

# La mediación del "higienismo" en la génesis del Servicio Social en el Uruguay

*Luis Acosta*

Assistente Social. Doutorando em Serviço Social no Programa de Pós-graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

E-mail: [luis@ess.ufrj.br](mailto:luis@ess.ufrj.br)

Home-page: <http://www.chasque.apc.org/leacosta>

Professor Assistente do Departamento de Fundamentos do Serviço Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## Introducción

Una revisión de los estudios realizados (1) en relación a la génesis del Servicio Social nos lleva a procurar en los procesos de racionalización de la vida social constitutivos de la modernidad capitalista, las condiciones que explican la emergencia de nuestra profesión. Pero los procesos de racionalización que singularizan la modernidad capitalista no son ajenos al proceso de mercantilización de la vida social (y de resistencia a ella) que metamorfosea trabajo concreto en trabajo abstracto (2). La resistencia a la mercantilización de la vida social constituye el contenido al que alude la expresión, originada en las clases dominantes, "cuestión social" (3).

Será la política sanitaria y su correlato el "higienismo", entre las varias políticas sociales que tratan de forma fragmentaria la "cuestión social", que se constituirá en una determinación propia de la sociabilidad burguesa uruguaya al inicio deste siglo XX, dando legitimidad a la intervención social en la vida cotidiana de las clases sociales subalternas.

Prestamos especial atención a esta política sanitaria, debido a que fue aquí donde surgió la demanda por Asistentes Sociales, así como también las primeras respuestas a esta demanda. En esa política sanitaria, secularizada radicalmente en las manos de la institución médica, tenemos también el predominio del espíritu científico-natural propio del positivismo.

La constitución de ordenamiento social burgués, tiene como correlato un cambio en lo que respecta al estilo de pensamiento que pasa a predominar en la construcción de las instituciones modernas. Este nuevo estilo de pensamiento puede ser analizado en términos de avance del pensamiento positivista o científico-natural. Como es sabido el pensamiento positivista o razón positiva surge como respuesta al poder "destructor" de la razón crítica o negativa con la cuál se habían orientado los principales líderes de la Revolución Francesa en su tarea de criticar (y destruir) las instituciones del "antigo regimen". La substitución de la razón crítica por la razón positiva significó un viraje en la

actitud de la burguesía que luego de haber encabezado los procesos revolucionarios que pusieron fin a las instituciones del "antigo régimen" pasó a adoptar una actitud conservadora (aunque a veces puede llegar a ser reformista) en relación con las nuevas instituciones y dejó de lado la tentativa de terminar con las antiguas instituciones a través de procesos revolucionarios. Este cambio fue debido a que en los procesos revolucionarios que pusieron fin a las instituciones del orden feudal (fundamentalmente las revoluciones en los países europeos de 1848), la clase obrera emergió como clase independiente (clase para-sí) que además de querer, como la propia burguesía, terminar con las antiguas instituciones (con los enemigos de sus enemigos), quería también abortar la constitución de una nueva forma de explotación y dominación. De aquí en más la transición para el capitalismo se desarrollará por la vía "junker" (o "revolución sin revolución", esto es, a través de una alianza (sin duda que repleta de contradicciones) entre la burguesía y las viejas clases dominantes (4).

Al mismo tiempo este estilo de pensamiento va al encuentro de una realidad social que se presenta bajo una forma de objetividad cosificada o reificada como consecuencia de la mercantilización de la vida social, así como esa realidad social precisa de ese estilo de pensamiento como forma de autoconciencia. El positivismo es la autoconciencia **necesaria** de una realidad social que se transformó en una "cosa" que puede ser administrada o manipulada. En este sentido el positivismo es parte del "sentido común" de los individuos sociales aislados que viven en esta forma de organización de la vida social y se corresponde con una forma de praxis manipuladora que caracteriza la vida cotidiana en la sociedad burguesa.

A los efectos de este trabajo observamos como este estilo de pensamiento científico-natural se materializará en la institución médica (5), desde donde será difundido como una forma "infra-estructural" de poder estatal en la práctica del "higienismo". En el "higienismo" tenemos la difusión de una racionalidad técnica (o instrumental) como una forma de tratamiento de la "cuestión social", una vez que esta deja de ser solamente un problema "policia" o de "orden público". Es una de las formas que asume la intervención sistemática, estratégica y continua del Estado (Netto, 1992) cuando el capitalismo ingresa en la etapa monopolista. Se trata también del proceso de secularización de la moral, por la cual esta se torna una moral laica (la conducción "ética" de la vida se transforma en una conducción "técnica").

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

## "Higienismo" y "productivismo"

Este impulso al cuidado individual y colectivo de la propia vida, en una sociedad con escasez de fuerza de trabajo calificada como la uruguaya, fue parte del proceso de "proletarización activa de la fuerza de trabajo" (Offe, 1984) que significó además del

fomento a la inmigración, su disciplinamiento, la cuál a su vez fue parte de un proceso más amplio de implantación del "padrón productivista" (Giddens, 1996) o "industrialista" de trabajo (6). Este es definido por Giddens, como un "ethos" en el cual el trabajo asalariado posee un papel central. Max Weber demostró como es poco común históricamente la postura en relación al trabajo característica del orden moderno y reveló algunas de las principales causas culturales del productivismo en la ética protestante. De acuerdo con Weber a través de la ética protestante el trabajo deja de ser un medio para la satisfacción de las necesidades pasando a ser un fin en si mismo, esto es, una actividad compulsiva (un "vicio" llega a decir Giddens) (7). El trabajo asalariado se torna un portaestandarte de significado moral - él define si los individuos se sienten dignos y socialmente valorizados o no; y la motivación para trabajar gana autonomía en relación a otras actividades sociales.

La voluntad para asalariarse, no es una actitud natural, por el contrario, es parte del proceso por el cual la mayor parte de la fuerza de trabajo fue desappropriada violentamente de los medios de existencia y fue proletarizada "activamente". La relación entre el orden "industrial" o "productivista" y el orden "médico-sanitario", está en el hecho que los trabajadores encuentran los mismos parámetros de pensamiento y acción científicos-técnicos del mundo de trabajo (el disciplinamiento "taylorista") en el "higienismo".

Este padrón "productivista" al que se refiere Giddens vivirá su momento cumbre durante los 30 años gloriosos del periodo posterior de la 2ª. Guerra Mundial. En esos "años dorados" -como dice Hobsbawm (1998)- se generalizará un padrón tecnológico y productivo que tiene sus raíces en la Segunda Revolución Industrial cuyas bases se instalaron en el último cuarto del siglo XIX (Mattoso, 1995). Este padrón tecnológico y productivo se generalizará de la mano de los EUA cuando después de la 2ª. Guerra Mundial pase a ser la principal potencia económica y militar del mundo capitalista. Este padrón productivo y tecnológico será primero taylorista, luego fordista y en su momento culminante keynesiano.

## **"Higienismo" y poder disciplinar**

Para Giddens (1989) las doctrinas de Taylor no son más que una formulación tardía del poder disciplinario que acompañó al ascenso de la gran industria. Se trata de la organización (mapeamiento) del espacio, así como de la serialización del tiempo.

El poder disciplinar según Foucault tiene como foco la manipulación del cuerpo (la coordinación de los movimientos del cuerpo en el tiempo y el espacio). Este proceso tiene su origen en la disciplina monástica que se basaba en el confinamiento, en la separación de los individuos del resto de la población y en la regulación cuidadosa del tiempo. En estos espacios "cerrados" (compartimentados) en la que cada uno tiene su "lugar propio" es posible la administración cuidadosa de los movimientos (8).

Según Giddens (op. cit.) existe una semejanza obvia entre la visión de Foucault del poder disciplinar y el análisis de Max Weber de la burocracia moderna. Mientras que Foucault analiza al Estado en forma indirecta, "sintomática", a través de los "hospitales", "manicomios" y "prisiones"; el foco de interés de Weber es precisamente el de la burocracia del Estado. El control del tiempo es característico de la burocracia,

así como también la separación espacial entre el hogar y el local de trabajo.

A mismo tiempo Giddens critica a Foucault en lo que se refiere al papel de las instituciones que este último utiliza como referencia para estudiar el "poder": hospitales, manicomios, y prisiones. Por ejemplo la cárcel es caracterizada por Foucault como una institución que

não tem exterior nem brechas; não pode ser interrompida, exceto quando a tarefa está totalmente concluída; sua ação sobre o indivíduo deve ser ininterrupta: uma disciplina crescente [...] confere poder quase total sobre os prisioneiros; possui seus mecanismos internos de repressão e punição: uma disciplina despótica. (Foucault in Giddens, op. cit. 1989: 124-125)

Para Giddens estas últimas instituciones no son la regla y sí la excepción; y este es el error de Foucault. Las instituciones analizadas por Foucault son aquellas que Goffman estudió como "instituciones totales". Efectivamente en estas instituciones el poder disciplinario es maximizado. Pero la vida cotidiana de la mayoría de la población en las sociedades modernas no transcurre continuamente dentro de estas instituciones "totales". Por el contrario la eficacia de la disciplina administrativa es mayor cuando otros aspectos de la vida de los individuos son separados de ella. Los agentes se someten a este tipo de disciplina sólo únicamente durante algunos períodos del día, y aún así, a cambio de alguna recompensa en función de que será liberado de esa disciplina en otros períodos. El problema de Foucault es que los "cuerpos" no son verdaderos agentes con capacidades cognoscitivas y de realización (ellos sólo pueden resistirse al "poder"). Estos "cuerpos" serían más bien "soportes" de relaciones sociales como decía Althusser y no agentes que participan de la praxis social. Para Giddens el poder es constitutivo de la praxis (junto con el lenguaje). Aquí (para Giddens) "poder" significa obtener resultados que dependen de la acción de los otros agentes (acción sobre la acción de los otros: inter-acción). Por eso para Giddens el camino de Goffman es más fértil que el camino de Foucault en lo que se refiere al análisis de las instituciones "totales". En estas los individuos no poseen esferas separadas de actividad. Estas instituciones para Goffman son incompatibles con la estructura básica de la sociedad moderna: el trabajo asalariado y la familia.

## La medicalización de la sociedad

El proceso socio-cultural que torna el cuidado del cuerpo un bien inestimable es habitualmente designado como medicalización (9) de la sociedad; su contracara es la socialización del saber médico, por lo cuál los valores dominantes son internalizados en la racionalidad del médico (10).

Veamos un ejemplo de este último planteo. Decía el médico Joaquín de Salterian en el boletín de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis, en relación a los "malos" hábitos de los obreros que los llevaban a estar enfermos:

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

Aquí se puede ver como un hábito, una costumbre, es objeto de intervención médico-social (medicalización de la sociedad), y como el saber médico está atravesado por la ideología dominante (socialización del saber médico); esto es, la asociación entre el "higienismo" y el padrón "productivista" de trabajo.

Si la asistencia pública es el producto de la laicización de la caridad, ya no es el sacerdote el responsable por el servicio, la responsabilidad ahora está en las manos de los médicos, representantes de la ciencia que podían decir con Víctor Hugo que "el hombre sólo tiene que ser gobernado por la ciencia" (esto ejemplifica la idea de conducción "técnica" de la vida).

Con este cambio cultural comienzan a tornarse relevantes ciertos problemas sociales, que hasta entonces no eran percibidos como tales. Así sucede con las enfermedades como la tuberculosis y la sífilis. Ambas, ya existían y eran la causa de muerte de muchas personas (entre 9 y 28 0e la mortalidad general de los montevideanos en los años 1851 hasta 1880). Sin embargo aún no eran considerados un problema social.

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

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

En 1855 la administración del Hospital pasó a depender de la Junta Económico-Administrativa de Montevideo a través de una Comisión de Caridad y Beneficencia presidida por Juan Ramón Gómez. Los médicos en este período ocupaban un lugar subordinado. Diríamos, tomando prestado conceptos del Análisis Institucional (11), que el agente interno privilegiado eran las Hermanas de Caridad, y el agente interno subordinado eran los médicos. De ahí el predominio de la tarea de cuidar frente a la tarea de curar. Así por ejemplo durante la epidemia de fiebre amarilla en 1857 la vigilancia de la asistencia quedaba en las manos de un lego, lo que demuestra que los médicos eran aún agentes subordinados, aún cuando ya se estaban movilizand para tornarse "clase médica", esto es, profesionales que no continuaran en una relación de subalternidad. Entonces hasta este momento los médicos (la "ciencia", la "razón") eran aún un agente institucional subordinado a las Hermanas de la Caridad (la "fe").

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

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

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

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

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

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

Kruse (op. cit.) ha subrayado la existencia de una "bolsa de trabajo" en la Asociación Española de Socorros Mutuos. Este servicio operaba a través de los listas, una de trabajo solicitado y otra de trabajo pedido. Un socio - el andador - cumplía la función de avisar a los desempleados las oportunidades de trabajo ofrecidas. También otras mutualistas tenían este personaje. Kruse menciona las tareas que estos andadores desarrollaban en la fiscalización de los enfermos y de los servicios sociales. Kruse encuentra que la utilización de la visita domiciliaria por parte de este socio - el andador - hace que pueda ser considerado como una de las protoformas de la profesión (12). Pero lo que nosotros queremos enfatizar es la existencia de otras funciones junto con la atención de las enfermedades.

Barrán dice a este respecto que:

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

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

El Estado "Batllista" (una forma de "populismo" según algunos autores) está por detrás del proceso de medicalización de la enfermedad, la muerte, los nacimientos. La creación de hospitales es un indicador de este proceso y de esta articulación entre el Estado asistencial y la medicalización de la sociedad. Entre 1860 y 1907 sólo se agregan dos nuevos hospitales (el manicomio y el Fermín Ferreira) al hospital de la Caridad fundado en la época colonial. Entre 1908 y 1930 se fundan diez nuevos hospitales todos en Montevideo. Un proceso semejante ocurre en el interior del país. Así entre 1889 había 3 hospitales; entre 1889 y 1910 se agregan 6 más; 15 entre 1911 y 1915; sólo dos entre 1916 y 1926; y 15 en el final del período (1927-1930). La existencia de estos establecimientos posibilitaba la internación de los pacientes y así obtener un mejor control sobre sus vidas. Parecería que no fue menor la importancia que también tuvo el hecho que la internación facilitaba el estudio y la enseñanza de las enfermedades en la medicina. Con la creación de estos hospitales en las tres primeras décadas de este siglo, la asistencia pública se medicaliza.

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

Así dice Barrán que

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

## **El desarrollo institucional de la Asistencia y la Beneficencia**

Los hospitales públicos, cuya evolución cuantitativa analizamos anteriormente, pasaron a estar, a partir de 1889, bajo la administración de la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, integrada por legos, hasta la creación del Consejo de Asistencia Pública en 1910 (Rivero, 1998).

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

Derivados de esta nueva conducción sucederán hechos que son todo un símbolo de este cambio. El primero fue el cambio del emblema religioso de la comisión (corazón,

cruz y áncora) por el escudo nacional. El segundo fue la supresión de las prácticas religiosas y el retiro de los crucifijos de las salas de los hospitales. Este fue un gran triunfo de la secularización de la sociedad y de la actitud científico-natural (el estilo de pensamiento positivista).

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

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

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

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

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

Había cambiado la relación entre los agentes institucionales. Ahora las Hermanas de Caridad eran un agente subordinado y el médico el agente principal. Anteriormente el objeto institucional (la salud) había sido apropiado por la "clase médica".

Este consejo será fundido al Consejo Nacional de Higiene Pública en el año 1933, creándose el Ministerio de Salud Pública. El Consejo Nacional de Higiene Pública - creado por ley en 1895 - tenía intervención en la elaboración de reglamentos y ordenanzas en lo que respecta a la invasión y propagación de cualquier enfermedad infecciosa, opinaba en lo relativo a la higiene de los establecimientos públicos y también con la construcción de locales industriales y conjuntos habitacionales. También hacía propuestas de ley y reglamentos al Poder Ejecutivo sobre el ejercicio de la medicina y profesionales afines, cuidando su cumplimiento.

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

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



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

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

## **La policía sanitaria o los inspectores de los pobres**

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

En relación a la sífilis el trabajo inspectivo quedó en las manos de los médicos-inspectores que apoyados por la policía controlaban a las prostitutas. Este trabajo inspectivo estaba orientado fundamentalmente al examen del cuerpo de la mujer y más concretamente a sus órganos genitales.

Ya en el final de los años 20 la Comisión de Higiene Pública percibe la necesidad de dejar de lado la forma fundamentalmente represiva de atención de este problema social. Así por ejemplo se puede interpretar esta respuesta a un comisario que solicitaba la inscripción en el Registro de Prostitución de meretrices clandestinas que trabajaban en "cabarés" muy conocidos en la sociedad montevideana de aquellos días:

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

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

La otra enfermedad que apavoraba a la sociedad uruguaya, era la tuberculosis. Ya

subrayamos anteriormente la creación en el inicio del siglo de la Liga Uruguay contra la Tuberculosis que a partir de 1913 será prácticamente incorporada a la Comisión de Asistencia Pública. También vemos que la intervención de los inspectores, que en este caso a diferencia del anterior, no eran médicos.

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

Esta institución proporcionaba a los pacientes: consejo profiláctico, atención médica gratuita, medicamentos, alimentos y ropa. También tenía la facultad de pagar el alquiler de la vivienda a la familia, así como para hacer frente a otros gastos.

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

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

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

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

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

En todos los dispensarios, así como en los servicios especiales para tuberculosos en los hospitales generales funciona el servicio social, creación relativamente reciente y ya bastante extendida y organizada. El médico que pasa visita en su servicio de tuberculosos, es acompañado además de su interno y de la enfermera, por la asistente social, quien deberá preocuparse de todo lo relativo a la parte social del enfermo, es decir, su familia, sus hijos, su medio y condiciones de vida, la posibilidad de encontrarles trabajo, recursos, etc. La asistente social es una cosa distinta de la enfermera visitadora, es su complemento y creada al principio para los casos de tuberculosos, sus beneficios se extenderán en breve a todos los hospitalizados (in Kruse, op. cit.: 100).

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

## **Las visitadoras sociales**

Barrán (op. cit.) dice que entre 1925 y 1930 comenzó a desarrollarse entre los médicos la idea de crear un:

cuerpo de visitadoras sociales [...] para emprender las modernas luchas profilácticas, [que concurrirían] a los hogares a vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas más elementales [y levantar] la ficha social, tan necesaria y tan importante como la ficha médica, contando las deficiencias en materia de vivienda, despistando los contagios, estudiando los factores de miseria y las condiciones de trabajo. [Ellas serian] "encargadas de enseñar cómo debe hacerse de un modo razonado y apropiado" la distribución del socorro que el Estado daría en medicamentos, abrigo y dinero a las familias de los tuberculosos pobres (op. cit.: 105).

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

de la alimentación y desarrollo del niño".

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

También para el control del comportamiento de las prostitutas enfermas fue sugerida la idea de crear un cuerpo sanitario independiente del jefe de la policía. Esta misma idea sería retomada con el nombre de "brigada de higiene social" inspirada en la "police des noeurs" francesa.

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

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

## **Los primeros cursos de Servicio Social**

En otro lugar (13) hacíamos algunas indicaciones del avance del pensamiento positivista durante el proceso de modernización capitalista. Con la ley de reforma de la enseñanza primaria en 1877 por un lado y la creación de la Facultad de Medicina en 1876 por otro (en cuyo seno se creará en 1893 el Instituto de Higiene Experimental), el pensamiento positivista se tornó dominante en el medio universitario. Así por ejemplo, se expresaba el médico Francisco Soca en esta Facultad:

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

Esta actitud "clínica", y la necesidad de contar con material empírico para los estudios científicos, se articulaba funcionalmente con la política del Estado Batllista de crear hospitales donde justamente los médicos y los estudiantes podían encontrar, ordenadamente, según las enfermedades, su objeto de estudio.

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

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

trabajadores sociales (CELATS, 1983: 91).

La centralización de la política asistencial fue una condición necesaria pero no suficiente para enfrentar la "cuestión social" "científicamente". Una vez que la política asistencial quedó en las manos de la "ciencia" es que se inicia la tecnificación de esta política social. Evidentemente el modelo de ciencia es el de la ciencia positivista que naturaliza y "administra" las secuelas de la "cuestión social".

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

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

La concepción de esta escuela en relación a esta formación de Asistentes Sociales sostenía que:

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

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

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

Parecería ser que fue a partir de los año cincuenta que se comenzó a utilizar la

denominación de Asistente Social en substitución del de Visitadora Social. En esa década (en el año 1953) se realizó el primer Congreso Nacional de Servicio Social, que podría haber tenido influencia en la generalización de la denominación de Asistente Social.

## Las visitadoras sociales de higiene

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

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

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

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

He aquí lo que nosotros queremos resaltar en este punto de la investigación: **la visitadora social emerge en las organizaciones institucionales de la Asistencia Pública como agente subordinado al médico y no a las Hermanas de la Caridad.** Será cuando los médicos pasen a ser agentes privilegiados en estas instituciones secularizadas que también se colocará la demanda de este agente subordinado - la visitadora social - y no antes. Este movimiento que lleva a que los médicos se constituyan en agente privilegiado en estas instituciones, es parte de la medicalización de la sociedad (y su contracara la socialización de la medicina), que por su vez está relacionado con la implantación del padrón "productivista" de trabajo.

## Conclusiones

El higienismo fue parte de un proyecto socio-cultural de gobernar por hegemonía a las "clases peligrosas", en el marco del "industrialismo" o de la implantación del ethos "productivista", acostubrándolas a ser constantemente vigiladas y controladas en nombre de la salud, obteniendo por otro lado de ellas la información necesaria para este control.

Este papel del higienismo, como mediación del proyecto de hegemonía de las clases dominantes, es coherente con la hipótesis que sostiene que la génesis del Servicio Social se explica como parte de un proyecto socio-político de las clases dominantes (Montaño y Pastorini, 1998).

Obviamente el "higienismo" no agota todas las determinaciones que explican esta génesis. Esta es una determinación que queremos resaltar por su relevancia en la

jerarquía de determinaciones que explican el proceso de génesis del Servicio Social en Uruguay. La actitud científico-natural de la "ciencia" médica marcó fuertemente a las incipientes ciencias sociales, a través del modelo de diagnóstico-tratamiento (el llamado "modelo clínico-normativo"), de tan larga influencia en el Servicio Social (Porzecanski, 1993).

El catolicismo reaccionó frente al avance de la secularización de la sociedad y también desarrolló sus instituciones, incluyendo al Servicio Social. Pero en esta formación social su papel fue subordinado al papel burgués, iluminista, de tono fuertemente anticlerical que se tornó dominante y se expresa en el papel que a la ciencia y sus cultores - en este caso los médicos - desempeñaban en sustitución a los sacerdotes en la gestión del aparato sanitario a través del cuál se atendían las refracciones de la "cuestión social" y se difundía una nueva moral: el higienismo, o la vieja moral, pero ahora laica.

---

## Referencias bibliográficas

Ander-Egg E. et. all. (1975). Del ajuste a la transformación; apuntes para una historia del trabajo social. Buenos Aires: ECRO.

Barrán J. P (1993a). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 1. El Poder de Curar. Segunda reimpresión. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

\_\_\_\_\_, (1993b). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 2. La Ortopedia de los Pobres. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

\_\_\_\_\_, (1995). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 3. La Invención del Cuerpo. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Bralich J. (1991). Orígenes de la enseñanza técnica en el Uruguay. Montevideo: Universitas.

\_\_\_\_\_, (1993). La Formación Universitaria de Asistentes Sociales: más de seis décadas de historia. En: Cuadernos de Trabajo Social Nº 2. Montevideo: Universidad de la República.

Caetano G. y Rilla J. (1994). Historia contemporáneo del Uruguay: de la Colonia al Mercosur. Montevideo: CLAEH/Fin de Siglo.

Castro, M. (1982). De Apóstoles a Agentes de Cambio. Lima: CELATS.

Filgueira, C. y Filgueira F. (1994). El largo adiós al país modelo. Montevideo: Arca-Peithos.

Gerpe, Nibya et all. (1980). Elementos para un perfil profesional del Trabajo Social: Uruguay. Lima: CELATS.

Giddens, A. (1989). A constituição da sociedade. [Tradução Álvaro Cabral]. São Paulo: Martins Fontes. (Coleção ensino superior).

\_\_\_\_\_, (1991). As conseqüências da modernidade. 2ª Edição. São Paulo:

UNESP.

\_\_\_\_\_, (1996). Para Além da Esquerda e da Direita: o futuro da política radical. [Tradução de Alvaro Hattner]. São Paulo: UNESP.

Glick, Thomas F. (1989). Darwin y el darwinismo. En el Uruguay y en América Latina. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias.

Habermas, J (1990). Teoría de la acción comunicativa I y II. Buenos Aires: Taurus.

Hobsbawm, E. (1998). Era dos extremos: o breve século XX: 1914 – 1991. [Tradução Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli]. 2a. Edição. 12a. Reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras.

Iamamoto, M.V. e Carvalho, R. (1984). Relações sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez/Celats.

Kruse, H. (1965). Historia de la beneficencia y la asistencia social en el Uruguay. Buenos Aires: Dinámica impresos.

\_\_\_\_\_, (1970). Filosofía del siglo XX y Servicio Social. Buenos Aires: ECRO.

\_\_\_\_\_, (1994). En Procura De Nuestros Orígenes. En: Cuadernos de Trabajo Social Nº 3. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales.

\_\_\_\_\_, (1995). Los orígenes del mutualismo uruguayo. Montevideo: EPPAL.

Maguiña, A. (1979). Desarrollo Capitalista y Trabajo Social. Lima: CELATS.

Mattoso, J. (1995). A desordem do trabalho. 1a. Edição. São Paulo: Scritta.

Mitjavila, M. y Echeveste, L. (1992). La medicalización de la reproducción humana. Montevideo: CLAEH. [Serie Investigaciones Nº 64]

Montaño, C. (1998). La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. [Traducción de Alejandra Pastorini]. São Paulo: Cortez. (Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Serie ensayos)

Netto, J. P. (1992). Capitalismo monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez.

\_\_\_\_\_, (1994). Dictadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64. 2da edição. São Paulo: Cortez.

Oddone, J. París, B. (1969). La Universidad. Montevideo: Arca. [Enciclopedia Uruguaya].

Offe, C. (1984). Problemas estruturais do Estado Capitalista. [Tradução de Bárbara Freitag]. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. (Biblioteca Tempo Universitário; Nº 79. Série Estudos Alemães).

Papadópulos J. (1992). Seguridad Social y Policía Social en el Uruguay. Montevideo: CIESU.

Porzecanski, T. (1993). Medicalización y mitologías: Los destinos del cuerpo físico y



social. En: La medicalización de la sociedad. Montevideo: Nordan-Comunidad/Instituto Goethe de Montevideo. (Eco-teca 6).

Real de Azúa, C. (1984). Uruguay, una sociedad amortiguadora? Montevideo: CIESU/EBO. (Estudios sobre la sociedad uruguaya N° 3).

Rivero, S. (1998). La cuestión de la pobreza en la construcción de la modernidad. En: Fronteras N° 3: 81-96.

Varios. (1983). Trabajo Social en América Latina. Balance y perspectivas. Lima: CELATS.

Varios autores (1989b). El reformismo en contrapunto. Los procesos de modernización en el Río de la Plata (1890-1930). Montevideo: CLAEH/Ediciones de la Banda Oriental.

Varios autores (1991). El primer batllismo. Cinco enfoques polémicos. Montevideo: CLAEH/Ediciones de la Banda Oriental.

---

## Notas

1 Fundamentalmente por H. Kruse (1965, 1994) que fueron analizados por nosotros junto con J. P. Bentura en un trabajo inédito titulado "Bosquejo para una crítica a tese da gênese do Serviço Social no Uruguai de Herman Kruse" (1995).

Voltar

2 Trabajo abstracto es trabajo susceptible de cálculo racional.

Voltar

3 De ahí la relevancia en aprehender la política social del Estado en la sociedad capitalista en los términos de transformación duradera de la fuerza de trabajo en su forma-mercancía. El Estado de la sociedad capitalista actúa para generalizar y asegurar las relaciones de cambio en todo el tejido social a través de las políticas sociales (Offe, 1984).

Voltar

4 También el pensamiento o el "espíritu" seguirá un desarrollo prusiano. Así el positivismo establece con relación a la religión una división de campos de validación del saber que acaba relegitimando el papel de la "fé" (ver Capítulo 4 de la tesis de maestría que fundamenta este artículo).

Voltar

5 Para desarrollar nuestra tesis nos apoyaremos en los estudios sobre la medicalización de la sociedad uruguaya llevados adelante recientemente por Barrán (Barrán 1993a, 1993b, 1995).

Voltar

6

VoltarDicho sea de paso, es este padrón "productivista" (y la relación salarial en la que se asienta) que hoy está en crisis, y no en el "trabajo" como categoría onto-genética del ser social.

7 Es la llamada personalidad anal-obsesiva clásica de los análisis de los freudiano-marxistas como Marcuse y Erich From. En estos análisis el personaje central es el debilitamiento del papel del padre autoritario de la sociedad victoriana. Así en la sociedad moderna (post- victoriana) tenemos como consecuencia de estas familias "sin padre", un yo debilitado y un superyó protofascita. La relación entre esta personalidad anal-obsesiva y el higienismo está para ser estudiada.

Voltar

8 Es la estructura del panóptico propuesta por Bentham. Es una estructura carcelaria en la que el guardia puede ver dentro de cada celda sin él ser visto por los prisioneros. Esta es una técnica que permite controlar grandes contingentes de personas.

Voltar

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

Voltar

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

Voltar

11 Los agentes internos son aquellos que hacen la institución, desarrollando positivamente su acción en el cuadro de un aparato determinado. Ellos son la clientela y los mandatarios (o agentes funcionales). Estos últimos son los agentes que tienen el mando. Pueden, por su vez, ser «privilegiados» cuando realizan plenamente la acción institucional (tiene el conocimiento perito de la institución, ej. los médicos en las instituciones de la salud), y «subordinados» cuando sólo sustentan la acción institucional, ej. el Asistente Social en una institución de salud. Los agentes externos no tiene acción directa en el "hacer" de las instituciones, ellos tienen una relación negativa en el sentido que pueden prohibir hacer, mas ellos no hacen (los que hacen son los internos). Los agentes externos son el público que encarna el principio del control democrático sobre las instituciones, y el mandante que representa los intereses de los

grupos dominantes a quien la institución debe prestar cuentas de su actuación (es en nombre de quien se actúa). Los mandantes pueden ser «patrimoniales» - dueños de los medios de reproducción material -, «funcionales» - basados en la apropiación de los medios de reproducción social - y «mandante institucional propiamente dicho» - dueño de la «verdad» institucional, como por ejemplo el Papa en relación a la Iglesia - (la infalibilidad del Papa fue establecida en el Concilio del Vaticano - 1869 - 1870 - definiéndose que el Papa no puede errar en cuestiones de fe y de moral). (Weisshaupt, 1988).

Voltar

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

Voltar

13 Nos referimos al capítulo 4 de la ya mencionada Tesis de Maestría: Modernidad y Servicio Social: un estudio sobre la génesis del servicio social en el Uruguay. Mimeo-UFRJ/ESS: Rio de Janeiro. 1997.

Voltar