

De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social

Elizabeth Ortega
Laura Vecinday

Resumen

Un análisis sobre cómo se expresan los procesos de individualización social en el campo de la protección social es lo que se desarrolla en las siguientes páginas. Transitar desde las estrategias preventivistas, aplicadas fundamentalmente en el área de la salud a la gestión del riesgo, supone demarcar momentos de la historia reciente en los que los dispositivos de intervención sociopolítica portaron atributos diferentes entre sí, pero que permiten rastrear continuidades. Tales rupturas y continuidades han sido ampliamente estudiadas en los últimos años y aún queda mucho para decir en función de las transformaciones constantes que se están procesando en el esquema de protección social. El presente artículo se propone trazar una línea de continuidad en lo que refiere a cómo se expresan distintas formas de individualización social en el marco de estrategias de intervención sociopolítica características de períodos históricos en los que dicha intervención ha sufrido alteraciones significativas.

Introducción

El trabajo propone el análisis de ciertos aspectos de las políticas sociales en tanto se constituyen en modalidades de intervención sociopolítica dirigidas a regular determinadas dimensiones de la vida social.

En ese sentido, intenta identificar cómo se ha expresado el proceso de individualización social en las formas de intervención sociopolítica en el período comprendido entre 1945 y los inicios del siglo XXI, profundizando en una de sus dimensiones constitutivas, a saber: cómo se ponen en juego estrategias individualizadoras entendidas como un conjunto de “mecanismos y procesos que tornan la percepción de los problemas sociales como problemas individuales en función de dispo-

siciones psicológicas y familiares” (Mitjavila, M; Da Silva, C. 2004: 70).

Se pretende demostrar que el proceso de individualización social no constituye un fenómeno nuevo, propio de la modernidad tardía, sino que es posible identificar sus primeras e incipientes expresiones en las estrategias preventivistas típicas del Estado Social uruguayo en su pleno auge. Dicho proceso de individualización se encuentra hoy en su mayor “apogeo”, como consecuencia de un conjunto de transformaciones societales características de la era tardo-moderna, ocupando un lugar central a la hora de comprender las alteraciones acaecidas en las formas de protección social más recientes.

De este modo, se hace referencia a procesos vinculados a la consolidación del Estado

Social en Uruguay -con la consecuente proliferación de políticas sociales universales- así como también al impulso de la institucionalización del Servicio Social acompañado del surgimiento de saberes especializados que se constituyen en fundamento de las intervenciones preventivistas.

Asimismo, dentro del período considerado, es posible observar -fundamentalmente a partir de la década del 90- un conjunto de transformaciones institucionales y tecnológicas en el esquema de protección social que resignifican las formas de intervención sociopolítica, así como las estrategias de gobierno poblacional, en el marco de alteraciones societales que las contienen al tiempo que las trascienden.

De las estrategias preventivistas a las estrategias de gestión del riesgo

La creciente intervención del Estado Social en la gestión de los problemas sociales fue la respuesta brindada a lo largo de gran parte del siglo XX y fundamentalmente entre 1945 y la década del 60, momento a partir del cual comienza a resultar visible el deterioro de una serie de mecanismos institucionales que lo habían permitido. Es a partir de ese momento cuando aparece fuertemente el discurso de la responsabilización, la individualización, la precisión del cálculo de riesgo, la sofisticación en la técnica de su detección y el desarrollo de estrategias sociopolíticas orientadas a “disminuirlo” a través de ciertos dispositivos de intervención en lo social que se constituyen en las bases institucionales de los procesos de individualización.

Las estrategias individualizadoras que se ponen en juego son entendidas como un conjunto de “mecanismos y procesos que tornan la percepción de los problemas sociales como problemas individuales en función de disposiciones psicológicas y familiares” (Mitjavila, M; Da Silva, C. 2004: 70).

El período histórico que transcurre a partir del final de la Segunda Guerra Mundial

es analizado por Castel (2004) definiendo el papel central del Estado en la que denomina “sociedad salarial”,¹ especialmente en los aspectos vinculados a la seguridad civil y social y a los sistemas de protección.

Es posible afirmar que Castel discrepa con la concepción “sustancialista” del individuo que sostienen el liberalismo y el neoliberalismo; en una posición contraria afirma que el individuo no existe como sustancia y que para existir en tanto individuo se hace necesario tener soportes. Esos soportes también son construcciones históricas: “es la capacidad de disponer de reservas que pueden ser de tipo relacional, cultural, económico, etc., y que son las instancias sobre las que puede apoyarse la posibilidad de desarrollar estrategias individuales” (Castel, 2003: 19).

Las protecciones sociales se han adquirido a partir de la inscripción de los individuos en colectivos protectores, propios de la sociedad salarial:

“El individuo está protegido en función de estas pertenencias que ya no son la participación directa en las comunidades ‘naturales’ (las protecciones de ‘proximidad’ de la familia, del vecindario, del grupo territorial) sino de colectivos construidos por reglamentaciones y que generalmente tienen un estatuto jurídico. Colectivos de trabajo, colectivos sindicales, regulaciones colectivas del derecho laboral y de la protección social” (Castel, 2004: 51).

Las respuestas del Estado ante los problemas de la inseguridad social fueron transformándose a lo largo del siglo XX y se hicieron más poderosas a partir de la Segunda Guerra Mundial estableciéndose formas de regulación colectivas también fuertes.

¹ Castel, definiendo a la que denomina como “sociedad salarial” aclara 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” (Castel, 2003: 41). 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.

En el caso uruguayo es posible afirmar la demarcación de procesos sociopolíticos que aseguraron la creciente extensión de mecanismos de protección social, que más allá de sus particularidades, marcan líneas de larga duración que han atravesado el siglo XX y algunas se extienden hacia el XXI.²

Es así que, hacia mediados del siglo XX, el advenimiento del denominado neobatllismo³ marca un proceso de continuidades con el batllismo temprano⁴: 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 que, junto con la educación y la salud, constituyeron centros aglutinadores del sistema de protección social en Uruguay.

El proceso de consolidación de dicho sistema se produce en una sociedad altamente medicalizada.

Los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad (Mitjavila, 1998). Dichos procesos hacen referencia a “la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos” (Portillo, 1993: 17), imponiéndose en áreas de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina y, con ello, permitiendo codificar en términos de salud/enfermedad comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social. Esto significa la apertura hacia la creación de mecanismos de intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud y el ejercicio de ciertos controles en esos ámbitos que anteriormente eran externos a su influencia.

Es posible asociar el higienismo de principios del siglo XX con dichos procesos de medicalización, con ciertas características particulares, como ser la atribución de un importante papel al medio como causa de las condiciones sanitarias de la población. Este tipo de consideraciones se acompañó de la construcción de una serie de estrategias de intervención de las incipientes profesiones que, como el Servicio Social, surgían al amparo de la protección estatal, convocadas por el poder médico ya instalado en la sociedad. Es así que en ese momento histórico esos nuevos agentes “profesionales” fueron convocados para realizar tareas “inspectivas” de las viviendas, de las fábricas, de las escuelas, de aquellos lugares donde se desarrollaba la vida cotidiana de las familias pobres, y adonde era necesario que llegara la “mirada médica”.

En ese sentido los estudios sobre el tema destacan el papel del higienismo en la génesis del Servicio Social en Uruguay (Acosta, 1997, Ortega, 2008).

Como un nuevo momento del proceso de medicalización de la sociedad se puede identificar, hacia mediados del siglo XX (momento en que marca Castel el advenimiento de la sociedad salarial) una 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.

2 Sobre los aspectos sociohistóricos de la construcción del sistema de protección social en Uruguay se ha consultado: Caetano, G, Rilla, J (1996); Castellanos, E (1996); D' Elía, G (1982); Filgueira, C, Filgueira, F (1995); Frega A. et all (1987); Jacob, R (1988); Nahum, B (1989); Panizza, F, Pérez Piera, A (1988); Panizza, F (1990); Rama, G (1997).

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

4 En el presente trabajo utilizaremos la definición que de esta expresión da Panizza (1990): “como una forma de referirse tanto al período en que José Batlle y Ordóñez fue presidente sin haber formado todavía un grupo que tuviera tal denominación dentro del Partido Colorado, como a la etapa posterior a 1912, cuando existió un grupo político que fue conocido explícitamente con ese nombre”. Se refiere, fundamentalmente, a las tres primeras décadas del siglo XX.

Estudios sobre el tema (Ayres, 1995; Mitjavila, 1999) destacan la importancia de ese movimiento asociado al nacimiento de la epidemiología moderna. Se aprecia un cambio profundo en la consideración de los factores que explican los problemas de salud. En un marco en que se amplían los parámetros de inclusión de los problemas que se consideran “medicalizables” se instalan fuertemente 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.

En síntesis se podría afirmar que:

“El preventivismo puede ser aquí sintetizado como la doctrina médica que retraduce la concepción ampliada de determinación del proceso salud enfermedad, tal como fue desarrollada por las disciplinas ligadas al campo de la higiene y de la salud pública desde el siglo XIX, en prácticas de carácter eminentemente técnico, esencialmente dirigidas al ámbito de los cuidados individuales y básicamente volcadas para el desarrollo de acciones asistenciales y educativas simplificadas, con baja densidad de tecnología especializada y equipamientos materiales. Bajo esas consignas, las conductas de los individuos pasan a constituirse en un verdadero campo de observación y de intervención para las estrategias médico sanitarias en el período estudiado” (Ortega, 2008: 77).

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.

Ese es el caso del Servicio Social, y varios estudios sobre el tema (Mitjavila, Ortega, 2005, Ortega, 2008) destacan la impronta de esos procesos de endogenización de los modelos etiológicos en las prácticas profesionales. Este proceso de responsabilización del individuo y la familia acerca de cuestiones que anteriormente eran atribuidas al medio externo, a la sociedad o al Estado, se vio consolidado en el período posterior a 1970, donde

muchos de los soportes que Castel destacaba como condición necesaria para el desarrollo de la sociedad salarial, desaparecen.

A las formas de intervención nacidas de la mano del preventivismo, prevaleciente hacia mediados del siglo XX, se suman en la actualidad nuevos dispositivos de intervención sociopolítica que reposan al tiempo que refuerzan el proceso de individualización de los problemas sociales asociado fundamentalmente al enfoque de riesgo.

En Uruguay (y otros muchos países de América Latina), a diferencia de Europa, la caída de las protecciones asociadas a los Estados de Bienestar, fue acompañada por procesos dictatoriales que no sólo destruyeron el sistema democrático y las libertades constitucionales sino que alteraron el esquema de protección social, fundamentalmente a través de la reducción de los recursos destinados a este propósito. Filgueira (1995) plantea que la dictadura militar fue un período de continuidades en cuanto a la institucionalidad del Estado social y de reformas significativas en montos y asignación de recursos dirigidos al gasto público.⁵ Este pasó del 16% del PBI en 1964, al 14% en 1975 hasta reducirse a un 13.6% al finalizar el período dictatorial. Midaglia y Antía (2007) coinciden en señalar que entre 1973 y 1984 no se desarticuló el sistema de bienestar pero se adoptaron pautas de asignación del gasto público que afectaron la calidad de los servicios sociales.

En términos generales se puede afirmar que el proceso que culmina en 1973 tuvo antecedentes que comienzan a visualizarse desde los años 60, en cuanto a los límites del modelo de industrialización por sustitución de importaciones, la crisis del modelo agro exportador y los cambios en las condiciones internacionales que habían favorecido el crecimiento. Desde los años 70 buscando superar el modelo de sustitución de

5 Para Filgueira (1995) “el régimen militar no introdujo una transformación radical en las pautas de estatismo heredadas de comienzos de siglo (...) la dictadura conservó el estilo estatista y dirigista. Si bien admitió la apertura de la economía, promoviendo las exportaciones e implantando una plaza financiera libre con sistema de secreto bancario estricto, el resto de las actividades continuó realizándose de acuerdo con las viejas pautas.”

importaciones, se impulsaba una reforma “con orientación al mercado”, reducción del Estado, privatizaciones, desregulación y apertura externa (Moreira, 2001). La denominada “reforma estructural” se procesa en toda América Latina de forma diferente en cada uno de sus países. Las reformas llamadas de “primera generación” impulsaron la liberalización comercial y financiera, la apertura al capital externo, las privatizaciones y la reforma tributaria. Se produce gradualmente, a lo largo de las décadas siguientes, un cambio sustancial en la conformación y funciones del Estado, y un cambio profundo en la formulación de las políticas sociales que deberían dar cuenta de los problemas planteados por una población cada vez más empobrecida y donde los denominados por Castel como super-numerarios o inempleables serían cada vez más.

En la década de los 90, las sugerencias del BID y del Banco Mundial dirigidas a los gobiernos de América Latina insistían en la necesidad de focalizar la acción pública en los más pobres, descentralizar los servicios de salud y educación, invertir en capital humano e infraestructura social. Se llamaba la atención sobre la vulnerabilidad de los pobres a los ciclos económicos proponiendo conceder una mayor dotación de activos para protegerlos en épocas de crisis (Barba, 2004). Es en este período donde se introduce un conjunto de reformas en el esquema de protección social calificado como “moderado” o “gradual” (Midaglia y Antía, 2007).

Es posible afirmar que las innovaciones más importantes, tanto a nivel institucional como tecnológico, se introdujeron en aquellos servicios focalizados en ciertos sectores de población definidos como “de riesgo” o “vulnerables”:⁶

6 Las innovaciones en la protección social dirigida a grupos de riesgo o vulnerables, básicamente por su situación de pobreza o indigencia, también caracterizan la intervención del actual gobierno. Midaglia y Antía (2007) señalan que frente a medidas de tipo restaurador en el ámbito laboral o de “manejo cauteloso” en el campo de la seguridad social y la educación, “las medidas innovadoras se centran en diferentes áreas sociales y las mismas adquieren un significado político particular. En este marco puede ubicarse la esfera de la pobreza y vulnerabilidad con el lanzamiento de un Plan de Emergencia coyuntural y posteriormente, con el diseño y promoción de un Plan de Equidad”.

“La reforma social no se agotó en el campo público sectorial, sino que también abarcó a una serie de servicios dirigidos a sectores poblacionales específicos, los que ocupaban un lugar marginal en el antiguo esquema de bienestar uruguayo. Es así que se reformularon, a la vez que se inauguraron, un conjunto de programas y proyectos exclusivamente diseñados para abordar problemáticas asociadas a las vulnerabilidades de ciertos grupos etarios, especialmente los de los niños y los jóvenes. Cabe señalar que una proporción significativa de estas nuevas intervenciones se implementaron a través de asociaciones civiles u organizaciones sin fines de lucro (Midaglia, 2002 y 2006). Las ampliaciones de esos servicios, así como la instalación de una amplia gama de nuevas iniciativas, no lograron traducirse en una malla sólida de asistencia social, articulada con el resto de las prestaciones que cubren, aunque sectorialmente, necesidades de esos grupos” (Midaglia y Antía, 2007).

La multiplicación de políticas sociales focalizadas, con una fuerte particularización de las prestaciones, se consolida y constituye una de las respuestas que el Estado ha instrumentado. El proceso de focalización de las políticas sociales ha sido posible al incluir, entre otros elementos, la cuestión del riesgo, o, dicho de otra manera, la identificación de situaciones de riesgo ha permitido la implementación de la política social que se dirige a ellos.⁷ Asistimos a dos procesos complejos: el pasaje de las políticas universales a las focalizadas y la redefinición de las desigualdades que pasan a ser percibidas en términos de una individualización de riesgos sociales. En ese mismo sentido Mitjavila (1999) afirma que “la responsabilización del individuo

7 “La evaluación del riesgo ha constituido en los últimos años, sobre todo a partir de la década del 90, una forma de leer la realidad social de forma tal de satisfacer un doble objetivo de carácter instrumental: i) identificar grupos de población a partir de su caracterización en función de ciertos *atributos* constituyéndolos en destinatarios de lo que denominamos como políticas inserción social focalizadas y ii) la identificación de ciertos *comportamientos* calificados de riesgo, habilitando así la intervención de las profesiones asistenciales en busca de su modificación” (Vecinday, 2005: 135).

cumple un papel fundamental en los procesos de gestión de lo social, especialmente cuando éstos son organizados por el dispositivo del riesgo”.

Asistimos hoy a la transformación en los dispositivos de intervención sociopolítica construidos en el período señalado, dando paso a la consolidación de lo que Castel designa como esquema de protección social “orientado a los dejados de lado de las protecciones clásicas” (2004). Dicha transformación responde, fundamentalmente, a las alteraciones producidas en las formas de producción y organización del trabajo. El esquema de protección social clásico -basado en los seguros sociales y la asistencia social- orientado a grupos rígidos y homogéneos definidos por su lugar o no lugar en el mundo del trabajo deja de ser pertinente frente a la presencia de contingentes de población que, estando en condiciones de trabajar, no logran integrarse al mundo del trabajo asalariado. Castel destaca, a partir de 1970, un proceso de precarización de las pertenencias colectivas o el debilitamiento de las categorías homogéneas que constituían la sociedad salarial, donde se produce: “el desarrollo de un nuevo proceso de individualización que pone en cuestión las pertenencias colectivas de los individuos” (Castel, 2003: 53).

En ese sentido, el proceso de individualización hace referencia a la pérdida de soportes colectivos sobre los que reposa la construcción del individuo en la tardo-modernidad. Las estrategias de gestión del riesgo se basan en el comportamiento de los individuos y sus modos de vida. El medio externo aparece relegado frente a la posición del individuo ante los riesgos, quien pasa a constituirse en la “unidad” de referencia: los factores de riesgo comienzan a ser asociados formalmente con individuos y poblaciones específicas (Vecinday, 2005). La proliferación de discursos y prácticas fundamentadas en la necesidad de control de los riesgos por parte de grupos e individuos que se encuentran “en situación de riesgo” se corresponde con la atribución de responsabilidad a los comportamientos indi-

viduales en la génesis de problemas de orden social. Bauman (2001) afirmará que el individuo es entendido como responsable de sí mismo desconociendo que depende de condiciones que escapan a su aprehensión. Esto aparta la culpa de las instituciones y la coloca en la inadecuación del yo: ya no hay salvación por la sociedad, el individuo es abandonado a una lucha solitaria. No parece casual, entonces, el apelo a la responsabilidad individual en un contexto de pérdida de soportes colectivos.

La distinción que Castel realiza entre “riesgos clásicos” y una “nueva generación” de riesgos constituye un aporte para el análisis de las transformaciones en el esquema de protección social. Los dispositivos de protección social frente a los riesgos clásicos tienen su anclaje en soportes colectivos que procuran la anticipación y la prevención ante la eventual ocurrencia de sucesos indeseables. Por su parte, los riesgos característicos de la “nueva generación” no admiten la posibilidad de socializar la protección pues, en términos estrictos, no constituyen riesgos sino peligros; se trata de amenazas difusas que no pueden ser anticipadas y que refieren a comportamientos individuales:

“Sin embargo, aunque los riesgos clásicos no han dejado de existir y de multiplicarse, parecen haber sido relegados a un segundo plano en las últimas dos décadas. Las estadísticas actuales ya no privilegian los problemas de la pobreza, asistimos atónitos a una proliferación de discursos y de estadísticas sobre los más variados riesgos (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, pero también de dietas peligrosas, estrés, pesimismo, miedos, etc.) vinculados con los estilos de vida y conductas indeseables, que se equipararon en gravedad a los riesgos a los que clásicamente estuvieron expuestos los habitantes del mundo de la pobreza” (Caponi, 2007).

Pasamos de una dinámica regulada de las desigualdades en la sociedad salarial a una desregulada a partir de la década de 1970:

“(…) es la dinámica moderna de las desigualdades, que supone a la vez diferencias entre las condiciones y comparabi-

lidad de las mismas. (...) Ella se ubica en el corazón mismo de la responsabilidad del individuo moderno. Cuando las desigualdades estaban justificadas por el plan divino de la creación, la naturaleza, la tradición, el individuo no podía ser tenido como responsable del lugar que ocupaba puesto que éste dependía de jerarquías sociales inamovibles. Pero planteando el principio de la desigualdad entre los individuos, en particular bajo la forma de igualdad de chances, las sociedades democráticas individualizan la desigualdad: si el juego es abierto y todo el mundo puede competir y ser clasificado por su mérito, el fracaso es imputable al individuo mismo” (Castel, 2003: 45).

El nuevo régimen de protección orientado a “los dejados de lado de las protecciones clásicas” (Castel, 2004) reposa y refuerza el proceso de individualización de las protecciones sociales vinculando las prestaciones a la situación específica y conducta del beneficiario. Las prestaciones sociales se vinculan cada vez más a los comportamientos individuales (estilos de vida) y menos a clasificaciones de orden estructural (edad, sexo, ocupación, etc.). Mientras la referencia a comportamientos individuales es incompatible con la posibilidad de colectivizar las protecciones sociales, las clasificaciones de orden estructural se constituyeron en la base de los mecanismos de asignación de recursos de bienestar social.

El tratamiento de la pobreza como consecuencia de estilos y modos de vida “equivocados” se expresa hoy en discursos y prácticas que recuperan la categoría “riesgo” para dar cuenta de la interrelación entre situación social y conducta individual de los sujetos. Individuo y estilos de vida desplazan al medio externo como fuente central de riesgos. La toma de decisiones individuales en el manejo y administración de los riesgos se constituye en “unidad” de referencia en la atribución de responsabilidades (Vecinday, 2005: 145). Forma que asume el denominado proceso de “individualización social” el cual se *aggiorna* con nuevos fundamentos y retóricas que inau-

guran prácticas profesionales y dispositivos de intervención cada vez más tecnificados, en los que:

“La tendencia que emerge, más que arrancar del cuerpo social a los elementos indeseables (segregación) o reintegrarlos, más o menos a la fuerza, mediante intervenciones correctoras o terapéuticas (asistencia), trata de asignar destinos sociales diferentes a los individuos en función de su capacidad para asumir las exigencias de la competitividad y de la rentabilidad” (Castel, 1986: 241).

Señala Grassi que Emilio Tenti en su artículo “Pobreza y política social: más allá del neosistencialismo”, identifica una “tradicción asistencialista” en el “estilo norteamericano de hacer política social” para la cual “no existe pobreza, únicamente existen pobres. Desde este punto de vista la política de lucha contra la pobreza se considera como un capítulo de la gestión social de las deficiencias individuales”. Analizaba, asimismo, “el concepto de riesgo en la tradición cultural europea” que, anclado en el cálculo de probabilidad, el surgimiento de las ciencias sociales y una perspectiva totalizadora que instauró la primacía de la sociedad sobre los individuos, diera lugar a “otro paradigma ideológico y otra estrategia típica de administrar el problema de la pobreza” (Tenti *apud* Grassi, 2003).

La administración de la pobreza bajo el paradigma que recupera el concepto de riesgo en la “tradicción cultural europea” permitió el establecimiento de un conjunto de seguros sociales que socializaba los costos de la protección social. En cambio, asumir el riesgo como producto de decisiones individuales, significa una ruptura con el paradigma “europeo”, aproximándose a la gestión de la pobreza de “estilo norteamericano”.

Sostiene Grassi que con estas referencias, Tenti examinaba la propuesta neoliberal y señalaba “los peligros del neosistencialismo”, marcando además los límites que el concepto de necesidades básicas impuso a la idea de los derechos sociales, concebidos como un programa abierto y como una utopía. A la restric-

ción operada por dicho concepto, se agrega otra, derivada de la definición y delimitación precisa de la población objeto.

“La construcción técnica de la pobreza como agregación de individuos en función de sus posiciones homólogas en las distribuciones de una serie de propiedades que se consideran pertinentes, cuando se constituye en un factor determinante del acceso a bienes y servicios públicos, supone una asignación de identidad. El efecto social de una estrategia de este tipo pasa por la legalización e institucionalización de las desigualdades sociales” (Tenti *apud* Grassi, 2003).

Afirma que frente a una modalidad de asistencia clásica asumida como estrategia de los tiempos de ascenso del proyecto neoliberal, se impone hoy una modalidad gerencial, siendo ésta una estrategia que se consolida con la transformación del Estado al imponerse una lógica formal de la eficiencia. Dicha modalidad de asistencia gerencial se caracteriza por la pretensión de una racionalidad técnico-burocrática en la gestión con la que se aspira a trascender cualquier orden moral para realizar las funciones que definen al Estado liberal moderno como entidad abstracta. De este modo, los “asistidos” son definidos por criterios de evaluación reconocidos en su validez técnico científica siendo en nombre de la eficiencia que se justifica la necesidad de identificarlos, contarlos y clasificarlos.

Consideraciones finales

Frente a la constatación de que la pobreza afecta a una parte importante de la población, siendo fundamentalmente niños y adolescentes los principales afectados, frente al deterioro de los esquemas de protección social, frente a las consecuencias de las transformaciones en el mundo del trabajo y en las instituciones de “integración social”, la preocupación por los problemas de “integración moral” retorna con la misma fuerza que a comienzos del siglo XX. Preocupación que había perdido énfasis en la medida en que se consolidaba el

Estado de Bienestar, mejoraba la calidad de vida del conjunto de la población, se reforzaban los ingresos de los Estados nación producto de una economía de posguerra, y donde primaba la ideología del progreso, siendo el trabajo reconocido como el principal eje integrador al conjunto de la vida social. Los problemas de “integración” moral vuelven a adquirir centralidad frente al quiebre de la denominada “sociedad salarial” y sus formas típicas de protección social.

Tal problemática, inherente a los procesos de reproducción social, reactualiza los debates en torno de la necesaria “recreación del reconocimiento de las pautas básicas que orientan la vida social y de la consecuente continuidad elemental de las prácticas sociales; pero también en lo que atañe, específicamente, a la reproducción de la vida y de la fuerza de trabajo” (Grassi, 2003: 25).

En este sentido, señalar que asistimos a un proceso de individualización social en el que los individuos se vuelven responsables por su propia vida, no equivale a afirmar que el Estado abandona sus pretensiones de “gobierno”.⁸ Contrariamente, el proceso de individualización es aquí entendido como parte y producto de un conjunto de transformaciones societales (alteraciones en el mundo del trabajo y conjuntamente en sus esquemas de protección social, el proceso de destradicionalización social asociado a la pérdida de soportes colectivos y estructuras de sentido, etc.) que dan sustento a nuevas formas de gestión poblacional, las que a su vez, refuerzan tal proceso.

La imposibilidad de contar con referencias para la previsión de una trayectoria es lo que hoy angustia al individuo, ya no la imposición de un modo de vida. El individuo no tiene otra opción que hacer uso de su libertad tomando decisiones que afectarán el curso de su vida sin contar con narrativas colectivas

8 Por gobierno se comparte en un sentido general la acepción que Foucault le atribuye al término, al entenderlo como el modo de dirigir la conducta de los individuos y las poblaciones, implicando el gobierno de los comportamientos de los otros así como los propios (Foucault, 2006).

que balicen sus alternativas de acción, estando por fuera o en los límites de un sistema de protección social cada vez más precarizado y flexibilizado que ha abandonado el metaobjetivo de la integración social, y que retraduce problemas sociales como problemas individuales de percepción y gestión de riesgos sociales (Vecinday, 2007).

Las políticas sociales se constituyen así también, en dispositivos de intervención sociopolítica dirigidos específicamente a atender a aquella población que logre demostrar su condición de pobreza. Tal condición de “pobre” reposa en una particular forma de concebir la pobreza, esto es, entender la misma a partir de atributos personales y comportamentales de los individuos. De este modo, la protección social asume formas individualizadas en sintonía con el desmonte de las estrategias universales de intervención. La forma de gerenciar la asistencia individualizada exige la incorporación de dispositivos tecnológicos de modo tal de dar cuenta de los requerimientos planteados por la definición cada vez más precisa de la población objetivo. Proliferan estudios que procuran identificar los atributos comportamentales y personales que “explican” la pobreza y sobre los que habría que intervenir a fin de superar tal condición: la “handicapología” define así su objeto y gana terreno en tiempos en que la explicación “neoliberal” de los problemas sociales se ha vuelto hegemónica.

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, Río 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.
- Bauman, Z. *La sociedad individualizada*. Ediciones Cátedra, Madrid 2001.
- Caponi, S. “Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones”. En: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, Nº 1, Río de Janeiro, enero 2007.
- Caetano, G; Rilla, J. *Historia Contemporánea del Uruguay. De la Colonia al MERCOSUR*. CLAEH. Fin de siglo, Montevideo 1996.
- Castel, R. *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Manantial, Buenos Aires 2004.
- Castel, R. *Propiedad privada, propiedad social, propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno*. Homo Sapiens Ediciones, Buenos Aires 2003.
- Castel, R. “De la peligrosidad al riesgo”. En: Wright Mills; Foucault, M.; y otros. *Materiales de sociología crítica*. Ed. Fernando Alvarez Uría, Julia Varela. Ed de la Piqueta, Madrid 1986.
- Castellanos, E. “Uruguay, un caso de bienestar de partidos”. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. Nº 9. ICP-FCS, Montevideo 1996.
- D’Elía, G. *El Uruguay neobatllista, 1946-1958*. EBO, Montevideo 1982.
- Filgueira, C; Filgueira, F. *El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay*. Ed. Kellogg Institute, Montevideo 1995.
- Foucault, M. *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2006.
- Frega, A; Maronna, M; Trochón, Y. *Baldomir y la restauración democrática (1938-*

1946). Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo 1987.

Grassi, E. *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Ed. Espacio, Buenos Aires 2003.

Grassi, E. *Política y cultura en la sociedad neoliberal. La otra década infame (II)*. Ed. Espacio, Buenos Aires 2004.

Jacob, R. *Modelo batllista ¿variación sobre un viejo tema?* Uruguay Proyección, Montevideo 1988.

Midaglia, C.; Antía, F. “La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad de las políticas de bienestar social?”. En: *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, N° 16. ICP, Montevideo 2007.

Mitjavila, M. “Individuo, saber y modernidad: una comparación de enfoques”. En: *Anuario de Ciencias Sociales*, págs. 18-26. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo 1995.

Mitjavila, M. “El saber médico y la medicalización del espacio social”. Documento de Trabajo N° 33. UDELAR. FCS. Departamento de Sociología, Montevideo 1998.

Mitjavila, M. “El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad”. En: *Revista de Ciencias Sociales* N° 15, año 12, FCS, Depto. de Sociología, Montevideo 1999.

Mitjavila, M; Da Silva, C. “Globalização, modernidade e individualização social”. *Revista Katálysis*, vol. 7, N° 1, 2004.

Moreira, C. “La Reforma del Estado en Uruguay: cuestionando el gradualismo y la heterodoxia”. En: *Calamé y Talmant, Con el Estado en el corazón. El andamiaje de la gobernanza*. Trilce, Montevideo 2001.

Nahum, B. y otros. *Crisis política y recuperación económica. 1930-1958*. Ediciones de la Banda Oriental. Tomo 7, Montevideo 1989.

Ortega, E; Mijavila, M. “El preventivismo sanitarista y la institucionalización del Trabajo Social en el Uruguay neobatllista: una indagación genealógica”. En: *Revista Katálysis*, vol. 8, N° 2. UFSC, Florianópolis, Brasil julio-diciembre 2005.

Ortega, E. *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Trilce, Montevideo 2008.

Panizza, F., Pérez Piera, A. *Estado y Sociedad*. Fesur, Montevideo 1988.

Panizza, Francisco. *Uruguay: Batllismo y después. Pacheco, militares y tupamaros en la crisis del Uruguay batllista*. EBO, Montevideo 1990.

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

Rama, Germán W. *La democracia en Uruguay. Una perspectiva de interpretación*. Grupo Editor Latinoamericano, Argentina 1987.

Vecinday, L. “El papel de la evaluación del riesgo para las políticas de inserción social focalizada”. En: *Revista Serviço Social e Sociedade*, N° 81, Ed. Cortez, págs. 135-155, San Pablo 2005.

Vecinday, L. “Transformaciones institucionales y tecnológicas en el esquema de protección social. El enfoque de riesgo como mecanismo de individualización en el campo social”. Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Argentina). Proyecto de Tesis (mimeo), 2007.