

Políticas Sociales y prácticas profesionales del trabajo social: una mirada socio-histórica

Elizabeth Ortega¹

Resumen: *El presente artículo pretende indagar acerca de las diferentes modalidades de intervención en lo social desarrolladas en el marco del sistema de protección social instalado en Uruguay en el siglo XX, particularmente las propias del Trabajo Social en su proceso de profesionalización. Esa profesionalización se encuentra asociada con el proceso de medicalización de la sociedad uruguaya, a partir de las concepciones higienistas, prevalecientes a principios del siglo XX, y las preventivistas, que caracterizaron la segunda mitad del siglo, y que son transportadas, con diferentes formatos y a través de diversos mecanismos, a la vida contemporánea.*

Palabras clave: *Políticas sociales. Prácticas profesional. Trabajo Social.*

Introducción

En el presente artículo se sostiene como supuesto que el estudio sociohistórico de los sistemas de protección social, así como de las políticas sociales y de las estrategias de gobierno poblacional que ellas transportan, permite analizar la complejidad de las modalidades de intervención en lo social en las sociedades contemporáneas.

Se pretende realizar una breve reseña sociohistórica del sistema de protección social instalado tempranamente en Uruguay y sus modificaciones desde principios del siglo XX y, a partir de ello, focalizar la atención en los diferentes dispositivos

¹ Doctora en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación. Docente del Departamento de Trabajo Social de la FCS. Correo electrónico: ortega_ely@hotmail.com

de intervención social, particularmente los relacionados con el Trabajo Social como profesión.

Para realizar dicho análisis se hace necesario tener en cuenta que en el caso uruguayo se reconoce la asociación del surgimiento y primeros desarrollos del Trabajo Social con los procesos de medicalización de la sociedad. Se analizarán particularmente los cambios que se producen hacia mediados del siglo XX en el campo médico sanitario, particularmente en los modelos interpretativos que comienzan a atribuir a la esfera individual y familiar el origen de las enfermedades. Se sostiene que ello colabora en otorgar fundamentos a los procesos de responsabilización del individuo y de la familia acerca de problemas que anteriormente eran considerados como de respuesta social o estatal. Se trata, por tanto, de identificar ciertos trazos de intervención en lo social, asociados a los procesos de individualización, que se pueden considerar como elementos de permanencia en el largo plazo y que adquieren formatos renovados en el momento actual.

1. Una mirada socio-histórica al sistema de protección social en Uruguay

El sistema de protección social en Uruguay tuvo un temprano desarrollo, con una expansión importante ya en las primeras tres décadas del siglo XX.² Las características peculiares de la formación social uruguaya, respecto de la tardía hegemonía de la fuerza del Estado en todo el territorio nacional, del temprano proceso de secularización, y la extensión de los derechos sociales, así como la fortaleza de los partidos políticos,

² Período que es conocido como Primer Batllismo, debido al protagonismo central que tuvo José Batlle y Ordóñez en la consolidación de la autoridad estatal en todo el territorio nacional y en el impulso de un sistema de protección social definido como avanzado para su época. Ejerció la Presidencia de la República en dos períodos en esos treinta años.

trazaron líneas de larga duración que atravesaron todo el siglo XX (CAETANO; RILLA, 1996).

En el mismo sentido Filgueira (1994) destaca la implantación temprana de políticas sociales que se apoyaron en una retórica universalista desde el punto de vista de su formulación a nivel genérico y en su base jurídica. Ese Estado interventor en el diseño de las políticas sociales se estructuraba sobre cuatro pilares: las leyes y resoluciones del Poder Ejecutivo concernientes al funcionamiento del mercado laboral (jornada laboral de ocho horas, semana laboral de seis días, regulación del trabajo femenino e infantil, legislación sobre accidentes de trabajo, etcétera); la política de retiro de la fuerza de trabajo, que se fue haciendo a lo largo del período cada vez más generalizada; la instrucción pública, que se comenzó a consolidar hacia fines del siglo XIX y avanza en el siglo XX con la instalación de la enseñanza secundaria y la reformulación de la universitaria y, por último, el cambio sustancial en la consideración del papel del Estado en la administración de las instalaciones de beneficencia existentes que atendían los aspectos relacionados con la salud pública (Filgueira, 1994).

Estas políticas se enmarcaron en el proceso de consolidación del sistema democrático, donde el papel de los partidos políticos fue central en una cultura política fuertemente estatalista. Caetano (2011, p. 20) apunta en ese sentido dos cuestiones:

En primer lugar, la peculiaridad de un proceso en el que desde fecha muy temprana los actores centrales en la integración ciudadana fueron los partidos (...). En segundo lugar, las implicaciones de la fuerte asociación que se dio en el Uruguay entre la expansión de ese modelo de ciudadanía política y la implantación de una determinada matriz de integración social de nítidos perfiles universalistas, que viene a replantear de un modo distinto el

viejo problema de cómo reconciliar las diferencias culturales con la igualdad política.

Posteriormente, en el período que sigue a la Segunda Guerra Mundial, se destaca el afianzamiento de políticas sociales de carácter universalista, donde se mantienen los cuatro pilares anteriormente señalados por Filgueira, como base del sistema de protección social en Uruguay, en el marco de una sociedad que buscaba en el sistema de sustitución de importaciones una salida económica exitosa y sustentable.

A partir de la década de 1940, entonces, el advenimiento del denominado neobatllismo³ (D' ELÍA, 1982) marca un proceso de continuidades con el Primer Batllismo: consolidación y ampliación de los derechos sociales, protagonismo de los partidos políticos, y aumento considerable de la mano de obra empleada, con un papel relevante de las organizaciones sindicales en ese proceso.

Hacia mediados de la década de 1950 ese modelo comienza a dar indicios de decadencia y se inicia un proceso en que: “Una sociedad amortiguadora, hiperintegrada, partidocrática, frágil/próspera, pero próspera al fin, declinó en su capacidad de innovación y reproducción, para ingresar en una fase de radicalizaciones y violencia sin precedentes en el siglo XX” (CAETANO; RILLA, 1996, p. 198).

En ese período el contexto internacional dejó de ser favorable para la economía uruguaya. La crisis económica que comenzó a manifestarse desde mediados de los años cincuenta fue reforzada por otros factores: cambio radical en los mercados capitalistas, disminución de la demanda internacional de productos latinoamericanos, caída de los precios internacionales

³ Esta denominación, además de corresponderse con un período de continuidades con el Primer Batllismo, se caracteriza por el liderazgo de Luis Batlle Berres, familiar de Batlle y Ordóñez, quien ejerció en ese período la Presidencia de la República.

de las materias primas, lo que implicó un aumento del endeudamiento. También tuvieron incidencia otros problemas de orden estructural de vieja data en Uruguay: el estancamiento ganadero que la crisis vino a ratificar y profundizar volvió a reconocer razones de larga duración, sumándose el freno de la expansión agrícola y la caída del proceso de sustitución de importaciones.

La bibliografía consultada (ASTORI, 2005; FINCH, 1980, 1989) coincide en afirmar que el carácter estructural de la crisis se relacionó con una modificación radical en el mercado mundial, en la inserción internacional del país y en la quiebra definitiva de la construcción económica que había demostrado, en el período anterior, capacidad de ajuste ante coyunturas adversas. Comienza a manifestarse, en forma más notoria, la lucha por la apropiación de un excedente económico estancado: especulación, y corporativización de las relaciones políticas y sociales que se manifiesta en el descontento de los ganaderos, de los industriales, y de los trabajadores.

Este complejo proceso condujo, a partir del Golpe de Estado de 1973, a la instalación de una dictadura que se extenderá hasta 1985. A pesar de las consecuencias nefastas en cuanto a la instalación de dispositivos de represión inéditos en la historia de Uruguay, según Midaglia y Antía (2007) en este período, no se revirtió la matriz de bienestar, aunque sí se resintió la calidad de los servicios, se deterioraron las prestaciones y hubo restricciones del gasto público.

En el período del primer gobierno democrático, que se instala en 1985, se produjo una serie importante de cambios en las políticas sociales que retomaron en muchos de sus aspectos la matriz instalada desde principios del siglo XX.

Sin embargo, es a partir de la década de 1990 cuando se produce una serie de reformas, en el marco de una estrategia de desarrollo con orientación al mercado, que apuntan a la desregulación laboral, a reformar el sistema jubilatorio, el sistema educativo (que, a pesar de ello mantuvo su orientación estatista y universalista), a instalar nuevos programas sociales

estatales que pasan a ser implementados por asociaciones de la sociedad civil, Organizaciones No Gubernamentales, dirigidos a poblaciones vulnerables, y a implementar prestaciones que pasan a ser cada vez más focalizadas (MIDAGLIA; ANTÍA, 2007).

En forma coincidente, Serna (2008) señala como características generales del sistema instalado a partir de la década de 1980: la reducción del papel del Estado, la transitoriedad de los programas sociales, y la privatización o semiprivatización de la implementación de las políticas sociales. De acuerdo con su caracterización del período, las que denomina “redes sociales de seguridad” constituyeron una estrategia de compensación y contención hacia los sectores más excluidos, focalizada en la extrema pobreza. Destaca, también, una de las características más sobresalientes de esas estrategias: la responsabilización de la familia respecto de cuestiones que anteriormente eran atribuidas a la sociedad o al Estado

Los cambios que se producen en los comienzos del siglo XXI están marcados por la instalación de la grave crisis económica que eclosiona en 2002 en Uruguay, a partir de la cual se producen profundos procesos de empobrecimiento y de fragmentación social, con una tendencia concentradora en la distribución del ingreso

El período que se inicia en 2005 con la asunción del Frente Amplio al gobierno puede definirse por una serie de medidas que afectan el sistema de protección social en Uruguay. Ellas se pueden caracterizar, siguiendo a Midaglia y Antía (2007) como de enfrentamiento al modelo implementado en las décadas anteriores que había implicado apertura económica, liberalización financiera, reducción del rol del Estado y reformas pro mercado. Por otro lado las autoras destacan la recuperación del Estado en términos de intervención en la vida social, económica y política, la voluntad de incidir en la estructura de desigualdad y de aliviar las situaciones de pobreza más acuciantes.

Así mismo Serna (2008) indica como elementos de innovación de las que denomina “redes de protección social”,

instaladas en este período, un freno a las estrategias de privatización de las políticas sociales, una creciente valoración del sector público social, el enfoque desde los derechos ciudadanos, los mecanismos de transferencia de ingresos monetarios y el requerimiento de contrapartidas a las familias.

Como síntesis, Serna (2008) afirma que el costo global de los programas sociales de transferencia de renta es marginal, con un escaso impacto en la reducción de la desigualdad económica, donde el efecto sobre la indigencia y la pobreza extrema es el más notorio.

Este breve análisis sociohistórico del sistema de protección social instalado en Uruguay desde principios del siglo XX permite reflexionar, en el punto siguiente, acerca de las diferentes modalidades de intervención en lo social, especialmente las que se relacionan con el proceso de surgimiento y desarrollo profesional del Trabajo Social.

2. Las modalidades de intervención en lo social

Es posible afirmar que el Estado batllista, instalado en las primeras tres décadas del siglo XX, (sobre cuyas características se trató en el ítem anterior) se fue apropiando de espacios que eran anteriormente ocupados por agentes asociados a las organizaciones de caridad y filantropía en las actividades de atención e instrumentación de ayudas a las familias pobres (MORÁS, 2000). Paralelamente apoyó y habilitó institucionalmente iniciativas de profesionalización de esas actividades, siendo las primeras conocidas, aquellas asociadas al higienismo novecentista (ACOSTA, 1997; BRALICH, 1993; ORTEGA, 2008).

En dichas prácticas predominaba la preocupación por distinguir de alguna manera “científica” al “meritorio del falso pobre”, como forma de definir si la ayuda era consignada o negada. Esta función, según Morás (2000, p. 50), se fue corriendo tempranamente del campo religioso y filantrópico al

campo profesional, siendo los nuevos profesionales, “como representantes de nuevas formas de conocimiento científico”, quienes tendrían a su cargo varias funciones: “tanto contribuirán al disciplinamiento como a la despersonalización y exigencia de obligatoriedad de la asistencia. [...] las incipientes ciencias sociales intentan ser el instrumento para una categorización racional de las diversas situaciones planteadas”.

Es así que, en ese contexto, fue habilitada en 1927 la primera escuela que formó visitadoras sociales en el ámbito del Instituto de Higiene Experimental de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Posteriormente fueron creadas nuevas escuelas, tanto en el ámbito público, en la órbita del Ministerio de Salud Pública, como a nivel privado-religioso. Recién en 1957 la formación pública recupera su carácter universitario, como Escuela Universitaria de Servicio Social.⁴

La formación que recibían las primeras profesionales era fundamentalmente médica. Ello fue así porque las estrategias higienistas de intervención en lo social que se desarrollaron durante el pasaje del siglo XIX al XX (a las cuales el Trabajo Social se vinculó genéticamente) estaban asentadas en modelos etiológicos exógenos, según los cuales se atribuye al medio una fuerte influencia en el origen de las condiciones sanitarias de la población (LAPLANTINE, 1991). Ellas tuvieron un desarrollo importante a través de dispositivos que formaban parte de dos de los sistemas más fuertemente integradores: la educación y la salud, siendo los médicos higienistas agentes relevantes en ese diagrama de elementos de carácter disciplinador (en el sentido que Foucault (1998, 2004, 2006) atribuye a ese término), y

⁴ Este ítem fue elaborado tomando como base la investigación desarrollada en el marco de la Maestría en Servicio Social, cuya tesis fuera publicada en Ortega, E. 2008 *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatlista*, Montevideo: Trilce, y en la tesis de Doctorado: Ortega, E. 2011 “Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del Servicio Social en el Uruguay. 1955-1973”. CSIC-UDELAR.

constituyeron el marco general al que es posible asociar el surgimiento de profesiones que, como el Trabajo Social, nacen subordinadas a la profesión médica.⁵

Ello se tradujo en la atribución social a la profesión incipiente, de una serie de funciones sociales relacionadas con su carácter inspectivo y de control. A modo de ejemplo es posible mencionar algunas tareas de las primeras “visitadoras sociales”⁶: hacer llegar el mensaje higienista a las familias pobres, enseñar, especialmente a las mujeres, a cuidar la higiene del hogar, transmitir la importancia del cumplimiento de las indicaciones médicas, tener un papel importante en la regularización de las uniones matrimoniales, registro de los hijos, entre otras. Ese contacto directo con las familias en el propio hogar llegó a conformar un rasgo distintivo de una profesión que también se afianzaba en sus rasgos de profesión femenina (GRASSI, 1989, 1990).

Al respecto de este tema, Lorente (2004, p. 53) estudia

las relaciones entre los saberes derivados de las prácticas de ayuda social y cuidado realizadas por las mujeres, y el proceso de profesionalización a que esas prácticas se han sometido para la moderna ordenación racional del conocimiento. En esa relación el conocimiento generado por las mujeres se produce en condiciones de subalternidad, y la ordenación racional afecta la legitimidad, el prestigio y el reconocimiento social.

⁵ Véase: Kruse (1987, 1994), Bralich (1993), Acosta (1997), Ortega (2008).

⁶ Los títulos otorgados por las distintas escuelas variaron desde “visitadora social”, “asistente social”, “asistente social universitario”, al actualmente vigente de “licenciado en trabajo social”. Cada uno de esos cambios fue producto de intensas discusiones en el marco de la profesión.

De esa forma opta por denominar a estas profesiones como “feminizadas”, en el sentido de que “se trata de la asignación de valores culturalmente considerados femeninos a las relaciones sociales y por esa vía a las profesionales. Es una pauta cultural que afecta comportamientos, no que incrementa sujetos, aunque en un momento determinado lo presuponga” (LORENTE, 2004, p. 40).

A partir de estas marcas de origen nace la profesión. Pero, hacia mediados de siglo XX se produce una inflexión en los modos de intervención en lo social, particularmente en el ámbito de la salud, asociados a la instalación del denominado preventivismo que, al apoyarse en modelos etiológicos endógenos, transporta un cambio fundamental en la consideración del papel del individuo en el origen de las enfermedades. Dicha inflexión estuvo asociada, en el caso uruguayo, a “cambios en la institucionalidad, con el surgimiento de nuevos espacios organizacionales de atención a la salud, la formación de nuevos agentes sanitarios, la influencia de organismos internacionales en los modelos de gestión en el campo de la salud” y en el papel de las diferentes categorías profesionales, entre las cuales se encuentra el Trabajo Social (ORTEGA, 2008, p. 126).⁷

Podría decirse que las propuestas y contenidos presentes en las intervenciones preventivistas en el ámbito de la salud constituyeron una de las manifestaciones incipientes que los procesos de individualización social adoptan en la vida contemporánea (ORTEGA; VECINDAY, 2009).

Mitjavila y Da Silva (2004, p. 70) indican que “la individualización se refiere a los mecanismos y procesos que

⁷ Se podría afirmar que en el transcurso del siglo XX e inicios del siglo XXI las corrientes preventivistas han ocupado un lugar cada vez más central en el campo médico sanitario, ampliando indefinidamente el proceso de medicalización de la sociedad. Se ha incrementado una “preocupación hiperpreventiva” (Castiel, 2010) que se ha instalado en la sociedad toda, y afecta los comportamientos de los individuos frente a casi todas las situaciones que presenta la vida en sociedad.

tornan la percepción de los problemas sociales como problemas individuales en función de disposiciones psicológicas y familiares”. Se puede decir, entonces, en otras palabras, que hacia mediados del siglo XX, la inflexión en los modelos etiológicos hacia modalidades de explicación de los problemas sociales como manifestaciones de problemas ocasionados en decisiones individuales, tiene un fuerte impacto en la transformación de los dispositivos de intervención en lo social y en la institucionalización del Trabajo Social.

Weisshaupt (1988, p. 54) por su parte, describe el doble movimiento de los procesos de institucionalización de las profesiones: en primer lugar el de la propia profesión, que se lleva a cabo a través de varios mecanismos, como son la fragmentación temática, o sea el abordaje de diferentes problemáticas sociales como la salud, la educación, etcétera, con una lógica segmentada, y la tendencia a la “individualización de los problemas, a considerar los mismos bajo una perspectiva de patologías, ya que los patrones de normalidad funcionan como modelos de referencia [...]”.⁸ En segundo lugar, el autor identifica aquel movimiento que involucra a las “poblaciones asistidas” y que persigue como objetivo su institucionalización. La hipótesis que guía el trabajo de Weisshaupt (1988, p. 123) plantea, justamente, que “la carencia de institucionalización o los riesgos de desinstitucionalización o de institucionalización indebida constituirían el objeto básico de la práctica del servicio social”.

Se podría afirmar, entonces, que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, se consolida el pasaje hacia un modelo de abordaje de las problemáticas sociales que estaría asociado a la responsabilización del individuo o de la familia por procesos que anteriormente eran considerados como de respuesta o responsabilidad de la sociedad o el Estado. Hay que tener en cuenta, también, con relación a la participación de las profesiones en los procesos de individualización social, cómo los

⁸ Traducción propia.

individuos orientan cada vez más su vida diaria hacia las actitudes y nociones que los profesionales difunden, y adoptan modelos de conducta en consonancia. Ello también repercute en los planteos de respuestas cada vez más ampliadas, que son planteados a las profesiones (DE SWAAN, 1992).

Teniendo en cuenta estas cuestiones, el proceso de profesionalización del Trabajo Social en la segunda mitad del siglo XX tuvo diferentes expresiones, una de ellas es la ampliación de los requerimientos dirigidos a la profesión desde las organizaciones tanto estatales como privadas, trascendiendo los ámbitos de la salud y la educación, pero manteniendo una modalidad “preventivista”. Las funciones asumidas por la profesión comenzaron a colocar el énfasis en la promoción de cambios en los estilos de vida de los individuos y de las familias y la sobrevaloración de las decisiones individuales como forma de resolución de las situaciones que se planteaban. Ese tipo de respuesta se vinculó a las nuevas demandas hacia la profesión que se relacionaban con su intervención no sólo a nivel individual y familiar, sino también a nivel de las denominadas “comunidades”, dentro de las concepciones desarrollistas presentes en los organismos que debían implementar las políticas sociales. La planificación, la gestión de proyectos y programas que contaran con procesos de autogestión y decisión de las propias comunidades se convirtieron en prácticas comunes para las profesionales.

En las últimas décadas del siglo XX la intervención del Trabajo Social ha estado asociada a la implantación de políticas de corte neoliberal, tal como se caracterizó en el ítem anterior.

La progresiva estructuración de esos nuevos sistemas de gestión de lo social ha hecho visible, según Castel (2004, p. 477) la polarización entre quienes “puedan asociar el individualismo y la independencia, porque su posición social está asegurada, por un lado y, por el otro, quienes lleven su individualidad como una cruz, porque ella significa falta de vínculos y ausencia de protecciones”.

La ampliación de los requerimientos hacia la profesión fue posible porque, cualquiera fuera el campo de actuación del Trabajo Social, las expectativas sobre el papel de esta profesión se concentraban cada vez más en la selección de aquellos aptos para recibir prestaciones sociales, en un contexto de recursos cada vez más escasos. En ese sentido comienzan a hacerse visibles dos sustratos institucionales de esa demanda para el Trabajo Social: la focalización en la pobreza y la necesidad cada vez más presente de categorización de la población que demanda su acceso a prestaciones sociales.

A partir de la implementación de políticas sociales focalizadas, los mecanismos de categorización de las poblaciones han tomado un lugar central, ya que, de acuerdo a parámetros y mediciones establecidas, es posible identificar con cada vez mayor precisión a los beneficiarios de los programas sociales. Se produce una tecnificación creciente en la gestión de lo social, donde el manejo de sistemas de información permite la creación de campos documentales cada vez más sofisticados.

En ese sentido Hacking (1991, p. 24) sostiene que:

[...] los recuentos y enumeraciones exigen categorización y definir nuevas clases de personas a los efectos estadísticos tiene consecuencias en lo tocante al modo en que concebimos a los demás y nuestras propias posibilidades y potencialidades.

La necesidad de clasificar, de cuantificar, de distinguir, de identificar, de focalizar, se han transformado en parte fundamental de las demandas colocadas a la profesión. Ello crea situaciones de gran complejidad ética cuando los soportes sociales construidos previamente, ya no existen (Castel, 2004).

En un sentido que se puede considerar complementario, Grassi (2007, p. 31) indica:

Lo problemático y lo que tiene consecuencias en la disputa (política) por la representación del mundo social es la naturalización de las clasificaciones y de los atributos que le sirven de variables, porque en ese movimiento se pierde de vista el proceso sociohistórico y las relaciones por las cuales los diferentes grupos se distribuyen de manera diferencial y desigual en el espacio social, así como las carencias y las cualidades, los recursos de la política y las responsabilidades por los problemas. Cuando esto se pierde de vista, el relevamiento de las carencias deviene confirmatorio de las estructuras, y las categorías que designan grupos de población entran al discurso técnico político como si constituyeran grupos sociales espontáneamente delimitados.

En este marco de complejidades y de relaciones de poder-saber, la profesión ocupa un lugar especialmente acondicionado por la instalación de un sistema de percepción sobre la necesidad de que ciertos aspectos de la vida social pasen a ser objeto de su intervención: lo que se destaca es el vínculo con los individuos que son clasificados, categorizados, y los efectos que ello produce en sus comportamientos. Los profesionales aplican ciertos conocimientos, los validan, trabajan en el seno de instituciones que garantizan su legitimidad, e integran los mecanismos que hacen posible que las clasificaciones interactúen con los individuos (HACKING, 2001). De allí que este tipo de práctica profesional, institucionalizada, se constituye en un lugar privilegiado de estudio de las relaciones sociales en la vida contemporánea.

Conclusiones

En el presente artículo se procuró realizar una breve caracterización del sistema de protección social instalado en Uruguay desde principios del siglo XX y analizar de qué forma la implantación de un amplio repertorio de políticas sociales acompañó el despliegue de un conjunto de dispositivos de gobierno poblacional que tuvo sus inflexiones a lo largo del período estudiado.

Desde las primeras expresiones profesionales del Trabajo Social, asociadas al higienismo de principios del siglo XX, se transita hacia estrategias de intervención basadas en formas de gestión de lo social asociadas a las estrategias preventivistas que hacen especial hincapié en la responsabilidad del individuo y de la familia acerca de las situaciones planteadas como problemáticas.

La educación, el fomento de comportamientos basados en el autocuidado y en la difusión de estilos de vida “saludables” comienzan a ser discursos de las profesionales del Trabajo Social. Aparecen en ellos términos como empoderamiento, resiliencia y otros que refuerzan las estrategias de responsabilización del individuo.

Este tipo de estrategias de intervención se impulsan en escenarios donde las prestaciones aparecen asociadas a cálculos cada vez más precisos y sofisticados de detección de las carencias, que son diseñados en ámbitos técnico burocráticos.

Desde esta perspectiva, los aspectos más relevantes examinados se traducirían en que, a partir del impacto de las corrientes preventivistas, que comenzaron a ubicar al individuo y a la familia como focos en la atribución de responsabilidades por cuestiones que anteriormente habían sido, en forma predominante, adjudicadas al medio externo, los discursos y las prácticas profesionales comienzan a dirigirse hacia las propias conductas de los individuos, sus hábitos y estilos de vida.

Estos discursos son parte de intervenciones dirigidas a esos mismos individuos y familias que ya han perdido, en

términos de Castel (2004), los soportes que les permitirían pensar en el futuro como posible

Referencias

ACOSTA, L. *Modernidad y Servicio Social. Un estudio sobre la génesis del Servicio Social en el Uruguay*. Disertación (Maestría en Servicio Social) UFRJ, Rio de Janeiro. S/E, 1997

ASTORI, D. Estancamiento, desequilibrios y ruptura. 1955-1972. En Instituto de Economía. *El Uruguay del siglo XX. La economía*. Pp. 65-94. Montevideo, EBO, 2005

BRALICH, J. La formación universitaria de asistentes sociales. Más de seis décadas de historia. *Cuadernos de Trabajo Social*. n 2, p 9-48, Montevideo, Universidad de la República, 1993

CAETANO, G; RILLA, J. *Historia Contemporánea del Uruguay. De la Colonia al MERCOSUR*. CLAEH. Montevideo, Ed. Fin de siglo, 1996

CAETANO, G. *La República Batllista*. EBO, Montevideo, 2011

CASTEL, R. *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2004.

CASTIEL, LD. Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada. En: Caponi, S et al. *Medicalização da vida. Ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça, Ed. Unisul, 2010

D'ELIA, G. *El Uruguay neobatllista, 1946-1958*. Montevideo, EBO, 1982.

DE SWAAN, A. *A cargo del Estado*. Barcelona, Ed. Pomares Corredor, 1992

FILGUEIRA, C; FILGUEIRA, F. *El largo adiós al país modelo. Políticas sociales y pobreza en el Uruguay*. Montevideo, Ed Kellogg Institute, 1994.

FINCH, H. *Historia económica del Uruguay contemporáneo*. Montevideo, EBO, 1980.

_____. Redefinición de la utopía en Uruguay: la política de bienestar social posterior a 1940. En: *Cuadernos del CLAEH. Revista Uruguaya de Ciencias Sociales*. 2º serie. Año 14. Pp. 7 – 20. Montevideo, CLAEH, 1989.

FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. México, Siglo XXI, 1998

_____. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2004.

_____. *Seguridad, territorio, población*. Curso en el Collège de France: 1977-1978. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2006.

GRASSI, E. *La mujer y la profesión de asistente social. El control de la vida cotidiana*. Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1989.

_____. Profesiones femeninas: la reproducción de la desigualdad. *Serviço Social & Sociedade*. Nº 32. Año XI. Pp 96-114. Sao Paulo, Cortez, 1990.

_____. Problemas de realismo y teoricismo en la investigación social y en el Trabajo Social. En *Revista Katálysis*. V 10, pp 26-36. Florianópolis, 2007.

Sociedade em Debate, Pelotas, 19(1): p. 7-26, jan.-jun./2013

HACKING, I. *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. España, Ed. GEDISA, 1991.

_____. Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Leçon inaugurale faite le jeudi 11 janvier 2001 par Ian Hacking. En : <http://www.college-de-france.fr/media/pub-lec/UPL52662-LI-157-hacking.pdf> Consulta: 9-11-08. 2001

KRUSE, H. Evolución de los modelos de ayuda en el Uruguay. *Revista Trabajo Social Uruguay*, n 2, p 18-23. Montevideo, 1987.

_____. En procura de nuestras raíces. En *Cuadernos de Trabajo Social* N° 3. Pp 87-106. Montevideo, FCS. DTS. UDELAR, 1994.

LAPLANTINE, F. *Antropología da doença*. Sao Paulo, Martin Fontes Editora, 1991.

LORENTE MOLINA, B. *Género, ciencia y trabajo. Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social*. Script Ethnologica, año/vol XXVI. Pp 39-53. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, 2004.

MIDAGLIA, C; ANTÍA, F. La izquierda en el gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?. En: *Revista Uruguaya de Ciencia Política*. 16/2007. Montevideo, ICP, 2007.

MITJAVILA, M; DA SILVA, C. Globalização, modernidade e individualização social. *Revista Katálisis*. V. 7. N°1, UFSC, 2004

MORÁS, LE. *De la tierra purpúrea al laboratorio social*. Montevideo, EBO, 2000.

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

ORTEGA, E. *Medicina, religión y gestión de lo social. Un análisis genealógico de las transformaciones del Servicio Social en el Uruguay. 1955-1973*. Montevideo, Udelar-CSIC, 2011.

ORTEGA, E; VECINDAY, L. De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. En *Revista Fronteras*. FCS-DTS. N°5 Segunda Época. Montevideo, FCS, 2009.

SERNA, M. Las políticas de la pobreza en los gobiernos de izquierda del Cono Sur: de las redes sociales de seguridad a las redes de protección social. En: *Revista Dados.*, Río de Janeiro, IUPERJ, 2008.

WEISSHAUPT, J R. (org). *As funções sócio-institucionais do Serviço Social*, Sao Paulo, Cortez editora, 1988.

Recebido em 12/09/2012
e aceito em 30/10/2012

Title: *Social Policy and professional practices of the social work: a socio-historical view*

Abstract: *This paper aims to evaluate the various forms of social intervention developed under the Uruguay's social protection system in the twentieth century, particularly those related to Social Work in its process of professionalization. This process is associated to the medicalization of Uruguayan society, starting from a hygienist conception prevalent in the early twentieth century until the preventivist conception that characterized the second*

half of the century. Both conceptions are transported into distinct formats and through various mechanisms to contemporary life.

Keywords: *Social policy, Professional practice, Social Work.*
