional.

⁹ La primera escuela que formó visitadoras sociales de higiene se fundó en 1927 en la órbita del Instituto de Higiene Experimental dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

¹⁰ Las primeras formas de legislación social y laboral antecedieron a la universalización del sufragio y a la consolidación de la democracia electoral en Uruguay. Es necesario destacar, a su vez, el papel fundamental de los partidos políticos en ese proceso que ha llevado a algunos autores (Castellanos, 1995) a hablar del caso uruguayo como de "Bienestar de partidos".

El tema de la salud y la enfermedad, lo normal y lo patológico fijaba la naturaleza de la intervención. En ese mismo sentido Verdex Leroux (1986:31) reflexionaba, en términos bourdieanos para el caso francés:

“La tutela médica define las referencias intelectuales al cuadro de la formación y los modos de operación: (...) las intervenciones, analizadas en términos de diagnóstico, seguido de tratamiento. Esa tutela es perceptible en las formulaciones, ya que el empleo de un vocabulario científico permite por medio de un dislocamiento de registro, la introducción de nociones de higiene social y de patología social (...) esto refuerza una de las características del habitus de los agentes: el autoritarismo del modo de intervención. (...) esa preponderancia del cuerpo médico explica el mutismo de las visitadoras: los médicos hablan por ellas y determinan sus tareas”.

Es posible tomar los aportes de Hacking (2005, 2006) para analizar ciertos aspectos del análisis que tienen que ver con desentrañar la interacción entre las clasificaciones científicas y las personas que son clasificadas. Propone que todo proceso de, como él lo denomina, “*façonner les gens*” puede ser descrito en el seno de un cuadro de análisis con cuatro elementos: la clasificación y sus criterios de aplicación; las gentes y sus comportamientos que son clasificados; las instituciones; el conocimiento de los expertos y el conocimiento popular.

La idea de *façonner les gens* desde Hacking: “es de hecho un intento por expresar en francés no ‘hacer gente’ (*making people*) sino ‘inventar/construir gente’ (*making up people*).” “Por encima de todo me interesa i) cómo nuevas clasificaciones de personas crean nuevas posibilidades de elección y acción, de quién o qué es uno y qué puede uno hacer; ii) lo que las nuevas clasificaciones les hacen a las personas clasificadas, y cómo cambian por ser así clasificadas; iii) cómo esos mismos cambios en las personas cambian nuestras teorías de las clasificaciones. Esto es lo que yo llamo un efecto de bucle.”¹¹

Cabe aclarar que se entiende en este trabajo que el Servicio Social participa en un ámbito que incluye esos componentes, como un agente subordinado.

En ese sentido, de acuerdo a lo que fue planteado acerca de la consideración de los factores externos en la etiología de las enfermedades en este período histórico, se crean múltiples espacios de carácter inspectivo que constituyen la base de sustentación institucional de los dispositivos donde se insertan las prácticas de las visitadoras sociales.

En ese momento, entonces, las prácticas más comunes de las visitadoras eran, justamente, las visitas domiciliarias, “ser un nexo entre la familia y el médico”, “ser un órgano tenaz y continuo de la propaganda higiénica”, “ejercer la vigilancia de los sanos”, “la difusión de los conceptos de la higiene en la alimentación, en el desarrollo, en los métodos de la vida higiénica”, “labor de

¹¹ Tomado de una entrevista realizada al autor por Asunción Álvarez Rodríguez, licenciada en lingüística.

convencimiento y de inspección”, “inspección de los salones de clase, de las habitaciones de las casas”. El espacio para desarrollar su labor abarcaba la escuela, el hogar, la fábrica.¹²

Es de destacar, en este período, una preocupación incipiente por lo que Hacking podría denominar como uno de los imperativos de la normalización que tiene que ver con la cuantificación.¹³

De las fuentes consultadas surge que es en 1908 cuando se realiza en Uruguay el primer censo de población; a partir de los datos obtenidos se pudo discriminar el porcentaje de personas inmigrantes, analfabetas, etc. También se hace referencia a un censo escolar de 1926 que aporta la cifra de un 27,57 por ciento de analfabetismo. Otro de los temas que surge como problema es el de la mortalidad infantil: en 1919 sobre 1000 niños nacidos vivos, morían 200 antes de los dos años. Este tipo de práctica que tiene que ver con los datos poblacionales permitían ampliar la mirada médica sobre otros problemas que anteriormente permanecían ajenos a su influencia.

También las visitadoras tenían una tarea que resultaba fundamental desde el punto de vista de la construcción de los criterios de clasificación que Hacking incluye: el de registrar. Era la visitadora quien preparaba la ficha individual de cada alumno, tomaba las medidas antropométricas, y hacía las visitas domiciliarias en caso de ausencia de los escolares, todas las observaciones debían quedar registradas adecuadamente en la fichas.

Ese tipo de registro permitía desarrollar tanto la tarea de la propia visitadora como la del médico, teniendo acceso a un campo documental previamente inexistente, así como ir creando categorizaciones de las diferentes situaciones, que, de acuerdo a lo tratado anteriormente, tenía como base de sustentación la dicotomía normal/patológico, asociado, también a los procesos de medicalización.

A partir de 1934 en Uruguay se produce un fuerte impulso institucionalizador que se traduce en la creación del Ministerio de Salud Pública; del Consejo del Niño, así como del Código del Niño y del Código Penal (ORTEGA, 2003) en un período donde se desarrollaba la primera dictadura militar del siglo.

Dicho impulso consideró especialmente la existencia de la profesión del Servicio Social. El Código del Niño, que crea el Consejo del Niño, dispone en su organigrama una División Servicio Social, y da las pautas para la creación de una Escuela de Servicio Social pública que se concretará

¹² Esta información fue obtenida en el Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (Tomo I, N° 30. 1928) que trata de la creación de un cuerpo de visitadoras, sus fundamentos y las tareas que se esperaba que desarrollaran.

¹³ Los imperativos que para Hacking permiten el proceso de *façonner les gens* son: contar, cuantificar, o sea transformar las cualidades en cantidades; crear las normas; medicalizar; biologizar (es preciso encontrar un orden biológico de la enfermedad); procurar un origen genético; normalizar; burocratizar (adaptar las clasificaciones a las necesidades administrativas), y por último tomar posesión de nuestra identidad. (Tomado de Hacking, 2006.)

en la Escuela de Sanidad y Servicio Social, que comenzará a funcionar en 1936 en la órbita del Ministerio de Salud Pública.

Interesa subrayar la importancia que asumen las instituciones en la relación entre individuo y sociedad, como lugar donde se construyen y reconstruyen las relaciones de poder y de saber que constituyen las bases institucionales de los procesos de categorización de las personas, del que habla Hacking.

El papel de las instituciones como uno de los espacios donde es posible analizar el desarrollo de los imperativos de la normalización se asocia con otro de los aspectos que tiene que ver con los profesionales. Lo que destaca es el vínculo con las personas que son clasificadas, categorizadas, y los efectos que ello produce en sus conductas. Los expertos o profesionales producen el conocimiento, lo validan y lo aplican en su práctica. Ellos trabajan en el seno de instituciones que garantizan su legitimidad, su autenticidad y su estatus de expertos, ellos estudian y tienen que ver con el control de las personas que son clasificadas como un tipo dado.

Hacia mediados del siglo XX, en Uruguay, el advenimiento del denominado Neobatllismo marca un proceso de continuidades con el batllismo temprano: modelo de desarrollo basado en la industrialización por sustitución de importaciones, consolidación de los derechos sociales, protagonismo de los nucleamientos partidarios, y aumento considerable de la mano de obra empleada, con un papel central de las organizaciones sindicales en ese proceso. En Uruguay el sistema de seguridad social nació y se consolidó asociado a las aportaciones sobre el trabajo. Dicho ámbito, junto con la educación y la salud constituyeron centros aglutinadores del sistema de protección social.

La impronta del Batllismo en Uruguay se puede leer como línea de larga duración que atraviesa todo el siglo XX y se extiende hacia el XXI.

El proceso de consolidación del sistema de protección social en Uruguay se produce, como fue dicho, en una sociedad altamente medicalizada.

Hacia mediados del siglo XX se consolida una nueva inflexión en el saber científico sobre la dimensión colectiva de la salud, con la asignación a lo individual de un papel relevante en la génesis de las enfermedades. Uno de los aspectos más importantes hace referencia a las transformaciones experimentadas por el saber médico sanitario durante ese período. Se destaca la progresiva endogenización de los modelos etiológicos, en el sentido de una pérdida relativa de espacio de los factores que explican los problemas de salud como un producto del medio social. De esta manera los principios interpretativos que fundaron la salud pública y la medicina social modernas, y que propugnaban en reconocimiento de la salud como un problema social y político de dimensiones macroscópicas, comienzan a perder terreno frente a interpretaciones que otorgan un alto valor etiológico al ambiente familiar y a la responsabilidad del individuo en la gestión de ambientes más higiénicos y saludables. Debe destacarse que este viraje en los modelos etiológicos ya fue documentado en diversos trabajos como parte de un movimiento asociado al nacimiento de la epidemiología moderna, que tuvo alcance internacional y que afectó la percepción y las respuestas

sociopolíticas a los problemas de salud. Esa reorientación atravesó no sólo la práctica médica sino que fue mucho más allá permeando las prácticas y discursos de las profesiones ligadas fuertemente al campo sanitario (Ayres, 1995; Mitjavila, 1999).

Es posible afirmar que una de las profesiones que se encuentran en esa categoría es el Trabajo Social. Las fuentes consultadas¹⁴ ponen de manifiesto cómo esa inflexión en el campo médico sanitario tuvo su impacto en los discursos profesionales acerca de la etiología, no sólo de las enfermedades, sino que se extendía a toda una gama de situaciones sociales que constituían la base de sustentación de la profesión y que fueron catalogadas en términos de salud y enfermedad. Ello permitió que, paulatinamente, las cuestiones que anteriormente eran adjudicadas al medio social pasaran a serlo a la responsabilidad individual y familiar.

A partir de la década de 1950 las estrategias de intervención profesional del Trabajo Social sufrieron un proceso de tecnificación (técnica de la entrevista, trabajo con grupos) que permitía un abordaje no tanto dirigido al entorno social sino más bien apuntaba a los resortes individuales y familiares que se consideraban como las causas de los comportamientos que eran catalogados como “patológicos”. Tampoco la familia era considerada un todo homogéneo, en general la mujer era la depositaria primordial.

La que podríamos denominar focalización en la familia de varios tipos de intervenciones profesionales asociadas a la responsabilización en la figura de “la madre” de los procesos de cuidado de a salud de los niños tiene su primer fundamento. El segundo tipo de fundamento de la focalización en la familia consistiría en un correlato poblacional del primero, definido en términos epidemiológicos: se trata del nacimiento de una preocupación por primera vez profundamente política con respecto a la mortalidad infantil.¹⁵

Este tipo de preocupación surge del sustrato de lo que Foucault (1992) denomina biopoder, como forma de administración moderna de la vida, caracterizada por dos formas de poder: la anatomopolítica del cuerpo y la biopolítica de la población.

También en el campo de las definiciones de la intervención del Servicio Social es posible localizar el capítulo de las anomalías que se asocia a las anormalidades o enfermedades o patologías, cuando, retomando la lectura crítica de Canguilhem (1971: 101): “La anomalía es aquel hecho de variación individual que impide que dos seres puedan reemplazarse mutuamente de manera completa. (...) la diversidad no es la enfermedad. Lo anómalo no es lo patológico. Patológico implica

¹⁴ En el marco de la investigación que condujo a la elaboración de la tesis de maestría (ORTEGA, E. El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatlista. Disertación de Maestría. UDELAR-UFRJ. Ed. Web) fue posible acceder a una serie de fuentes documentales que permitieron reconstruir el proceso de institucionalización del Servicio Social como profesión en el Uruguay ligado al campo médico sanitario. Cabe destacar que en el período estudiado con mayor profundidad (1940-1960) el término “riesgo” no aparece en las fuentes documentales provenientes de la medicina ni en las escasas que provienen del Servicio Social.

¹⁵ Se planteaba ya en ese momento al índice de mortalidad infantil como medida del grado de adelanto de un país. Uruguay mantenía un alto índice de mortalidad infantil en comparación con otros países de América Latina: 50, 9 por mil nacidos vivos en 1950.

pathos, sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada”.

Por ejemplo, en un artículo publicado en la Revista Universitaria de Servicio Social, en 1966, casi al final del período estudiado, en el momento de la llamada Reconceptualización de la profesión, período que social y políticamente estaba muy marcado por el discurso de las rupturas y cambios, la encargada del curso de Teoría e Historia del Servicio Social y Recursos de la Comunidad de la EUSS escribe un artículo que titula *El asistente social como agente de cambios* coloca, sin ningún tipo de cuestionamiento que:

“Histórica y filosóficamente la primera tarea que recae en los profesionales del Servicio Social es la de modificar ‘situaciones y actitudes’ desacordes con los criterios de normalidad y la de reparar las consecuencias negativas que el proceso general de transformación de la sociedad trae aparejadas para ciertos individuos y sectores, mal ajustados en el mecanismo global.”¹⁶

En el período posterior a la Primera Guerra Mundial, entonces, se produce un nuevo proceso de institucionalización del Servicio Social inmerso en el movimiento denominado preventivismo. Dicho proceso de institucionalización abarcó nuevas instituciones formadoras de asistentes sociales, una diversificación de los campos de trabajo.

Las prácticas que surgen como predominantes en los discursos de las asistentes sociales en este período histórico tienen más que ver con las “regulaciones de uniones ilegítimas”, “inscripciones tardías de los niños”, obtención de pensiones por invalidez y las que se otorgaban a las personas enfermas de tuberculosis, adopciones, rectificación de partidas de nacimiento, trámites por obtención de beneficios, y se mantenían actividades de tipo inspectivo.

Desde el punto de vista de Hacking, se podría afirmar que tener esos requisitos legales “en orden” facilitaría la tarea de cuantificar. También es este período se ajustaron y perfeccionaron los sistemas de registro, las historias clínicas, fichas sociales, lo que permitió aumentar el campo documental.

Es posible afirmar, luego de analizar los documentos fundadores de la profesión, los planes y programas de estudio y los testimonios de profesionales del Servicio Social que estudiaron o ejercieron en ese período histórico que los discursos y prácticas profesionales en ese momento histórico no aparecen estructurados fuertemente en torno a la cuestión del riesgo.

Fuentes documentales localizadas en el marco de la investigación permiten analizar, por ejemplo, cómo era visualizada la intervención del asistente social en un servicio de libertad vigilada de menores.¹⁷ Hace referencia a un redescubrimiento del menor y a que “un criterio científico se abre paso y es el que preside la revolución que se produce en la consideración psicológica, pedagógica,

¹⁶ Duprey de Nitroso, Danielle. El asistente social como agente de cambios. Revista Universitaria de Servicio Social. Universidad de la República. Escuela Universitaria de Servicio Social. Montevideo. 1966. Nº 2. P 95

¹⁷ Calo de Gayol, S. Libertad vigilada y Servicio Social. Revista Universitaria de Servicio Social. Universidad de la República. Escuela Universitaria de Servicio Social. Montevideo. 1966. Nº 1 La autora del artículo era profesora de criminología en la EUSS, presidente del Movimiento Nacional Gustavo Volpe y directora de su Departamento de Libertad Vigilada.

sociológica, jurídica y criminológica del menor” (P. 77). Habla del problema de la minoridad transgresora y la importancia de la creación de tribunales para menores y de una judicatura especial. La justicia de menores debe recurrir a técnicos para que realicen el estudio psicosocial: médicos, psicólogos, psiquiatras, pedagogos, asistentes sociales. El estudio se realiza en centros de observación donde el menor debe actuar “con plena libertad, sin frenos inhibitorios, para manifestarse como realmente es. Deberá ser sometido a exámenes somáticos, psíquicos y ambientales que supondrán: electroencefalograma, test de inteligencia global y tipo (con destaque de aptitudes vitales y actitudes, de rasgos manifestados y latentes tanto afectivos como emotivos), test de personalidad (de gran importancia para la orientación vocacional futura), encuestas, etc. y que harán que el centro de observación pueda decirle al juez quién es el transgresor. Se habrá así preparado el camino para la aplicación de la medida adecuada. Sabiendo quién es el menor y cuál es la constelación etiológica de su conducta antisocial, generalmente compleja, se estará en condiciones de individualizar la terapia aplicable al caso.” (P 79)

Desde el punto de vista de Hacking se puede afirmar que en el artículo se encuentran aquellos datos que según la autora es deseable se puedan expresar en índices, para así poder aconsejar al juez cuál sería la terapia aplicable al caso. Se coloca la naturaleza del menor transgresor como algo medible a través de datos médicos, como el EEG. Aparecen también los aportes de otras disciplinas como la psicología, que a través de tests de personalidad, de inteligencia, encuestas, etc, pretenden cuantificar dichos atributos. Parecería darse a entender que hubiera una esencia o sustancia del ser “menor infractor”, que pudiera ser medible o visualizable a través de esos procedimientos médicos o psicológicos.

En ese sentido, Hacking va a plantear la distinción entre la normalización de las categorías y la normalización de las personas: la normalización de las categorías es un asunto abstracto, mientras que la normalización de las personas es muy concreta: “es un ejercicio de poder, sea médico, pedagógico, sea gubernamental, sea de emancipación de sí”. Sostiene que es imposible vivir en nuestro mundo sin estar sometidos a la presión de lo normal.¹⁸

Por último, es posible afirmar que las prácticas y los discursos del Servicio Social en el campo médico sanitario en el período en estudio, han seguido transportando la mirada predominante que tiene que ver con una categorización desde la distinción de lo normal y lo patológico, como entidades dicotómicas y contrapuestas, asociando cada vez con mayor predominancia, mecanismos de medición, índices, que han permitido darle un mayor “sustrato” de “cientificidad” al carácter de sus intervenciones.

Comentarios finales

En el presente trabajo se ha pretendido rastrear, en forma sucinta, la forma en que los discursos del Trabajo Social como profesión ligada al campo médico sanitario han sido permeados por las formas sociales del proceso de categorización propias de la medicina: lo normal y lo patológico como criterios dicotómicos y asociados al par salud y enfermedad.

En ese sentido se incluyó el punto de vista de Canguilhem, quien, justamente realiza un aporte crítico sosteniendo la inexistencia de fronteras rígidas entre esas categorías, lo que da lugar a una serie de reformulaciones de las miradas posibles al tema desde el Servicio Social

Se organizó el texto con un criterio cronológico intentando desentrañar cuáles fueron los mecanismos mediante los cuales dicha permeación fue posible, distinguiendo rupturas y continuidades a lo largo del siglo XX, tomando como límite la década de 1970, momento en que comienzan a caer las protecciones y soportes sociales que fueron construidos en la que Castel denomina sociedad salarial.

Se pudo percibir cómo en la inflexión producida en el proceso de medicalización de la sociedad hacia mediados del siglo XX, en donde pasan a tener relevancia modelos etiológicos que ponen el énfasis en los procesos endógenos, favoreció el establecimiento de mecanismos de intervención en lo social que atravesaron la medicina y las profesiones asociadas a ella.

Tanto a través de los mecanismos establecidos durante el primer higienismo, como durante el período de la denominada por Castel sociedad salarial, el proceso de categorización de las personas y de las situaciones sociales en términos de lo normal y lo patológico ha asumido un carácter central en los discursos que el Trabajo Social ha implementado como parte de sus dispositivos de intervención en lo social, asociando, en el segundo período, fundamentalmente, los componentes de la responsabilización de los individuos y las familias acerca de sus trayectorias en la sociedad.

Los aportes de Hacking han resultado relevantes para analizar los diferentes componentes del dispositivo que permite, como él lo denomina, "façonner les gens": las personas, los profesionales o los expertos, la institución, y el propio conocimiento.

Utilizando ese punto de vista fue posible analizar cómo esos distintos componentes se fueron articulando en los distintos períodos históricos permitiendo la creación de dispositivos de normalización instalados en el campo médico sanitario.

También el análisis desde la mirada de los que Hacking denomina los imperativos de normalización, permitió indagar en el proceso histórico que permitió que algunos de ellos se instalaran y se consolidaran.

Algunas de las características del dispositivo del riesgo, que fundamentalmente hacia fines del siglo XX se hizo predominante permeando las prácticas y los discursos del Servicio Social, tienen sus antecedentes y sus bases de sustentación en este período que fue analizado en el presente trabajo.

¹⁸ Lección nº 3 1 de marzo de 2005. normalisation. La epidemia de la obesidad.

Referencias bibliográficas

- ACOSTA, L. *Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Disertación (Maestría en Servicio Social)- UFRJ, Rio de Janeiro, 1997. S/E.
- AYRES, JRCM. *Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco*. Tesis de Doctorado. USP/FM/SBD. San Pablo. 1995.
- BRALICH, J. La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia. *Cuadernos de Trabajo Social*. Montevideo, Universidad de la República, n 2, p 9 – 48, 1993.
- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI editores. Buenos Aires. 1971
- CASTELLANOS, E. *Uruguay, un caso de bienestar de partidos*. Mimeo, 1995.
- CASTIEL, L D. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociência*. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro. 1999.
- CZERESNIA, D. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En: CZERESNIA, D; MACHADO, C. (org). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar editorial. Buenos Aires. 2006
- FOUCAULT, M. *Microfísica del poder*. Ediciones de la Piqueta. Tercera edición. Madrid. 1992
- _____. *La vida de los hombres infames*. Ediciones de la Piqueta, Madrid, 1990.
- _____. *El nacimiento de la clínica*. Una arqueología de la mirada médica. 1º edición, 1º reimp. Buenos Aires. Siglo XXI ed.Argentina. 2004.
- FREIDSON, E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona, Península, 1978.
- _____. *Renascimento do profissionalismo*; tradução Celso Mauro Paciornik. Sao Paulo; editora da Universidade de Sao Paulo. 1998.
- GERPE, et al. RODRIGUEZ, R. (comp.). *Elementos para un perfil profesional del Trabajo Social*. Perú. Ed. CELATS. 1980.
- KRUSE, H. Evolución de los modelos de ayuda en el Uruguay. *Revista Trabajo Social Uruguay*. Montevideo, n 2, p 18-23. 1987.
- _____. En procura de nuestras raíces. En *Cuadernos de Trabajo Social* N° 3. Montevideo. FCS. DTS. UDELAR. Pp 87-105. 1994.
- HACKING, I. L'autisme: le nom, la connaissance, les institutions, les autistas – et leurs interactions. Course du College de France. París. 2005
- _____. Cours B : les choses, les gens et la raison. Dos types de gens : des cibles mouvantes. Course du College de France. París 2 de mayo de 2006.
- MANRIQUE CASTRO, M. *De apóstoles a agentes de cambio. El Trabajo Social en la historia latinoamericana*. Perú. Ed CELATS. 1982.
- MITJAVILA, M. *El saber médico y la medicalización del espacio social*. Documento de Trabajo N° 33. Departamento de Sociología. FCS. UDELAR. Montevideo, 1998.

_____ *O risco e as estrategias de medicalização do espaço social. Medicina familiar no Uruguai (1985-1994)*. (Tesis de doctorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de Sao paulo. Sao Paulo. 1999.

ORTEGA, E. *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Disertación Maestría en Trabajo Social. Convenio UDELAR – UFRJ. Publicada en http://www.rau.edu.uy/fcs/dts/posgrados/tesisortega_2003.

ORTEGA, E; MITJAVILA, M. El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista. Una indagación genealógica. En: Revista *Katálysis*. V8, Nº 2. UFSC. Julio diciembre. 2005.

PORTILLO, J; RODRIGUEZ, J (comp). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo. Nordan. 1993.

VERDES-LEROUX, J. *Trabalhador social: pratica, habitus, ethos, formas de intervenção*. Sao Paulo. Cortez. 1986.

Fuentes documentales

Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (Tomo I, Nº 30. 1928).

Revista Universitaria de Servicio Social. Universidad de la República. Escuela Universitaria de Servicio Social. Montevideo. 1966. Nº 1.

Revista Universitaria de Servicio Social. Universidad de la República. Escuela Universitaria de Servicio Social. Montevideo. 1966. Nº 2.

Revista Universitaria de Servicio Social. Universidad de la República. Escuela Universitaria de Servicio Social. Montevideo. 1967. Nº 3.