



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés

Departamento de Educación

Licenciatura en Ciencias de la Educación

La mirada médica sobre los cuerpos infantiles entre fines del siglo XIX y principios del XX. Influencias en la conformación del discurso pedagógico en Argentina"

Autora: Carla Paparella

Legajo: 18166

Mentora: Ángela Aisenstein

Victoria, Buenos Aires

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. CONTEXTO HISTÓRICO	5
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1. CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL DISCURSO PEDAGÓGICO	13
3.2. MEDICALIZACIÓN	20
3.3. INFANCIA	25
3.4. MEDICALIZACIÓN DE LA INFANCIA	28
4. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	30
5. ANÁLISIS DE LA FUENTE DE DATOS	33
A. DESCRIPCIÓN DEL CORPUS Y CONSIDERACIONES GENERALES	33
B. DEFINICIONES SOBRE CUERPO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	47
C. PRÁCTICAS EDUCATIVAS: EVALUACIÓN Y PROPUESTAS	55
6. CONCLUSIONES	64
7. BIBLIOGRAFÍA.	68

Universidad de
San Andrés

1. Introducción

El presente trabajo se propone analizar el discurso médico en relación al cuerpo y a la salud infantil en la Argentina entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. La curiosidad por conocer qué ideas y definiciones ofrecía la medicina argentina sobre el cuerpo sano y enfermo de los niños en edad escolar se apoya en la lectura de estudios historiográficos que muestran cómo tras el surgimiento de Estados nacionales aparece una preocupación fuerte por formar, educar y controlar a la población. Siguiendo a Nouzellies (2000: 14):

“En la Argentina del fin de siglo, una vez suprimidas las rebeliones civiles y asegurada la expresión territorial del Estado, la cuestión que dominó los debates políticos e intelectuales del período fue el problema de cómo fabricar ciudadanos. Al Estado virtual instaurado por el monopolio de la violencia debía seguirle una reorganización generalizada de lo social que facilitara la administración pública y la cohesión interna de la comunidad nacional”.

Desde mediados del siglo XIX, y motivado por las grandes oleadas inmigratorias, algunas ciudades del país entraron en un proceso de rápida urbanización. Según Romero la “gran aldea” iniciaba una transformación hacia un conglomerado confuso y heterogéneo que dificultaba, cada vez más, ejercer un control social (en Suriano; 2004). Estas preocupaciones fueron, en gran parte, canalizadas a través del saber médico que ofreció y luchó por imponer sus respuestas tanto para la curación de enfermedades, como para la formación de cuerpos sanos y fuertes, focalizando su análisis y propuestas de intervención en los cuerpos infantiles y en su educación. Podemos hipotetizar que las ideas presentes en el discurso médico han servido de fundamento para definir las concepciones de salud, educabilidad, normalidad. Bernstein afirma que el discurso pedagógico oficial es producto de una construcción social donde puede estar ausente su propia voz (2001:168). Es decir, el discurso pedagógico es portador de otros discursos circulantes entre los cuales se encuentran el médico, el filosófico, el religioso, y el político. En el campo educativo opera una apropiación de otros discursos, que implica, de forma simultánea, una recontextualización. El/los discurso/s susceptibles de recibir forma pedagógica en un determinado momento son aquellos que poseen “el potencial significativo”. En nuestro caso, el discurso médico presenta esta característica, y estudiarlo en relación al cuerpo y a la salud de los niños y las niñas en edad escolar es un “orientador” de las ideas pedagógicas del mismo período. En este sentido, existe un interés por comprender el proceso de construcción social del discurso pedagógico en el origen del sistema educativo argentino. Se entiende que la indagación sobre los modos en que el discurso médico y el discurso pedagógico se imbricaron permitiría comprender la influencia del saber médico y de los médicos como agentes del campo de control simbólico en educación.

Este trabajo pretende colaborar con el relevamiento de las respuestas que dieron los médicos frente a las inquietudes corporales y sociales propias de siglo XIX. Puede decirse que el saber médico logró delimitar lo pensable de lo impensable, lo normal de lo anormal en cuanto al cuerpo y a la educación de los niños. En este contexto, este estudio propone analizar el discurso médico tomando como fuente primaria un corpus de veintidós tesis escritas entre fines de siglo XIX y principios de siglo XX para acceder al grado de Doctor en Medicina por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires .



Universidad de
San Andrés

2. Contexto histórico

Como mencionamos en la introducción, este trabajo se ubica temporalmente en el proceso de conformación del Estado nacional argentino. Siguiendo a Oszlak (1997) se puede afirmar que el Estado nacional se caracteriza por desarrollar y adquirir cuatro propiedades. La primera es la capacidad de externalizar su poder, es decir de obtener el reconocimiento de soberanía y autonomía por parte de otras entidades estatales. La segunda, es la capacidad de institucionalizar su poder por medio del monopolio de los medios coercitivos, esto implica controlar una estructura de fuerzas represivas que no solo son controladas por el Estado nacional, si no que son las únicas autorizadas para tal fin. La tercera capacidad es la de controlar un conjunto diverso de instituciones públicas que legítimamente extraen recursos de la sociedad civil. La última, es la capacidad de incorporar y consolidar una identidad colectiva a través de la alusión a símbolos que potencian el sentimiento de pertenencia social y, a su vez, habilitan el control ideológico como mecanismo de dominación. Todas estas características hacen a un Estado nacional. Como advertirán, las cuatro capacidades refieren a una forma particular de organización de la vida social. En efecto, el que describimos es el surgimiento de un Estado nacional que conlleva el pasaje de una sociedad civil a una nacional en el marco de una economía capitalista. En este complejo proceso ambas esferas, Estado nacional y sociedad civil, se determinan mutuamente. Así, “la formación de un Estado nacional es el resultado de un proceso convergente, aunque no unívoco, de constitución de una nación y un sistema de dominación” (Oszlak; 1997:19).

La nación ofrece un sustento material e ideal, ambos necesarios para sostener la institucionalización estatal. El sustento material refiere al surgimiento e impulso de intereses diferenciados que promuevan relaciones sociales capitalistas en un determinado territorio. El ideal, en cambio, apunta a la creación de símbolos y valores compartidos que al generar un sentido de pertenencia acogen y encubren la antagonía irremediable de dichos intereses.

Por su parte, el Estado instauro un sistema de dominación por medio de la creación de mecanismos que articulan y reproducen el conjunto de relaciones sociales que se dan en ese contexto material e ideal que es la nación. Estos mecanismos son variados, pero comparten la legítima invocación de una autoridad suprema del Estado que en nombre de un interés general de la sociedad interviene y organiza las relaciones sociales. Ahora bien, ¿en qué asuntos sociales y de qué modo interviene el Estado?

“El ámbito de competencia y acción del Estado puede observarse entonces como una arena de negociación y conflicto donde se dirimen cuestiones que integran la agenda de

problemas socialmente vigentes. De esta forma el origen, expansión, diferenciación y especialización de las instituciones estatales resultarían de intentos por resolver la creciente cantidad de cuestiones que va planteando el contradictorio desarrollo de la sociedad” (Oszlak; 1997: 20).

Dicho de otro modo, el Estado toma como objeto de su actividad ciertos intereses o preocupaciones sociales, generados por el propio proceso de diferenciación social, a la vez que los presenta y legitima como representantes del interés general. La creación de instituciones que den respuesta a estas cuestiones posibilita al Estado extraer recursos que lo sostienen. De esta manera, el aparato estatal amplía su área de influencia transformando intereses civiles en objeto institucional de su actividad pero revestidos por la legitimidad que le otorga pasar a representar el interés general. El Estado se involucra y apropia de cuestiones que la sociedad civil ya resolvía de algún modo, adoptando posiciones respaldadas por recursos de dominación que encarnan y ejecutan en distintas instituciones (Oszlak; 1997).

Tras la ruptura con el poder colonial, Argentina atravesó un largo proceso que culminó con la formación del Estado nacional. Cantidades de enfrentamientos civiles, población escasa y dispersa, caminos de poco alcance y difícil acceso, grandes extensiones bajo dominio indígena, mercados localizados, variedad monetaria, heterogeneidad de autoridades y caudillos, dificultaban las posibilidades reales de afianzar un sistema de gobierno estatal y nacional.

Los primeros esfuerzos del período independentista se focalizaron en asegurar el orden; esto es, eliminar las manifestaciones contestatarias. Una pluralidad de intereses proliferaron después de la Revolución de Mayo y la ausencia de una clase dirigente constituida que pudiera canalizar dichos contrapuntos tuvieron como saldo 50 años de guerras civiles. Bajo banderas que clamaban optar entre federales y unitarios, lo que se ponía sobretodo en juego era el control de los puertos y la libre navegación de los ríos. El crecimiento económico de la región pampeano-litoraleña se abocó, durante la primera mitad del siglo XIX, al intercambio fluido con el mercado internacional: exportación de bienes pecuarios e importación de productos industrializados. Dichos intercambios, desde fines del siglo XVIII, estuvieron centralizados en el puerto de Buenos Aires. Para las provincias del litoral, la oportunidad de aumentar su participación en el mercado era nacionalizar la aduana de Buenos Aires y liberar la navegación de los ríos interiores; es decir, habilitar mecanismos que permitieran el comercio directo con el mercado internacional.

En este sentido, la derrota de la Confederación Argentina en 1861 por parte del ejército de Buenos Aires fue un hito central de la definitiva organización estatal. Una vez aplacadas los enfrentamientos locales, los problemas que surgían eran otros. Por un lado, se genera una alianza de intereses entre el sector mercantil-portuario y los terratenientes exportadores: ambos beneficiarios del sistema liberal. Por otro lado, el interior del territorio aparecía como un nicho a

incluir al mercado de importaciones. Para ello, era imprescindible uniformar el sistema monetario, abolir las barreras aduaneras internas, crear vías de comunicación y garantizar el tráfico interprovincial (Oszlak; 1997). Estas tareas podían solamente caer en manos de un Estado nacional financiado, principalmente, por los ingresos de Buenos Aires: “El Estado era la máquina del progreso” (Oszlak; 1997:56).

Las características del país en ese entonces representaban severos obstáculos para el desarrollo económico de las zonas aún ajenas al flujo de mercado: los mercados regionales estaban aislados y las vías de comunicación eran pobres, la población escasa, la moneda no estaba unificada, no había mercado financiero ni garantías sobre la propiedad. Para ello, era imperioso imponer un orden, un marco de funcionamiento social afín a las necesidades de un sistema productivo. Dos idearios venían de la mano: orden y progreso. Sin orden era imposible alcanzar el progreso. Y el progreso, a su vez, no era más que la expansión del sistema productivo.

“El ‘orden’ aparecía así ante una esclarecida elite, como la condición de posibilidad del ‘progreso’, como el marco dentro del cual, librada a su propia dinámica, la sociedad encontraría sin grandes obstáculos el modo de desarrollar sus fuerzas productivas” (Oszlak; 1997:59). De este modo, el orden tenía un guiño de ciudadanía y un atractivo hacia afuera: atraer capitales e inmigrantes, y por último, dar un sentido de realidad al Estado.

Para alcanzar el orden, sin embargo, era necesario que el Estado nacional se apropiara y regulara ciertas esferas de la vida civil, hasta ese momento en manos de privados, de la Iglesia y/o de los gobiernos provinciales. Una de las estrategias fue acrecentar la codificación legal de áreas civiles y económicas como el registro de las personas, el matrimonio civil, los cementerios, la educación y la formación docente, la delimitación y el destino de tierras públicas, entre otras. Dichas regulaciones, forzaban al Estado a extender su marco institucional para atender necesidades o intereses de la comunidad. Siguiendo con el análisis que propone Oszlak, advertimos que el Estado fue penetrando en la sociedad en cuatro modalidades: represiva, cooptativa, material e ideológica.

La penetración represiva consistió en la unificación de la violencia física por parte del Estado, suprimiendo o aplacando resistencias a su autoridad. Esto se logró por medio de la institucionalización de un ejército nacional.

Por su parte, la penetración cooptativa implicó la generación de alianzas con sectores dominantes provinciales y locales. El recurso principal para establecer dichas coaliciones fue el dictamen de una ley que habilitaba al Poder Ejecutivo ejecutar parte del presupuesto para ciertas misiones a las provincias. El otorgamiento de subvenciones a las provincias se diferenciaba según “subsidios” y “auxilios”. El primero destinado a un aporte frecuente, el segundo, con carácter extraordinario, consignado a paliar situaciones de quiebre financiero. El manejo de la distribución de estos fondos

posibilitaba al gobierno nacional reforzar alianzas y potenciar su poder. De igual manera, los cargos públicos fueron otra variable de ajuste en gran parte porque con las elecciones de gobernador y presidente todos los cargos de modificaban. De la mano de un aumento en la institucionalización del Estado nacional, los cargos administrativos fueron creciendo considerablemente.

La penetración material conllevó erigir una infraestructura que promoviera la expansión productiva. Se construyeron caminos, puentes, ferrocarriles, puertos, edificios públicos, escuelas, ciudades, se estableció un sistema de correo, comenzaron a unificarse los criterios para medir las tierras y registrarlas. En muchos casos, estas actividades se llevaron a cabo de forma conjunta entre el Estado nacional y empresas privadas. El ejemplo más evidente de esta alianza es la concesión del ferrocarril.

Por último, la penetración ideológica apuntó a forjar un consenso generalizado hacia el nuevo orden a través de dos procesos. El primero vinculado a la creación de una nación, es decir de un sentimiento colectivo de pertenencia a una comunidad delimitada territorialmente y que comparte una historia, un lenguaje, ciertos símbolos y una proyección de desarrollo. El segundo, referido a la adhesión y naturalización del orden capitalista. Alineados a estos propósitos, el Estado desarrolló y promovió tanto el sistema educativo como el servicio militar y reguló el matrimonio civil.

La apuesta fuerte para penetrar ideológicamente se concentró en la educación. La Ley 1420 estableció la obligatoriedad y gratuidad de la educación común y laica. Tedesco, congruente con esta línea analítica, afirma:

“Los grupos dirigentes asignaron a la educación una función política y no una función económica; en tanto los cambios económicos ocurridos en este período no implicaron la necesidad de recurrir a la formación local de recursos humanos, la estructura del sistema educativo cambió sólo en aquellos aspectos susceptibles de interesar políticamente y en función de ese mismo interés político. Lo original del caso argentino es que las fuerzas que actuaron en el enfrentamiento político coincidieron – cuando cada una de ellas estuvo en la cúspide del poder- en mantener alejada la enseñanza de las orientaciones productivas” (Tedesco; 1982:13).

La enseñanza elemental estaba ligada al logro de la estabilidad política interna; como decíamos más arriba, mantener el orden y el respeto por la autoridad estatal. Los niveles medio y superior, además, apuntaron a formar un tipo de hombre apto para cumplir papeles políticos. Para ello el decreto de 1863 habilitó la creación de colegios nacionales en varias capitales de provincias. Con programas enciclopedistas, orientación única y predominio de materias humanísticas, los colegios nacionales preparaban a sus alumnos para el ingreso a la universidad o bien para los puestos de la administración pública. Como fuimos viendo, desde la derrota de la Confederación y hasta el siglo

XX, el Estado nacional fue aumentando y legitimando cada vez más su accionar sobre la sociedad civil. En este sentido, el estudio del desarrollo de la institucionalización del Estado se alinea con el análisis de las cuestiones sociales que exigen intervención política (Oszlak; 1997:22).

La conformación del Estado nacional bajo la clave de la democracia capitalista trajo aparejado un proceso de modernización de la sociedad argentina. El crecimiento de la población y de los centros urbanos, las vías de comunicación, el intercambio productivo con el exterior, entre otros, modificaron considerablemente el panorama social. Una de las consecuencias principales de la modernización fue la llamada cuestión social. Para el caso argentino la cuestión social concentró las consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización nacientes: la aparición de problemas cada vez más complejos vinculados a nuevas relaciones laborales, pertinentes a las viviendas obreras, relacionados a la atención médica y salubridad, a la criminalidad y prostitución, la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva clase trabajadora, los problemas suscitados en torno al género y puntualmente vinculados con el rol de la mujer (si trabajadora o madre) y la cuestión indígena (Suriano; 2004).

La primera manifestación de la cuestión social tuvo que ver con el crecimiento desmedido y desorganizado de los centros urbanos: en 1869 sólo el 28,6% de la población vivía en centros urbanos, mientras que en 1914 57,2% (Suriano; 2004). Entre 1870 y 1914 llegaron seis millones de personas, de las cuales la mitad se instaló de forma permanente en el país (Zimmerman; 1995). Un análisis detallado de las principales ciudades nos muestra el inmenso crecimiento poblacional que se dio:

Ciudad / Año	1869	1914	Crecimiento en %
Bs. As.	187.100	1.575.000	842%
Córdoba	29.000	122.000	421%
Rosario	23.000	236.000	1026%

Fuente: Elaboración propia con datos de Suriano; 2004

Considerando que el Estado estaba aún afianzando sus mecanismos de regulación social y era incapaz de canalizar eficazmente severos cambios, prontamente se evidenciaron el hacinamiento, la pobreza, se propagaron epidemias, contexto que representaba una marcada necesidad de atención médica. A su vez se multiplicaron las costumbres, formas de vida e idiomas, y aumentaron

los reclamos sociales y laborales. Todo esto provocaba en la elite dirigente la sensación de desorden social e inseguridad.

Las epidemias funcionaron como grandes movilizadores de recursos y empujaron modificaciones lentas pero significativas de la organización estatal y de la sociedad civil. En 1871 la epidemia de fiebre amarilla hizo temblar Buenos Aires ya que murió cerca del 8% de la población (Armus en Lobato: 2000). Como implicancias directas se habilitó un nuevo cementerio y muchas personas se exiliaron de la ciudad. Los centros urbanos (Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Mendoza) estuvieron durante el siglo XIX cíclicamente atravesados por epidemias. Era evidente que para alcanzar el progreso el Estado nacional debía tomar cartas en el asunto.

Como profundizaremos en el capítulo que sigue, de la mano de la conformación del Estado el país atravesó un fuerte proceso de medicalización. Conrad (1992), quien analiza profusamente el proceso de la medicalización, identifica varios factores sociales que posibilitaron y favorecieron su instauración: la secularización, el aumento de la fe en la ciencia y en la razón/racionalización, la idea de progreso, el prestigio y profesionalización de los médicos y su disciplina, entre otros. Rasgos propios de la modernidad que ofrecieron el contexto para el éxito de la medicalización. Para el caso argentino, Zimmerman rescata como características principales del reformismo finisecular: su base social era profesional, principalmente médicos y abogados, con fuerte participación en la vida académica y política; de ideología liberal, progresista y, mayoritariamente, anticlerical; fueron pilares reformistas apoyados en la defensa del parlamento como el espacio propicio para dar solución al conflicto social y de la ciencia como guía de la política estatal, sumado a una visión internacionalista que pretendía ajustar los modelos internacionales a la realidad nacional.

El discurso médico en Argentina atravesó su proceso de legitimación durante los años que abarca este estudio. Gonzalez Leandri (1999) reconstruye este proceso haciendo la clara advertencia que todo proceso de profesionalización conlleva una puja necesaria por ejercer, monopólicamente, determinada actividad, inscribiéndola, bajo el dominio competente de un grupo selecto de profesionales. En nuestro caso, el “arte de curar” tuvo esta suerte.

Partiendo de la periodización que propone Sanchez (2007) la profesión médica se identifica, sucesivamente, en dos grandes categorías: médicos higienistas y médicos sanitaristas. Los primeros, representantes del higienismo, ejercieron entre la década del '80 y comienzos de 1940. Adscribiendo a esta clasificación, podemos afirmar que en este trabajo analizaremos el discurso médico higienista. Como bien sintetiza Schaefer (2012: 13) las características principales de los médicos higienistas son “(...) el deseo de apertura hacia el mundo civilizado por parte de las autoridades, la aceptación del positivismo y el surgimiento del darwinismo social, la llegada masiva de los inmigrantes y la anexa cuestión social, la noción de progreso y la fe en la ciencia”.

En la Argentina de esos años, las altas tasas de mortalidad y la frecuencia con la que se sucedían las epidemias, sumado a los ideales de progreso y modernización, dieron lugar a pensar la enfermedad como problema social. Armus (en Lobato; 2000:510) sintetiza: “El descubrimiento de la enfermedad como problema social fue parte de una suerte de ideología urbana articulada en torno a los temas del progreso, la multitud, el orden, la higiene y el bienestar”. De este modo, desde mediados 1800, para el Estado nacional se volvió cada vez más urgente sanear el mundo urbano. La Higiene fue el eje vertebrador del modo de hacerlo. “En efecto, importantes trabajos han destacado, por una parte, el papel de la Higiene ha ejercido como propiciadora de un proceso de medicalización de la sociedad, y por otra, se ha puesto también especial énfasis en cómo el control y manipulación de tales técnicas ha permitido el surgimiento y posterior consolidación de polos de poder médico” (Gonzalez Leandri; 1999: 58).

Según señala Gonzalez Leandri, el control higiénico para proponer la intervención en dimensiones clave de la sociedad gozó siempre de buena aprobación por parte de los gobiernos, e incluso logró agrupar bajo su bandera amplios sectores y profesiones: filántropos, políticos, periodistas, químicos, farmacéuticos, médicos. Ahora bien, una mirada a largo plazo, muestra una asociación más exclusiva y directa entre control higiénico y médicos. Aliados con el Estado en un programa modernizador, los médicos, posicionados como los representantes predilectos del saber higiénico, participaron activamente para prevenir y disciplinar los hábitos y la moral de la población. Se pensaba a la ciudad como un cuerpo (dis)funcional que precisaba de ajustes e intervenciones que aseguraran su buen funcionamiento. En la segunda mitad del siglo XIX se crearon el Consejo de Higiene Pública (lo cual le dio status institucional a las acciones de control higiénico) y la Comisión de Higiene de la Municipalidad de Buenos Aires.

Una gran parte de las preocupaciones centrales de los higienistas fueron los amontonamientos y la circulación de elementos vitales. El primer problema agrupaba la llegada de inmigrantes al puerto, la vida en los conventillos, los animales en los mataderos, los muertos en los cementerios, la comida y la gente en los mercados, espacios donde la propagación de enfermedades infectocontagiosas era difícil de controlar. El segundo, en cambio, incluía el flujo del agua (red de agua potable y cloacal) y la circulación del aire. Resulta sumamente interesante retomar la comparación que realiza Gonzalez Leandri (1999) en relación a las preocupaciones de los higienistas en Francia y en Argentina. En el primer caso, motivadas por las consecuencias de la industrialización y la reproducción de la mano de obra. En nuestro caso, como vimos en este apartado, la industrialización no era el fuerte económico, las amenazas venían de la mano de la urbanización.

En línea con la hipótesis de Oslazk (1997), para dar respuesta a estos problemas el Estado desplegó una serie de acciones: erigió una serie de instituciones (Departamento Nacional de

Higiene, Dirección de Asistencia Pública, Casas de Aislamiento, Hospitales, Conservatorio Nacional de Vacuna) avanzó en la construcción de redes de infraestructura (red de agua potable, cloacal, alcantarillado, pavimentación) y promovió campañas de control y prevención.

De alguna manera, se conformó un código higiénico que ofrecía una herramienta para ordenar la vida urbana y permitir el acceso de amplios sectores al mundo moderno. No sólo logró disminuir notablemente la mortalidad (los índices en las ciudades disminuyeron de 1870 a 1920 a la mitad), sino que también logró la aceptación de ciertos códigos morales y la modificación de conductas en el ámbito privado. Se ocupó del cuerpo físico y del “alma” y “penetrando prácticamente en todos los poros de la sociedad y la cultura, la higiene se transformó en un catecismo laico donde se fueron confundiendo, de modo creciente a medida que el siglo avanzaba, profilaxis, consumo y modernidad” (Armus en Lobato; 2000:546). Este saber procuraba sanear la ciudad y las masas urbanas en cuanto a lo físico y a lo moral; en efecto la proliferación de epidemias se asociaba con una degeneración de la población, una degradación moral y física.. la enfermedad daba cuenta de la suciedad y el espíritu higiénico apuntaba a regenerar y generar una nación argentina fuerte y sana.

En esta línea, y retomando lo que planteaba Gonzalez Leandri, los médicos buscaron posicionarse como los únicos proveedores posibles para cumplir tales cometidos. Lograr el arte de curar los cuerpos y las almas, implicó, por cierto, una puja de poder con otras ofertas, muchas veces, más instaladas en el ideario de los ciudadanos de aquel entonces. En gran medida, el esfuerzo fue facilitado no sólo por el desarrollo de una red de instituciones de atención controladas por los médicos sino también por un renovado empeño orientado a ganar la calle y la conciencia de la gente utilizando los modernos métodos del *marketing*” (Armus y Belmartino en Cattaruzza; 2001: 286). En tal sentido, debe leerse la creación de revistas como la *Revista Médico-Quirúrgica* que en 1864 sentenciaba: “La Higiene es la primera necesidad, en efecto, de los pueblos; su conservación y fomento el principal deber de los gobiernos: el estado de ella en un país, es también, la mejor prueba del estado de adelanto e ilustración a que ese país ha llegado” (en Gonzalez Leandri; 1999: 65). La transcripción de revistas especializadas españolas y francesas como la realización de Congresos internacionales, coadyuvaban a higienizar y por ende, medicalizar, el cuerpo social y las políticas de intervención.

Según el autor, hacia fines de 1870 la medicina se configura en el país como un campo científico profesional.

3. Marco teórico

En el capítulo anterior hemos recorrido y caracterizado las implicancias históricas, sociales y culturales de la conformación del Estado argentino. A su vez, esbozamos algunos lineamientos teóricos que sustentan el trabajo.

En este apartado, nos adentraremos en los conceptos fundamentales que enmarcan el análisis de esta investigación. El primero refiere al discurso y en particular a la construcción del discurso pedagógico: sus características de producción y reproducción. El segundo, a la construcción del discurso médico y al proceso de medicalización. El tercero, a la conceptualización de la infancia, y por último, a modo de síntesis, a la medicalización de la infancia.

3.1. Construcción social del discurso pedagógico

En la introducción adelantamos que este estudio versará sobre el análisis del discurso médico en relación al cuerpo y salud de niños/as en edad escolar. Es decir, nuestro objeto de estudio es un tipo particular de discurso. El lector, sorprendido, puede dudar de la pertinencia del recorte propuesto para una Tesis de la carrera de Ciencias de la Educación. Para desarmar posibles incertidumbres avanzaremos en este capítulo en dos frentes. Primero reflexionaremos acerca de la producción de discursos en el campo de control simbólico. Seguidamente, puntualizaremos las características que adquiere un discurso particular: el pedagógico. Esperamos, en esa instancia, aclarar la incumbencia del discurso médico (plasmado en las Tesis para acceder al título de Doctor en Medicina) con la cuestión pedagógica.

Foucault (2008) se propone analizar los problemas teóricos asociados al campo de las ideas, de la ciencia, del conocimiento y sus fronteras. El primer problema al que se enfrenta es cómo delimitar el conjunto de enunciados que conforman un discurso, una disciplina como *la literatura*, *la medicina*, *la historia*, etc. Intentado dar respuesta a esta dificultad, formula algunas ideas generales que aquí reconstruiremos muy brevemente. Un abordaje posible es identificar un discurso con una obra, un libro. Pero sería reduccionista puesto que los límites de un libro no se corresponden con su índice, este se encuentra “envuelto es un sistema de citas de otros libros, de otros textos, de otras frases como un nudo en una red” (Foucault, 2008: 36). Esto evidencia un primer rasgo del discurso: es un campo complejo que sostiene (y se sostiene), como una red, múltiples enunciados. Esto nos da paso, al segundo rasgo que es la imposibilidad de delimitar certeramente su origen: “más allá de todo comienzo aparente, hay siempre un origen secreto, tan secreto y tan originario que no se le puede nunca captar del todo en sí mismo” (op cit. 38). Si es imposible encontrar su origen es también porque este se debe a su propio vacío, es decir, en un mismo acto, lo que se

dice es lo no dicho: “Se supone así que todo lo que al discurso se le ocurre formular se encuentra ya articulado en ese semisilencio que le es previo, que continúa corriendo obstinadamente por debajo de él, pero al que recubre y hace callar” (op cit. 38).

Desde este lugar, Foucault se propone indagar cómo es que ha aparecido un enunciado y ningún otro en su lugar. A tal fin, se apoyará en las agrupaciones disciplinares conocidas para desarmar y reconstruir, conceptualmente, los nudos y redes que sostienen esos enunciados y, eventualmente, advertir si es posible recomponerlos legítimamente o más bien reconstruir otros con ellos. Los enunciados o acontecimientos discursivos son la evidencia de lo dicho y lo no dicho a la vez. Pero lo que importa para analizar, si se quiere, es lo dicho efectivamente. Dicho de otro modo, comprender, a la luz de lo que enuncian esos enunciados, su singular existencia, el lugar que ocupa en la exclusión y relación que, en el mismo instante, exhiben con otros enunciados.

Por su parte, Bernstein (2001) continúa el estudio de Foucault¹ y encara una investigación cuyo objeto de estudio es la relación entre los discursos, las relaciones sociales, la división del trabajo y los sistemas de transmisión que crean la relación entre ideología y consciencia. A fin de ordenar estas relaciones, identifica dos campos: el campo de control simbólico y el campo económico. Siguiendo su trabajo, podemos definir el control simbólico como el campo que logra dar forma especializada y distribuida a la consciencia a través de medios de comunicación. Es decir, discursos que transmiten (a la vez que conforman) determinadas relaciones de poder y categorías culturales dominantes: “El control simbólico traduce las relaciones de poder a discurso y el discurso a relaciones de poder” (op cit: 139). De este modo, advertimos que el control simbólico produce discursos que encarnan las relaciones de poder, a la vez que las constituyen. En esta mutua retroalimentación se habilita, por supuesto, la posibilidad de transformaciones².

El campo de control simbólico se conforma por un conjunto de agencias y agentes especializados en determinados discursos y códigos discursivos que dominan: “Éstos códigos de discurso, modos de relacionar, pensar y sentir, especializan y distribuyen formas de consciencia, relaciones sociales y disposiciones” (op cit: 139). En otros términos, los agentes hegemónicos en el campo de control simbólico configuran las nuevas profesiones vinculadas a regular los cuerpos, las relaciones sociales y sus contextos espacio/temporales al pautar los medios, contextos y posibilidades de los recursos discursivos (Díaz en Larrosa; 1995). El campo económico, en cambio, regula las posibilidades, contextos y medios de los recursos físicos. El campo simbólico con sus códigos

¹ Continúa su trabajo a la vez que se propone destacar un vacío identificado en la obra de Foucault que es la compleja relación entre agencias, agentes y relaciones de poder con la educación y sus modalidades de transmisión (1997: 138).

² A continuación de la cita presentada, el autor concluye: “Y añadiré que puede transformar, también, esas mismas relaciones de poder” (1997: 139).

discursivos; el económico con sus códigos de producción. Resulta insoslayable el poder aclaratorio que presentan ciertas comparaciones. Por ese motivo, continuando con el razonamiento de Bernstein podemos identificar tres cuestiones centrales que caracterizan diferencialmente a cada campo. La primera cuestión refiere al nivel de explicitación, la segunda a la homogeneidad de la ideología, y la última a la complejidad de la división del trabajo que presenta cada campo.

En el económico, la interdependencia que existe entre las agencias especializadas y sus funciones es explícita. Además, es posible que los agentes compartan intereses y una ideología común. En el campo de control simbólico, en cambio, “es probable que se consideren las agencias y funciones como discretas y especializadas, y sus ideologías subyacentes como menos transparentes” (op cit. 139) a la vez que es posible que no exista una ideología compartida por todos los agentes hegemónicos involucrados. Existe la posibilidad de encontrar agencias con posturas divergentes, dependiendo de la posición y autonomía respecto del Estado.

Por último, señalaremos que la complejidad de la división del trabajo de un campo no determina la del otro. “Los campos pueden variar con independencia mutua” (op cit; 140). Los códigos discursivos pueden habilitar o no, o en diverso grado, relaciones directas con los recursos discursivos y/o físicos. Ahora bien, cabe señalar una diferencia significativa al respecto: las agencias que asumen funciones de control simbólico en el campo de control simbólico adquieren *funciones normalizadoras explícitas*, función que las agencias dedicadas a funciones de producción en el campo simbólico, no consiguen. Esta función normalizadora refiere a la determinación de “normas generales para la ley, la salud (física, mental y social), la administración, la educación y para la producción y reproducción legítimas del mismo discurso” (op cit: 143).

Este concepto de función normalizadora es ineludible y nos detendremos un momento a desarrollarlo. La normalización es la delimitación de jerarquías, medidas y regulaciones en torno a una (idea de) norma de distribución que dentro de una población ubica objetos, personas según un juicio de normalidad y anormalidad (Ball; 1993: 23).

Hasta aquí hemos señalado que los discursos son dispositivos del campo de control simbólico que refieren a algo que puede ser pensado y dicho en relación a la normalización de los objetos por ciertas agencias y agentes. En este sentido, los discursos también dan cuenta de quiénes pueden hablar, cuándo, desde qué lugar y con qué autoridad. Así, de forma simultánea los discursos se conforman por las relaciones de poder, las constituyen e instituyen subjetividades. Esto implica que

“las posibilidades de significado y de definición están cubiertas de antemano por la posición social e institucional de quienes hacen uso de ellos. Así, los significados no surgen del idioma, sino de las prácticas institucionales, de las relaciones de poder. Las palabras y los

conceptos cambian su significado y efectos según el discurso en el que se desarrollan” (Ball; 1993: 23).

Como veremos más adelante, la medicina adquirió, en determinado momento histórico, estas categorías estableciéndose como discurso hegemónico en cuanto al cuerpo y sus cuidados; se instituyó como una de las agencias del campo de control simbólico, pero ¿qué tipo de agente? Bernstein propone una división de trabajo de agencias y agentes de control simbólico según seis categorías; a cada uno le compete una función particular dentro de la normalización explícita:

1. Reguladores: su función es definir, controlar y asegurar los límites de las personas y las actividades. Algunos ejemplos son el sistema jurídico, el sistema religioso, y el servicio penitenciario.
2. Reparadores: su función es diagnosticar, prevenir, curar, separar los desvíos o fallas del cuerpo, de la mente y de las relaciones sociales. Los médicos, psicólogos o trabajadores sociales son algunos ejemplos. Como veremos más adelante, existe una estrecha relación entre los reparadores y los reguladores. En algunos casos, manifestada por su superposición; en otros, por su oposición.
3. Reproductores: su función es reproducir ciertos discursos propios de las clasificaciones anteriores. El privilegiado sistema educativo es, sin duda, el mejor ejemplo.
4. Difusores: agentes de los medios de comunicación masivos y especializados
5. Configuradores: su función es desarrollar y modificar las formas simbólicas en las ciencias y las artes como las Universidades y centros de investigación.
6. Ejecutores: su función es administrativa y por ende, se encuentran en todos los campos.

Nuestro objeto de estudio cumplió funciones reguladoras y reparadoras. Como decíamos en el apartado anterior, el cambio de siglo encontró a la Argentina en un complejo panorama: con un Estado Nacional luchando por instaurar orden, una descontrolada cuestión social producto de la pronta urbanización y una ambición de la clase dirigente por alcanzar el progreso. En este escenario, la medicina, aliada con el Estado, ofreció (e impuso) categorías y parámetros para regular a las personas y políticas, a la vez que dispuso criterios de normalidad/anormalidad y ejerció el tratamientos de cuerpos y mentes.

Como adelantáramos, todas las agencias conforman, de algún modo, en el campo de control simbólico, ciertos códigos discursivos y operan en el proceso de normalización. En este sentido,

Ball (1993: 23) sintetiza: “en la medida en que los discursos se construyen por exclusiones e inclusiones, por lo que no debe decirse tanto como por lo que sí puede ser dicho, mantienen relaciones antagónicas con otros discursos, otras posibilidades de significado, otras peticiones, derechos y posturas”. Éste es el "principio de discontinuidad" de Foucault: "Hemos de tener en cuenta los poderes complejos e inestables por los que el discurso es a la vez instrumento y efecto del poder, pero también obstáculo, escollo, punto de resistencia y punto de partida para la estrategia opuesta" (Foucault; 1982, pág. 101).

Dependiendo del lugar de las agencias en el campo y su ideología, pueden estar o no, controladas por el Estado. Algunas, necesariamente guardan una estrecha vinculación.

Llegados a esta instancia, nos encontramos en condiciones de pasar a las particularidades del discurso pedagógico. El discurso pedagógico (legislativo, curricular, didáctico) es entendido como un dispositivo que, a la par de distribuir conocimientos, construye o imagina destinatarios y se propone modelar subjetividades (Bernstein; 2001).

Si bien algo adelantamos cuando puntualizamos la función de las agencias y agentes reproductores donde ubicamos el sistema educativo, Bernstein afirma, categóricamente, que el discurso pedagógico existe pero, como tal, carece de voz propia: “lo ausente del discurso pedagógico es su propia voz” (2001: 168).

Más aún, es portavoz de discursos provenientes de campos diferentes al educativo: campos de producción y de control simbólico. Analíticamente, en este discurso pueden identificarse un portador, es decir un transmisor de ese discurso - que como veremos responde a reglas relativamente estables- y un texto que es transportado (que expresa reglas que varían según el contexto). Pese a esta diferencia, ni el portador ni lo transportado son neutrales en términos ideológicos. Esta vinculación con el contexto que presenta lo transportado es el potencial significativo: “entendemos por potencial significativo simplemente el discurso potencial susceptible de recibir forma pedagógica” (op cit: 184). Como afirmamos en la introducción, el discurso médico que analizaremos presenta esta característica.

Ahora bien, el rasgo de portador no implica una reproducción lineal; no es sacar enunciados de un lugar y llevarlos a otro. En efecto, el dispositivo del discurso pedagógico regula continuamente el conjunto ideal de significados pedagógicos potenciales, limitando o fomentando sus realizaciones, y al mismo tiempo, es capaz de obtener un resultado que subvierta las reglas el dispositivo: “Postulamos que, entre poder y conocimiento y entre conocimiento y formas de consciencia, siempre está el dispositivo pedagógico. Definimos el instrumento pedagógico como las reglas distributivas, recontextualizadoras y evaluadoras de formas especializadas de consciencia”

(Bernstein; 2001: 186). Estas se encuentran jerárquicamente relacionadas de modo que las distributivas condicionan a las de recontextualización y estas, a su vez, a las de evaluación.

Las reglas distributivas regularizan la relación entre poder, grupos sociales, formas de consciencia y prácticas: delimitan lo pensable de lo impensable. En cierto modo, fijan un orden particular de significados donde se relaciona lo material con lo inmaterial. En este espacio formado por esta relación se forja el status quo como el caos, se hallan el orden con el desorden. Al mismo tiempo, se establece qué agencia y qué agentes pueden transformar el desorden en orden, es decir volver pensable algo impensable: "A través de sus reglas distributivas, el instrumento pedagógico es tanto el control sobre lo 'impensable' como el control sobre quienes pueden pensarlo" (op cit 188). En síntesis, distribuyen la legitimidad para transmitir algo fijando el quién, el qué y el cómo (o sus condiciones de transmisión). El discurso pedagógico conforma las reglas de comunicación especializadas para aproximar los enunciados delimitados a las subjetividades y consciencias; establece el modo en que el discurso (ya seleccionado) de orden social (o regulativo) se inserta en un discurso instruccional (o de competencias).

Ahora bien, cabe preguntarse de qué modo el discurso pedagógico transforma el discurso regulativo en instruccional. Bajo el principio de recontextualización, el discurso pedagógico descoloca y recoloca conocimientos, prácticas y formas de organización de campos ajenos al educativo. En palabras de Bernstein (2001: 189):

"En un sentido importante, el discurso pedagógico no presenta un discurso específico. Carece de discurso de sí mismo. *El discurso pedagógico es un principio para apropiarse de otros discursos y ponerlos en una relación especial mutua a efectos de su transmisión y adquisición selectivas.* Por tanto, es un principio que extrae (descoloca) un discurso de su práctica y contextos sustantivos y lo recoloca según su propio principio selectivo de ordenación y enfoque. (...) Es un principio recontextualizador que se apropia de, recoloca, reenfoca y relaciona selectivamente otros discursos para construir su propio orden y sus propios ordenamientos".

En este sentido, podemos afirmar que carece de discurso que no sea el recontextualizador. El principio recontextualizador, entonces, se apropia de otros discursos y los recoloca en nuevos espacios estipulando reglas morales de orden, relación e identidad. Allí se condensan las relaciones dominantes del campo económico y de control social. El discurso pedagógico propone un orden moral sujeto a las reglas recontextualizadoras. Puesto que el objetivo del discurso pedagógico es lo instruccional, se sirve de las reglas de recontextualización para caracterizar y ordenar los discursos en vistas a los distintos componentes de la situación pedagógica: la práctica, el sujeto/adquiriente, el transmisor, el contexto y la competencia académica.

Definidas estas características del discurso pedagógico, que el autor denomina contexto primario, en el propio sistema educativo sucede una reproducción del discurso pedagógico. Los maestros, por ejemplo, transmiten, en una situación pedagógica real, parte del discurso seleccionado y transformado por el contexto recontextualizador. Lo que efectivamente comunican en el contexto secundario es una selección del discurso recontextualizado y responde a las reglas de evaluación que operan en la misma transmisión, en la práctica pedagógica.

Tal como fue presentado es posible hipotetizar que el saber médico estuvo presente en cada contexto del discurso pedagógico. En efecto, si bien no fueron los únicos agentes del campo de control simbólico preocupados y con voluntad de imponer sus ideas de reforma social, los médicos lograron imponer sus visiones en cuanto a los modos de vivir, de cuidar y de educar al cuerpo. En relación a esta síntesis, Aisenstein (en Scharagrodsky: 2014: 3) agrega:

“Su presencia en el ámbito del Estado puede también ser entendida en el marco del proceso de reemplazo del discurso eclesiástico en aquellos países en que parte de la disputa político ideológica se centraba en el alejamiento de la escuela del influjo directo de la iglesia. En esa instancia el discurso de la medicina proveería de normas y prescribiría hábitos no ligados a la doctrina religiosa pero con la misma ambición de intervención sobre la vida individual y social (Puiggrós, 1990; Turner, 1982; Conrad, 1992)”.

Las Tesis que analizaremos se presentan como una superficie de registro de las ideas, valores y prácticas de los médicos de la época.

3.2. Medicalización

Explorado el concepto de control social y normalización, su enlazamiento y condensación en discursos, así como la particularidad del discurso pedagógico en tanto portador de otros enunciados e ingeniero de consciencias, estamos en condiciones de pasar al segundo concepto y adentrarnos en unos de los procesos históricos que ejemplifica, ya veremos cómo y por qué, todo este asunto. Nos referimos al proceso de medicalización.

Retornando brevemente el concepto de normalización, en la primera parte decíamos que es la delimitación de jerarquías, medidas y regulaciones en torno a una (idea de) norma de distribución que dentro de una población ubica objetos, personas según un juicio de normalidad y anormalidad. Los discursos, por lo tanto, aparecían como dispositivos del campo de control simbólico para fijar, transmitir, y regular qué puede pensarse y decirse en relación a lo normal y anormal, a lo permitido/aceptado y a lo no, y a la vez quiénes tienen la autoridad para precisar eso y desde qué lugar. Por eso afirmábamos que, simultáneamente, los discursos se conforman y constituyen relaciones de poder erigiendo ciertas subjetividades.

Conrad y Schneider (1992) estudiaron el proceso de medicalización en relación al concepto de desvío. Los autores sostienen que todas las sociedades establecen acuerdos de lo que son buenos comportamientos y cuáles, se consideran inadecuados o inmorales por violar esos principios sociales. La inquietud que guía su trabajo es el discurso moral y, específicamente, cómo y por qué ciertas conductas pasan a considerarse incorrectas.

En línea con nuestra postura, conceptualizan al discurso moral como una construcción social desigual en la que participan, en determinados momentos históricos, algunos actores; quienes más poder tienen en la sociedad se encuentran en mejores condiciones para imponer sus creencias respecto de lo que son buenas y malas conductas. Estas construcciones discursivas del desvío están íntimamente asociadas a las instituciones o grupos que tienen capacidad de control social. Por este motivo, el foco del trabajo de Conrad y Schneider no está puesto en el contenido que adquiere el desvío en sí, sino en el proceso social a través del cual ciertos comportamientos son definidos por determinadas instituciones y encarnados colectivamente como un tipo de problema.

De esta manera, la violación a la moral no se da por desvíos individuales si no como consecuencia de definiciones y reglas aplicadas por algunos sectores a otros; lo que se considera desvío no es más que una representación histórica/cultural de una sociedad. La pregunta que intentan responder es quién/es construyen, conceptualmente, las desviaciones y desviados, cómo lo hacen y con qué consecuencias. Si volvemos a las funciones definidas por Bernstein (2001) para las agencias y actores de discursos de control social, estas preocupaciones atañen a las funciones reguladoras y reparadoras.

Conceptualmente, proponen caracterizar al problema del desvío del siguiente modo:

1. Es universal, pero no hay ningún concepto asociado que así lo sea.
2. Es una definición social, esto es que no hay nada natural o dado en relación a lo que se considera como desvío, inmoral o pervertido. Las definiciones asociadas son voluntarias y reflejan ideas e intereses de ciertos grupos/clases sociales.
3. Ciertos grupos sociales construyen y refuerzan estas definiciones/ideas aplicando castigos. No se puede separar lo conceptual de su aplicación práctica continua. Por ello, mencionamos a las funciones reguladora y reparadora.
4. Su contenido es contextual (varía según las culturas). El qué, cómo y a quiénes se condena varía según el contexto social.
5. Es una definición social que implica un juicio negativo en relación a una conducta.

Según los autores, el desvío es la construcción de definiciones sociales que condenan y enjuician negativamente ciertas conductas, a la vez que aplican exitosamente “castigos” o procedimientos a los miembros de la sociedad que muestran ese comportamiento. En este sentido, y desde una visión interaccionista, entienden que la moral (y su discurso) es una construcción social en la que participan, desigualmente, algunas agencias y actores según el contexto socio-histórico: los sectores con más poder, logran imponer como verdaderas sus creencias e intereses. El desvío, entonces, aparece como un problema universal, pero no existen formas/formatos universales de desvío.

Dispuesto, entonces, que el desvío es un atributo que se le adjudica a ciertas personas, la investigación de los autores repasa el proceso de construcción (origen, desarrollo y cambio) de estas designaciones más no de los comportamientos.

Conceptual y teóricamente, adoptan un enfoque fenomenológico y del conflicto social. El enfoque fenomenológico parte del supuesto que la realidad no es algo que existe independiente y separado de los sujetos. Berger y Luckmann formalizaron el proceso de construcción social de la realidad en 3 estados:

- Externalización: proceso por el cual ciertos sectores construyen productos culturales, como por ejemplo que un cuerpo sano da cuenta de una “buena” moral.
- Objetivación: proceso por el cual se institucionaliza el producto cultural puesto que se apropia de la realidad objetiva y se independiza de quienes lo crearon. En este sentido, “el lenguaje se

torna un reservorio de sedimentaciones colectivas institucionalizadas (por ejemplo “enfermedad mental”) que las personas incorporan, luego, como totalidades coercitivas sin reconstruir su proceso de construcción/formación” (Conrad y Schneider; 1992: 21).

- Internalización: proceso por el cual las personas aprenden los "hechos objetivos" por medio de la socialización y los integran a su conciencia.

Este proceso de construcción de la realidad es continuo y cambiante.

La perspectiva del conflicto social, por su parte, contribuye a pensar el proceso de definición de la realidad o de los productos culturales como resultado de una puja o lucha de poder en la cual no todos participan (ni lo hacen del mismo modo).

La teoría fenomenológica sintetiza el aspecto social y constructivo de las designaciones de desvío (derivan de interacciones sociales, son construidas por seres humanos y por lo tanto, pueden cambiar) mientras que la perspectiva del conflicto puntualiza el hecho que no todas las personas poseen equitativamente el mismo poder para construir la realidad, que las designaciones de anormalidad responden a intereses políticos y que son producto de algún tipo de conflicto social.

Como advertirán, estos autores proponen varios puntos de encuentro con lo señalado en el primer apartado.

Recorriendo distintos momentos de la historia de Estados Unidos, van identificando momentos en que ciertas conductas pasan a significarse como problemáticas y, en un misma intención, como anormales o desviadas. En todos los casos, siempre hay un sector que motoriza esas catalogaciones y puja para que se objetivicen e internalicen por el resto de los individuos.

Ahora bien, la definición de qué agencia asumirá la función de imponer la normatización de esa conducta es, también, resultado de una disputa política. Las decisiones en relación a cuál es la correcta designación y a qué campo profesional, o agente de control pertenece a la puja en la arena política. Tomando como ejemplo el alcoholismo, una de las definiciones que se disputan es si el problema es de carácter moral, médico o religioso. En esta línea, Conrad y Schneider esquematizan los cambios y conflictos que pueden sucederse en el proceso de designación de lo que se considera (y lo que no) desvío según:

1. la legítima autoridad en relación a un tipo de desvío,
2. el significado del comportamiento,
3. el status legal del desvío,
4. la norma asociada a tal conducta,

5. la arena donde se identifica y etiqueta un desvío y por ende, su vocabulario asociado,
6. el modo de intervención,
7. el foco del problema y sus acciones de recolección de información asociadas,
8. la atribución de responsabilidad.

Cuando un tipo de desvío es aceptado por la sociedad y asumido como parte de la realidad, se da algo análogo a lo que Thomas Kuhn llama cambio de paradigma. En la historia del desvío los autores identifican tres grandes cambios de paradigma:

1. desvío como pecado
2. desvío como crimen
3. desvío como enfermedad.

Al igual que Bernstein, los autores advierten que a partir de su conformación, los Estados nacionales se constituyeron como la institución fuerte de control social, de “creadores de la realidad”, en muchos casos, asociándose y delegando el control de prerrogativas sobre el comportamiento a otros sectores. La ciencia médica fue una de las agencias privilegiadas para esta función en el período histórico que nos compete.

Puntualizando, la medicalización es el proceso por el cual ciertos problemas de la vida social o individual- que hasta ese momento no son considerados asuntos médicos- comienzan a ser entendidos y tratados como problemas médicos y definidos usualmente en términos de enfermedad o ausencia de salud (Conrad y Schneider; 1992). Esto implica que el saber médico asume bajo su órbita de incumbencia los asuntos vinculados a los problemas sociales, determina ciertas conductas como desvíos, pauta la normalidad/anormalidad de cuerpos y comportamientos, atribuyendo a las concepciones de anormalidad su carácter de enfermedad. En este sentido, Conrad (1992) resalta que la clave de este proceso es la definición del asunto: la transformación a lenguaje médico, la adopción de un marco conceptual médico para entender los problemas, y/o la utilización de procedimientos médicos para tratarlos. En todos los casos, se carga con una valoración negativa hacia esa conducta o ese comportamiento, pero revestido de una impronta médica. La enfermedad aparece como algo a evitar, a restituir o a eliminar. En este complejo proceso los médicos no son los únicos que participan. A continuación nos detendremos a puntualizar su participación, pero antes resulta pertinente dimensionar el alcance de la medicalización.

Conrad define, así, tres niveles en los que se puede manifestar:

1. Conceptual: El vocabulario o modelo a partir del cual se define u ordena un problema de la vida social es principalmente médico; a su vez, puede suceder que eso que se nombra médicamente podía, anteriormente, no ser considerado un problema, como ya señaláramos.
2. Institucional: Las instituciones privilegiadas para tratar estos problemas adoptan un enfoque médico especializado según el tipo de problema/enfermedad que atiende.
3. Interaccional: La relación médico – paciente se instaura como espacio de consulta y tratamiento de problemas/enfermedades.

La conceptualización propuesta por Conrad permite advertir no sólo la complejidad del proceso, sino también los diferentes matices que puede habilitar el estudio de un problema, desvío o enfermedad en particular: la locura, el cáncer, nacimientos, las adicciones, la depresión, por mencionar algunos.

Como prolijamente sintetiza Aisenstein (en Scharagrodsky: 2014: 1):

“Asumir la perspectiva de la definición es entender a la medicalización como el proceso social de construcción –conocimiento médico mediante- de criterios de normalidad/anormalidad, de corrección o desvío para clasificar asuntos de la vida cotidiana que, en adelante, serán definidos como problemas de salud y requerirán tratamientos y abordajes terapéuticos sostenidos y organizados por el discurso y las prácticas médicas, aún cuando no sean los médicos mismos quienes los diseñen y ejecuten”.

Temporalmente, Conrad y Schneider identifican los inicios del siglo XIX como el punto de inflexión en la denominación de los desvíos como enfermedades. A partir de ese momento, tanto el saber como el cuerpo médico disputaron e incrementaron su legitimidad en la delimitación de las duplas normal/anormal, o sano/enfermo, desviado/aceptado. Esta legitimidad constituyó un poder notable en el campo de control simbólico, volviéndolo, por lo tanto, susceptible de conformar el discurso pedagógico de la época.

Como apuntan Conrad y Schneider, en la sociedad moderna industrial solamente la jurisprudencia y la medicina poseen la legitimidad para construir y promover categorías de anormalidad con amplio alcance de aplicación. Con la medicina, estas aplicaciones pueden trascender límites sociales y nacionales.

3.3. Infancia

Hasta aquí, hemos especificado las características conceptuales de discurso, discurso pedagógico y medicalización que nos permitirán analizar el discurso médico presente en las Tesis. Ahora bien, como aclaramos en la introducción, las Tesis seleccionadas abordan problemáticas médicas vinculadas a la salud, cuidado, prevención y tratamiento de cuerpos infantiles. Por ese motivo, en los apartados que siguen, nos detendremos a reflexionar sobre la noción de infancia y la medicalización de los niños.

¿La infancia siempre se pensó como una etapa de la vida diferente a la adultez? Un primer aporte, para responder esta pregunta, lo brinda Gelis (en Aries; 1992). El autor identifica un cambio en la concepción del cuerpo individual de adultos y niños, así como una novedad respecto a lo afectivo en relación a estos últimos.

En un tiempo anterior a la modernidad una concepción <naturalista> de la vida y del tiempo identificaba a la tierra madre como el origen de toda forma de vida que se sucedía cíclicamente: “un vivero inagotable que garantizaba la renovación de las especies, y en particular de la especie humana, Todos los años la naturaleza representaba la misma obra” (Gelis en Aries; 1992: 311). Allí, la imposibilidad de continuar con el ciclo vital interrumpiendo el linaje era el peor escenario.

En este contexto, el cuerpo, si bien pertenecía a cada individuo y le propiciaba sensaciones y placeres, formaba parte de toda la comunidad y la naturaleza en tanto la solidaridad que imponía el linaje era constitutiva del tiempo y de la realidad. Los individuos no sentían su cuerpo como autónomo; este pertenecía, en parte, a los demás seres vivos de la comunidad y a los antepasados muertos. El niño, por su parte, era un niño público que, como sus padres, conformaba al cuerpo comunitario. En el transcurrir de sus vida, lo privado y lo público se entrelazaban.

Según advierte, en Europa, a fines del siglo XVI y comienzos del XVIII aparecen registros en relación al vínculo filial que darían cuenta del surgimiento de algo novedoso. Algunos de ellos, rescatan una preocupación, esfuerzo y dedicación por preservar la vida de alguno de sus hijos que denotan un involucramiento sentimental con el individuo, inexistente anteriormente.

Esta preocupación por mantener vivo el cuerpo (de los adultos y de los niños) se combina con inquietudes por vivir el tiempo de otro modo. Es decir, aparece una consciencia respecto de la finitud del cuerpo y de la vida que conlleva una concepción más individualista del asunto. En la visión naturalista, el cuerpo, de algún modo, se perpetuaba en el linaje y en la comunidad. Ahora, cobra más fuerza vivir la vida individual y aprovecharla lo más posible. La tensión que genera la individualización del cuerpo, la aspiración a vivir y, al mismo tiempo, la voluntad de perpetuarse, reestructura las disposiciones familiares. En este sentido, se sostiene una preocupación individual (por el cuerpo y por la vida), y se afirma la perpetuación de ese cuerpo perezco a través de otro,

el de los hijos; hijos que también se individualizan y a quienes se los quiere por sí mismos. Estas reconfiguraciones van erosionando la concepción del tiempo que, de a poco, pasa de ser circular a lineal.

El autor reconoce la dificultad para definir, con precisión, una cronología de este cambio de actitud en relación al niño. Al mismo tiempo advierte que el surgimiento de las ciudades y el progresivo aumento de la población urbana oficiaron el contexto indicado dado que aleja a los individuos de los ciclos de la naturaleza debilitando, al mismo tiempo, la estrecha relación con los antepasados. Por esto podemos afirmar que la evolución del sentimiento hacia los infantes no se desarrolló de manera lineal, pero para el período que nos convoca era un rasgo instalado en la cultura.

El surgimiento de esta afectividad hacia los hijos, para algunos excesiva, generaba desconciertos. Algunos discursos de la época, remarcaban el riesgo de inculcar malos hábitos en los niños producto de una adoración exagerada y una falta de límites. “Para luchar contra semejantes <excesos>, toda una corriente pretende imponer en el transcurso del siglo XVII reglas de comportamiento conformes al decoro” (Gelis en Aries; 1992: 323). Según el autor, este riesgo explica, en parte, que el Estado (cuando aparece como forma institucionalizada de regular la vida social) comience a hacerse cargo de la formación de los niños. De hecho, el sistema educativo promueve la disciplina, el uso de la razón, a la vez que responde a las exigencias del individualismo que primaban cada vez más en la sociedad.

Carli (en Cucuzza; 1996) por su parte, también se propone estudiar el concepto de infancia desde una perspectiva histórica. En primera instancia, diferencia el concepto del de niñez: mientras niñez refiere a un individuo particular, niños atravesando un tiempo histórico-biográfico, que siempre existió, infancia significa “*Primer estado* de una generación, de un conjunto de niños que en el devenir por ese estado se constituyen como tales (como niños); pero también primer estado de una sociedad en un momento determinado de su tiempo histórico” (Carli en Cucuzza; 1996: 212).

Continuando con esta comparación, podemos afirmar que el tiempo de la niñez es el tiempo de la biografía, mientras que el tiempo de la infancia es un tiempo histórico-cultural construido por los adultos.

En los discursos e imaginarios asociados a la infancia se condensan valores sociales y políticos que una sociedad adjudica a una generación. En el siglo XVIII la infancia ocupaba un lugar central en las utopías sociales: aparecía como el objeto de intervención privilegiado para alcanzar un orden futuro deseable.

“Ambas temporalidades, la del niño como un cuerpo en crecimiento y la de la sociedad en la que se constituye como sujeto, están estrechamente articuladas. Es en la *ligazón* entre la experiencia de

los niños y la institución de los adultos, que se produce la constitución del niño como *sujeto*: esta ligazón es constitutiva” (Carli; 2011: 20). Como tal, la formación de la infancia es siempre un acto de poder, una violencia. Este acto de poder que posibilita la constitución subjetiva de los niños se apoya en discursos:

“Los niños se constituyen en sujetos en la trama de los discursos que se configuran en un período determinado. Es el discurso el que constituye la posición del sujeto como agente social de allí que las posiciones del sujeto niñez deben entenderse entonces como posiciones discursivas, lo cual no implica absorber la existencia total de los niños, sino solamente considerar lo que adquiere sentido en una época dada. La infancia se construye como objeto del discurso en tanto se torna objeto de significación social, si bien, los niños- en un sentido etario- existieron siempre” (Carli; 2011: 29).

En este sentido, la infancia fue objeto de discursos de diversos campos: políticos, educativos, y médicos. Para el período que nos compete, el Estado comienza a registrar estadísticas poblacionales, entre ellas la mortalidad infantil. Las altas tasas relevadas para el caso, se veían como una amenaza tanto para la producción de futuros ciudadanos como para la conformación de una nación sana y fuerte. De hecho, “la tasa de mortalidad infantil se convierte en un indicador del estado material y moral de una nación, preocupación demográfica a la que suele unírsele una inquietud eugenésica sobre la calidad de esa población” (Colángelo en Carli: 2011; 102). De esta manera, la salud y educación de los niños pasa de ser un valor y una preocupación de las familias, a un valor capitalizado por el Estado y la nación que es necesario controlar, cuidar y desarrollar. Se configura como un problema público que, como veremos a continuación, se apoya en discursos que definen y normalizan parámetros de crecimiento, desarrollo y cuidado de la infancia a fin de asegurar una población saludable y enérgica que colabora con el progreso de la incipiente nación. En el próximo apartado, detallaremos el proceso de conformación de una rama especializada de la medicina: la pediatría y su aplicada puericultura.

3.4. Medicalización de la infancia

A fines del siglo XIX, puntualmente entre 1890 y 1930 se constituye la medicina del niño como una especialidad médica focalizada en la infancia con dos ramas: la pediatría, localizada en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño así como en la atención de sus enfermedades, y la puericultura como su rama práctica que, además, enfatizaba las prescripciones higienistas. Un saber para constituirse como una especialidad profesional precisa definir un objeto de estudio propio y a la vez, lograr la legitimación del conocimiento y prácticas de los expertos: “en el caso de la pediatría y la puericultura, ello implica establecer y explicar la especificidad de la niñez, sus caracteres singulares y diferentes a los adultos, que hacen necesario un saber especializado” (Colángelo en Carli; 2011: 103). En esa línea, el discurso médico comienza a delimitar las características de la infancia que la diferencian de otras etapas de la vida. El recorte etario, por su parte, se da entre el nacimiento y la pubertad, pero a esta definición se le suman características orgánicas propias. Según apunta Troncoso (2003) en la tradición hipocrático-galénica la naturaleza infantil, caracterizada por la preponderancia del calor y la humedad, era propensa a la enfermedad. La medicina, en cambio, centró su saber en los casos clínicos de los niños con el objetivo de decretar el desarrollo normal del organismo y sus manifestaciones patológicas. Este enfoque resulta novedoso: “Ya no se atribuían al infante rasgos de debilidad, sino que ahora se le estudiaba en función de los estados de salud y patología, con una especificidad en la organización y una dinámica propia” (Troncoso op cit: 11). En este sentido, lo prioritario era estipular los límites de la infancia en relación a su otredad: la adultez. La pediatría dedicó vastos estudios a definir y comunicar la especificidad fisiológica de los niños, enfatizando la falacia que implicaba considerarlos adultos en miniatura. En el caso de las enfermedades y patologías pasaban de entenderse como enfermedades en los niños a enfermedades de los niños: “Es decir, ya no se trata de la presentación de patologías generales en un cuerpo más pequeño, sino de los modos de enfermar y de sanar propios de un sujeto cualitativamente diferente de los adultos” (Colángelo en Carli; 2011: 107). Uno de los rasgos más característicos que identifican es su incompletitud y su transitoriedad. El niño aparece como un ser maleable e incompleto, en proceso de constituirse como ser humano completo; es promesa, porvenir, mientras que la adultez es realidad y presente.

Dicho de otro modo, en el infante los elementos que forman su cuerpo, su alma, su carácter son débiles e indefinidos: de su crecimiento y desarrollo dependerá el modo en que se transforme en realidad. Por estos motivos, la medicina dedicara tantos esfuerzos en describir y consensuar qué implicaba un desarrollo normal y cómo corregir las anomalías que podían darse. Del mismo modo, dichas afirmaciones respecto de los niños y su lugar en la sociedad, explican el ímpetu puesto en su educación de los niños tanto a nivel privado/familiar como público/escolar. Si la educación se guiaba por los preceptos médicos era esperable que todos los niños crecieran sanos y fuertes y se transformaran en adultos honorables. Pero influir de esa manera en la percepción y en las prácticas

educativas, requería ganar un grado de legitimidad considerable. Como señala Colángelo (en Carli; 2011) para lograr ese objetivo, los médicos pediatras desplegaron estrategias de persuasión al interior de las ciencias médicas y al exterior. En el primer caso, consistían en demostrar las especificidades de la salud y la enfermedad en la niñez, para la cual se servían de eventos científicos, espacios académicos y revistas especializadas. Ejemplos puntuales son la creación de la Cátedra de Pediatría y Puericultura y la fundación de la Sociedad Argentina de Pediatría en 1911.

Hacia el exterior, en cambio, la legitimación del saber pasa por una alianza con el Estado y una intervención en políticas públicas, así como una puja por imponer una visión científica y desplazar a los saberes legos de la salud infantil. Para 1920 el proceso de constitución de la pediatría como rama médica especializada se había establecido. En los capítulos analíticos, veremos entonces, qué discusiones entorno al desarrollo normal y cuidado de los niños aparece en las Tesis analizadas.



4. Consideraciones metodológicas

Como se indicó anteriormente, el análisis del discurso médico tomará como fuente las Tesis para acceder al grado de Doctor por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Para rastrear el discurso médico hay innumerables fuentes posibles. Entre ellas se podría haber utilizado publicaciones periódicas como “La semana Médica” o “Ciencia Médica”, Boletines, Conferencias de los Congresos, Actas de Congresos. Resulta evidente que la fuente seleccionada es sólo una muestra del “discurso médico” propio de la época. De todas formas, cabe resaltar cuatro cuestiones que tornan atractiva la elección:

1. Se percibe un interés concreto por las cuestiones de salubridad y de higiene en relación a la educación
2. Los autores de las mismas fueron quienes más participaron de los debates de la época,
3. No han sido aún analizadas desde las inquietudes que dicho proyecto pretende dilucidar,
4. Están identificadas, y son accesibles.

Las tesis que se relevaron fueron:

Autor	Título	Año
Riera, Juan	<i>Influencia de las costumbres en las enfermedades</i>	1878
Trongé, Faustino	<i>Higiene de la primera infancia</i>	1878
Güemes, Luis	<i>Medicina moral</i>	1879
Fernandez, Paulino	<i>Higiene escolar</i>	1880
Martinez, Adolfo	<i>Relaciones de la menstruación y el sistema nervioso</i>	1888
Urquiola, C.	<i>Higiene de Buenos Aires</i>	1891
Balbastro, Arturo	<i>La mujer argentina</i>	1892

Rawson de Dellepiane, Elvira	<i>Higiene en la mujer</i>	1892
Taboada, Bernardo	<i>Los progresos de la higiene determinan el adelanto de los pueblos</i>	1895
Salces, Joaquín	<i>Consideraciones sobre el estado higiénico de las escuelas de la Capital</i>	1896
Muniagurria, Carlos	<i>Higiene infantil</i>	1897
Villata, Jorge Blanco	<i>Identificación</i>	1897
Nolting, Ricardo	<i>Consideraciones generales sobre ejercicios físicos activos</i>	1899
Romero Brest, Enrique	<i>El ejercicio físico en la escuela (del punto de vista higiénico)</i>	1900
Tierney, Connal	<i>Higiene y alimentación</i>	1901
Giménez Angel	<i>Consideraciones de Higiene sobre el obrero en Buenos Aires</i>	1901
Ubeda, Lola	<i>La mujer argentina en la pubertad</i>	1902
Trejo, Clemente	<i>Modalidad y rol etiológico de los medios escolares en la República Argentina</i>	1903
Bancalari, Lopez Enrique	<i>La higiene en la clase obrera</i>	1904
Roche, Carlos	<i>Pseudos hermafroditismo masculino o androginoideas</i>	1904
Gallo, Segundo	<i>Contribución al estudio de la higiene escolar</i>	1908
Luzuriaga, Eduardo	<i>El Masaje como tratamiento de la constipación</i>	1909

Ahora bien, ¿qué tipo de estudio proponemos? Retomando Armus (2002) hay tres tipos de estudios historiográficos sobre la enfermedad y el desarrollo de la medicina. El primero, abocado a estudiar el vínculo entre la historia natural de la enfermedad y su impacto social. El segundo, acotado a la historia de la salud pública (en tanto Estado, instituciones de salud, profesionales de la salud y

estructuras económicas). Y por último “una historia sociocultural de la enfermedad que discute la medicina como un terreno incierto donde lo biomédico está penetrado tanto por la subjetividad humana como por los hechos objetivos, y que desplegándose en abanico, estudia los procesos de profesionalización, medicalización y disciplinamiento, las dimensiones culturales y sociales de la enfermedad (...)” (2002: 12). Y destaca, para este último tipo de estudios, dos macro problemas: “el análisis crítico de los discursos originados en la medicina, y los usos metafóricos de la enfermedad y los modos en que las enfermedades han servido para hablar de cuestiones no estrictamente biomédicas” (op cit.: 12). Este trabajo se ubica en el último grupo de estudio, y se propone hacer un estudio analítico y crítico del discurso (ordenado según ciertas categorías y temas/preocupaciones) así cómo evidenciar las asociaciones metafóricas que se le daban a los temas médicos para hablar de algo más. Intenta rastrear los modos en que el discurso médico se plantó frente a los cambios que la modernización trajo en los modos de vida y en las ciudades. El discurso médico de principios de siglo XX se constituyó como discurso dominante no sólo para curar las dolencias y enfermedades, sino también como una <guía de vida> (Heloísa Helena Pimenta Rocha; 2009).

Con el fin de dar cuenta de estas características y para abarcar los objetivos propuestos al comienzo, presentaremos el análisis de las Tesis en tres apartados: a) Descripción del corpus y consideraciones generales, b) Definiciones sobre cuerpo y desarrollo de los niños y niñas y c) Prácticas educativas: evaluación y propuestas. En el primero, apuntaremos el tipo de escritura, lenguaje y temáticas abordadas, desarrollaremos el concepto de higiene, reflexionaremos sobre cómo definen el rol de los médicos en la sociedad, y por último qué relaciones establecen entre la higiene, la salud y el progreso. En el segundo apartado, relevaremos la especificidad que hacen en relación al cuerpo de los niños como objeto de sus estudios, la descripción de etapas de desarrollo que proponen y la definición de cuerpo normal y anormal. Finalmente, en el último apartado, nos abocaremos a analizar las menciones a la escuela como espacio de formación de niños y jóvenes sanos. Para ello, puntualizaremos las determinaciones que presentan los médicos en relación a la tarea y organización de la institución escolar y, además, listaremos una serie de prescripciones que estipulan para mejorar la educación.

5. Análisis de la fuente de datos

A. Descripción del corpus y consideraciones generales

El corpus contiene veintidos Tesis escritas entre 1878 y 1909. Veinte de ellas fueron escritas por hombres, y dos por mujeres. Del total, siete estudian específicamente problemáticas escolares, cinco sexuales (de las cuales cuatro estudian a la mujer, y una, casos de hermafroditismo), y el resto tratan problemas generales de higiene, salud, alimentación y criminología.

En relación al tipo de estudio, se puede afirmar que todos los textos conservan un estilo de escritura ensayístico. Siguiendo el análisis de Borsotti (2009) es posible agrupar en tres categorías las producciones académicas según sus lineamientos metodológicos. La monografía se caracteriza por indagar y sistematizar saberes vinculados con una problemática a fin de presentar el conocimiento científico disponible. El ensayo, por su parte, se propone responder una pregunta de investigación que puede, o no, estar planteada explícitamente, a partir del conocimiento disponible. Por último, la tesis genera nuevo conocimiento científico sobre la base de casos empíricos.

En nuestro caso, nos enfrentamos a producciones que buscan responder preguntas de investigación pero sin seguir una metodología científica en sus trabajos. En cuanto al vocabulario empleado, es muy escasa la presencia de términos específicos de la disciplina médica. Tanto es así que un lector que no maneja saberes médicos no encuentra ninguna dificultad en su comprensión. Estas características (su impronta ensayística y el poco uso de lenguaje técnico), resultaron bastantes llamativos en un primer abodaje. En cuanto a las temáticas abordadas en las Tesis, nos encontramos con una situación similar. Ya hemos presentado el listado en la introducción y adelantamos un poco de qué se tratan en capítulos anteriores. Once de las veintidós analizadas, contienen la palabra higiene en el título, y se refieren a la higiene de la infancia y de lo escolar (5), de la cuestión obrera (2), de la alimentación (1), de la ciudad de Buenos Aires (1), del adelanto de lo pueblos (1) y de la mujer (1).

El resto, se reparte en el estudio de lo escolar (3), de la mujer (2), de los desvíos sexuales (1) y de la medicina moral y las costumbres (2). En este punto, cabe aclarar que las Tesis fueron seleccionadas no de forma aleatoria sino con una intencionalidad. Nos interesaba estudiar las concepciones sobre el cuerpo de los niños, su normalidad, anormalidad, las nociones asociadas a la idea de cuerpos sanos y enfermos.

Como decíamos, el enfoque al que parecen responder las Tesis es más bien sociológico. Un lector que desconoce el origen de las mismas, podría dudar que fueran escritas por médicos para obtener el título de doctores. Para no pecar de anacronismos, avanzaremos con la descripción, y nos adentraremos en los motivos que podrían arrojar luz sobre su estilo y temáticas.

Lo que encontramos en las Tesis como concepto central, como saber matriz de su trabajo es el de *higiene*. Los médicos aluden al conocimiento científico como el tipo de saber propio de su profesión, pero focalizan toda su atención en la descripción de la higiene. Parecería que en este concepto confluye la representación de conocimiento científico. Veamos, entonces, cómo definen a la higiene.

La primera Tesis que se ocupa de definirla, es la de Urquiola (1891: 18-21), quien afirma:

“(…) la higiene día a día aumenta su bagaje científico, para mantener con honor esa lucha eterna, entre las causas que deprimen y matan, y entre la ciencia que previene y salva. (...) En el balance de su contabilidad, ella con la razón inamovible da el resultado preciso, de la feliz o la desgracia de la aplicación de las prescripciones higiénicas sobre las agrupaciones humanas”.

Urquiola presenta a la higiene como el saber científico que estudia las causas de la enfermedad y de la muerte; su correcta aplicación conduce a la mejor conservación de la vida y de la salud. Es por esto que la tasa de mortalidad sería una prueba incontestable sobre el nivel de aplicación de las prescripciones higiénicas. La ciencia, unida a la higiene, aparece como el único saber que se preocupa y resuelve exitosamente la prevención y cura de las enfermedades.

En este sentido, el mismo autor explica: “Refleja la historia de la higiene, mejor que ninguna otra rama de la ciencias médicas, las fases sucesivas del progreso de la humanidad en sus múltiples manifestaciones políticas, religiosas y científicas” (1891: 17). La higiene se asocia positivamente con el progreso de la humanidad en todos sus aspectos: político, religioso y científico. Es por esto que el autor critica:

“Nada hay que justifique las elevadas cifras de defunciones por viruela que cada año tiene Buenos Aires. En tiempos en que la reducción de las víctimas de esta cruel enfermedad depende de una sencilla profilaxia, como es la vacuna, no se concibe cómo una agrupación culta y adelantada pueda entregarse indefensa a los ataques que sobre ella puede descargar la viruela. Sin embargo por más cruel que sea confesarlo Buenos Aires se encuentra en ese caso, y es responsabilidad de sus autoridades emprender una campaña eficaz para librar a los habitantes de esta ciudad de la amenaza que sobre ellos pesa cada día” (Urquiola; 1891: 29).

Aquí nos detendremos en dos cuestiones. En primer lugar, advertimos una debilidad en el argumento: Buenos Aires se presenta como una ciudad “cultura y adelantada” pero que al mismo tiempo desdeña la simple prescripción higiénica de usar la vacuna para prevenir la viruela. La inconsistencia, si se quiere, está en la asociación que defienden los médicos entre higiene, cultura y progreso. A este respecto, Scharagrodsky (2008: 134) aporta: “En este contexto, el saber médico apareció con un fuerte sentido normativo y moralizador. El discurso médico (escolar y extraescolar) penduló entre descripciones, explicaciones y argumentaciones ‘pseudo’científicas y descripciones, explicaciones y argumentaciones con fuerte tono valorativo y moralizante”.

En segundo lugar, es interesante rescatar las palabras que se vinculan al concepto de enfermedad: amenaza y ataque. Los higienistas se ubican en una lucha explícita contra la enfermedad, porque la enfermedad es signo de atraso, y por ende, de incultura e ignorancia.

En línea con las ideas de Urquiola, Taboada (1895:13) sostiene:

"Donde quiera que abrais el libro de la historia hallareis la identificación que existe entre los conocimientos higiénicos con la naturaleza y organización del hombre y con la evolución progresiva del espíritu humano, compenetrándose de sus descubrimientos y conquistas, hasta el punto de ser ellos, en su desenvolvimiento y sus alcances, el más seguro termómetro de la vida y el progreso, de la cultura y civilización de los pueblos".

Nuevamente, la higiene aparece como un conocimiento ahistórico que mide y ordena el nivel de vida, progreso, cultura y civilización de todos los pueblos desde el comienzo de la humanidad. Se presenta como una vara objetiva, despojada de valoraciones históricas, culturales y de tiempo, que permite distribuir juiciosamente a las sociedades en la línea del progreso y de la civilización.

En cuanto al desarrollo de los conocimientos higiénicos, Taboada (1895: 15-16) explica:

“La Higiene fue espontánea y legítimamente intuitiva en sus primeros tiempos y en cuanto al individuo se refiere, anterior a toda noción y todo conocimiento; solidaria después de sus relaciones y sentimiento pasa a las colectividades en forma de Consejo, de precepto o de mandato imperativo y en fin, de religión y de derecho. (...) El avanzar constante de sus estudios y conocimientos, el mejoramiento y el bienestar social, que es, como la más legítima consecuencia y su más constante aspiración, la más preciada conquista de la cultura, del progreso y de la civilización de las pasadas y presentes generaciones que llevan también por bandera procurar a los seres humanos la mayor suma de bienestar, todos los beneficios posibles, recursos y medios para conservar la salud, prolongar el término medio de su azarosa vida ya que no nos es dado suprimir el terrible y pavoroso trance de la muerte. (...) La Higiene no es sólo el arte de conservar la salud, es la ciencia que conduce

más directamente al bienestar físico y moral; al perfeccionamiento orgánico y social del individuo y de la raza, de la familia, del pueblo y de la nación; a la conservación y pureza del medio externo y de las condiciones exteriores en que el hombre vive; a su régimen, a su habitación, a sus costumbres a su vida pública y privada, a la defensa sanitaria de las colectividades y a la defensa de la integridad de los alimentos, las bebidas, la luz, y el aire, la atmósfera y el suelo; a extinguir las enfermedades exóticas, estudiando sus causas, sus etapas, sus emigraciones; defendiendo y fortificando sus fronteras; vigilando sus construcciones urbanas, cuidando los desagües; regularizando las horas de trabajo; dictando leyes, y aplicando la acción del Poder Público para la realización práctica y saludable de las necesidades de la vida".

El autor ubica en los comienzos de la humanidad, un conocimiento higiénico intuitivo³ que, poco a poco, comienza a formalizarse e instituirse. De forma continua, el conocimiento aumenta, "progresa" en pos del bienestar físico y moral de la sociedad. Le da una falsa historicidad al concepto. Hace un rastreo del cambio, pero siempre bajo la misma lógica. La novedad respecto de Urquiola es que, si bien ambos retoman la idea de combatir la enfermedad y alargar la vida, Taboada habla, también, de la dimensión moral y espiritual. Esta también es perfectible y, gracias a la higiene, mejora.

En este sentido y como detalla hacia el final de la cita, la higiene perfecciona todos los aspectos de la vida (pública y privada) del hombre y de la sociedad. Es importante apuntar que la enumeración de aspectos que competen a la higiene traslucen preocupaciones propias de la vida urbana. Se puede afirmar que el discurso higiénico analizado focaliza su atención en problemáticas y situaciones conformes a la vida moderna en la ciudad.

Otra distinción que introduce Taboada es la mención al poder público-estatal como agente higienizador (regulando y promoviendo ciertas prácticas). En este sentido, resalta:

"La Higiene pública y administrativa de un país, señala decisiva y decididamente su época histórica de desenvolvimiento, de reacción o de progreso. (...) La Higiene progresa y se emancipa de la religión y de la filosofía, del culto y de la liturgia, como de las disquisiciones y disputas de los sabios, se hace práctica y aplicable como racional y científica" (Taboada; 1895: 19 y 30).

³ Pese a esto, en otra página utiliza el término "*ciencias higiénicas*" para referirse a los conocimientos higiénicos de los comienzos de la humanidad (Taboada; 1895: 14).

Es decir, la Higiene pública es el parámetro de progreso de una sociedad, y además la higiene es más “avanzada” cuanto más se separa de la religión y de la filosofía y tiende hacia la practicidad y racionalización. En este sentido la Higiene pública deberá ser laica, práctica y racional.

En este aspecto, Conrad (1992: 6) afirma que la medicina logró reemplazar, en ciertos aspectos, a la religión como ideología moral dominante e institución de control social en las sociedades modernas. Este traspaso, como decíamos en el marco teórico, implicó dejar de considerar a los desvíos como pecado a comenzar a pensarlos como enfermedad.

Siguiendo con el orden cronológico, Muniagurria (1987: 2) afirma: “Descuidos en la higiene conllevan a la más espantosa miseria fisiológica en los niños; por esto resulta útil indicar un régimen severo”. Otra vez, encontramos que la falta de higiene trae escenarios míseros, y la remarcada necesidad de indicar y aplicar prácticas higiénicas para proteger el desarrollo fisiológico de los niños.

Por último, Bancalari (1904: 17) reitera: "Es indudable que los principios generales de la higiene, tienen una importancia grande, en la conservación y creación de los seres humanos en general. Pero estos son de mayor importancia en la clase obrera, fuente de riqueza de los pueblos". La mención a la clase obrera que trabaja en fábricas ubicadas en las grandes ciudades refuerza el foco metropolitano y volvemos a encontrar con la idea de que la higiene es propia del ser humano, y ayuda a mejorar su conservación.

En todas las citas advertimos una naturalización de la higiene en cuanto se la entiende como algo ahistórico, que estuvo siempre presente en la vida del ser humano. Al mismo tiempo, el conocimiento de la higiene es acumulativo y denota un nivel de progreso físico y moral, tanto en relación a una sociedad como a un individuo. De esta manera, las sociedades o las personas que tienen pocos hábitos higiénicos, están más atrasados de quienes poseen más. El saber médico, basado fundamentalmente en la higiene, se erige como el saber predilecto por su capacidad de explicación y de valoración de todos los aspectos de la sociedad, y de todas las sociedades (pasadas, contemporáneas y futuras). Los médicos proponen una visión del mundo exclusivamente médica. Retornando a un punto mencionado en la descripción del contexto histórico, a mediados de los '80 el Estado nacional comenzó a priorizar como política el saneamiento de las ciudades y el eje vertebrador de ese proceso fue la higiene. De este modo, la higiene patrocinó el proceso de medicalización de la sociedad y, al mismo tiempo, colaboró en posicionar estratégicamente a sus expertos, los médicos, en el manejo y control de las materias afines.

Ahora bien, ¿qué rol se atribuyen los médicos en las Tesis?

Respetando el orden cronológico, Riera (1878: 27) resalta la importancia de continuar con un mismo médico porque conoce el temperamento y los vicios del paciente. Deducimos por esto la promoción de un vínculo médico-paciente bien próximo; el lenguaje acerca la imagen de un confesionario, donde el paciente da a conocer sus vicios ante el médico. Evidenciamos también qué conocimiento del paciente se rescata: temperamento y vicios. Más adelante retomaremos esta cuestión y profundizaremos con más ejemplos.

Por su parte, Trongé (1878: 21) utiliza, como sinónimos de médico, <hombre de ciencia> y <hombre de arte>.

Balbastro (1892: 8) expone que la función del médico es colaborar con el progreso de la sociedad, solucionando los problemas de vital importancia. Sin entrar en mayores detalles, ubica a los profesionales de la salud en un lugar central para la sociedad. Les atribuye esa tarea, y por lo tanto esa capacidad. Como resume Armus (2007: 218) el discurso médico de la época se enfoca en la preservación y mejoramiento de la salud: “La idea de salud se recortó así como una abarcadora metáfora que terminó dejando marcas en situaciones bien diversas, de la educación física y el tiempo libre a la moral matrimonial, de la crianza de los niños a la sexualidad, de la alimentación a la vestimenta, de la vivienda al mundo del trabajo”.

Explayándose un poco más, Rawson de Dellepiane (1892: 96) dice en relación a las mujeres que no se encargan de sus hogares y de su familia:

“Alentarlas a que acepten con entusiasmo ese trabajo y su fiel cumplimiento, pintando a lo vivo el peligro a que se exponen, el delito moral que cometen y lo injustificable de su egoísmo, son deberes del médico porque su misión no sólo debe ser curar el cuerpo sino también el alma, sacerdote de la ciencia, tiene también como el del culto el sublime ministerio de consolar las penas y calmar dolores. ¡Cuántas veces la enfermedad no es sino moral!”.

Ahondando en la postura de Riera, para Rawson de Dellepiane, el médico no solamente debe conocer el temperamento y los vicios del paciente, sino también debe aconsejarlo, guiarlo; velar por la salud del cuerpo y del alma en calidad de sacerdote de la ciencia. Nuevamente, encontramos una válida comparación con el vínculo religioso y la misión que se atribuyen los médicos: superando lo meramente corporal, su función es también consolar, aconsejar y redimir las almas. Como vemos, el cuerpo es un campo en disputa, y los médicos se disponen a instituirse como autoridad máxima en la materia. Señalamos, porque es imposible dejar de hacerlo, la simbiosis conceptual entre lo físico y lo moral. Nos detendremos, sobre este punto nodal del discurso médico de la época, unas páginas más adelante.

Nolting (1899; 11), preocupado por los ejercicios físicos, sentencia:

"El rol del médico es otro: debe seleccionar, debe elegir de entre ellos el que más convenga para el resultado que se persigue. No habiendo un ejercicio mejor que otro, debemos buscar la bondad de un ejercicio basándonos siempre en argumentos fisiológicos, médicos. El médico no tiene derecho a ser parcial. (...) Al recetar un médico a su enfermo un ejercicio, debe averiguar si ha hecho otros ejercicios o si los hace actualmente, y la clase de vida antes por lo que a ejercicios respecta".

En común con el resto, plantea el acercamiento al paciente para conocer su biografía y ajustar, en concordancia, la intervención. Por más que parezca evidente, lo interesante aquí es que los médicos empiezan a reclamar información de la vida privada de las personas para atender a problemáticas privadas y públicas, justificando, sistemáticamente, la validez de su saber y la bondad de sus sentencias.

Giménez (1901: 64) al referirse a la higiene del obrero, por su parte, propone: "Sería deseable que para el ingreso, además de un certificado de instrucción, se exigiese un examen médico, con el fin de establecer una verdadera selección en el trabajo, adaptándose ocupaciones a las condiciones fisiológicas personales. Más adelante reclama la necesidad de la inspección por parte de médicos de las industrias y fábricas.

Entrando en un terreno aún no mencionado, Giménez expande los límites de la ciencia médica, y se une a la fábrica y al trabajo. Su juicio, siempre justo y científico, puede anticipar si una persona es apta para el puesto laboral. La mirada del médico también se inserta en el sistema productivo y cada espacio que conquista valida aún más su saber. El pensamiento médico con su lógica propia atraviesa los cuerpos, los hábitos, espacios sociales y en el proceso medicaliza espacios que antes no respondían a su entendimiento.

Gallo (1908: 23), muy en línea con Giménez, se refiere a otras enfermedades que padecen los niños y de las que se desconoce su etiología, y afirma: "Pero aún suponiendo que no fuera posible establecer la etiología exacta, el médico inspector ha recogido un dato importante: el niño es débil y las condiciones de su educación deben variar forzosamente".

Al parecer, las condiciones fisiológicas deben ir en línea no sólo con el puesto de trabajo, sino también con la educación. Nuevamente es el médico (no el empleador en caso del obrero, o el maestro) quien puede definir esto. Sobre el por qué un niño débil no puede recibir la misma educación que un niño sin debilidad, ahondaremos luego. Lo importante para este apartado, es que el médico es quien puede y debe definir si un niño es débil, y por ende, qué tipo de educación recibirá. Dicha intervención supera, con creces, el ámbito de hospital y consultorio.

Por último, en la tesis de Luzuriaga (1909: 50-51), leemos:

“En fin, serán muchos los medios químicos recomendados en la constipación, pero ninguno con resultados más felices ni de naturaleza tan inocente como el tratamiento por el masaje⁴ y la gimnasia metódica (...) La mano del médico debiera ser la única que practicara el masaje del abdomen, pues en más de una vez puede necesitar el masajista, conocimientos de medicina para poder suspender un masaje que en ciertas ocasiones pudiera llegar a ser perjudicial”.

Nuevamente, el conocimiento médico se ubica como el único, el predilecto para manipular el cuerpo. *La mano del médico debería ser la única que practique el masaje.*

Comienza a construirse un carácter exclusivo de la mirada médica en todos los asuntos, y ámbitos, vinculados con los cuerpos. Sin distinción temporal, cada una de las citas, refuerza esta idea, y fomenta la hegemonía del médico y de su saber para describir e intervenir en los sujetos. Se enaltece su juicio, su criterio y este pasa a constituir a los propios sujetos. En el anteúltimo caso, en débiles. Se rotula a los cuerpos y se los distribuye espacio-temporalmente. Las Tesis son el momento del discurso en que aún no opera directamente con la realidad, pero comienza a configurarla. Scharagrodsky (2008: 107) destaca: “El discurso médico no sólo estableció un ‘régimen de verdad’ sobre los cuerpos y sus usos higiénicos y morales, sino que produjo un fenómeno corporal que reguló y constriñó”. En consonancia, Nouzeilles señala que el saber médico, en esta época, se convirtió en el modelo epistemológico hegemónico a partir del cual generó conocimiento acerca de lo social (Nouzeilles; 2000).

En línea con esta cita, Nouzeilles (2000: 21) sintetiza: “Este inmenso proyecto de regulación del cuerpo y la enfermedad se sustentó en una utopía científica que presentaba al médico como profeta iluminado de una cruzada secular inspirado por la fe positivista en la cura absoluta de todas las enfermedades”.

Hasta aquí hemos avanzado en el siguiente recorrido: presentamos unas características generales de las Tesis estudiadas, destacamos y ahondamos en la definición del concepto de higiene; concepto nodal para el análisis y desarrollo de la sociedad según los mismos profesionales de la salud. Seguidamente, ubicamos qué rol y atribuciones se adjudican los médicos dentro de la sociedad y en relación con el paciente. El médico es el poseedor, por excelencia, del conocimiento científico, de la higiene, y este es el enlace directo con el desarrollo de la sociedad.

⁴ Se conserva la grafía original.

Continuando con la descripción y análisis de las tesis, repararemos en el tipo de conocimiento expuesto. Como decíamos al comienzo, en todas las producciones prima un estilo ensayístico. En algunos casos se han encontrado demostraciones con datos empíricos, en muchos casos, al contradecir estos sus ideas, son despreciados o dejados de lado. Se hace una alusión continua al conocimiento científico pero no por esto todo lo que se afirma es acompañado por pruebas y datos. En muchos casos se refiere a la observación propia, o de otros colegas, e inclusive al saber que los médicos se adjudican poseer.

Tal es el caso de Balbastro (1892: 8), quien afirma: “Se que la ciencia prueba de una manera incontestable que la degeneración, como el perfeccionamiento de las razas, se inicia siempre por el sexo femenino”. Más adelante, explica:

“He querido presentar datos estadísticos sobre este punto (edad de la primera menstruación según raza, zona, etc.) pero a pesar de haberlos buscado en los registros de los hospitales y salas especiales de mujeres, los resultados no me han satisfecho; he preferido referirme a la observación de médicos distinguidos que por su larga práctica podían haberse formado una opinión exacta al respecto” (Balbastro; 1892: 26).

De esta manera, se percibe que en el primer caso se habla en nombre de la ciencia, pero no se acompaña tal afirmación con evidencias que lo objetivicen; y en el segundo caso, aparece un claro rechazo a la evidencia empírica, por no adecuarse a las ideas que el autor mantiene.

Por su parte, Trongé (1878: 44) al referirse a la alimentación sostiene: “Entrar en el análisis físico y químico de la leche, sería de poca utilidad para la práctica. (...) Lo que importa saber es que la leche se altera bajo las malas condiciones físicas o morales, los pesares, la cólera, la falta de aire y de ejercicio; y los efectos para la criatura son siempre los mismos: desarreglos gastro-intestinales, diarreas, desmerecimiento”.

En este punto vale apuntar que se descartan los datos rigurosamente contruidos en relación al hecho de que esto no sería útil para la práctica. Esto mismo encontramos en la Tesis de Romero Brest (1900: 71-72), quien, refiriéndose a los ejercicios físicos en la escuela, afirma: “(...) resolución práctica de este problema tan importante y urgente. (...) Sólo así podremos salir del campo puramente doctrinario, sin perdernos en adquisiciones y discusiones científicas, que por muy respetables y exactas que sean, no nos conducirán a una resolución práctica de este problema tan importante y urgente”.

Esta cita nos esclarece un poco más cuáles eran las preocupaciones que los médicos en ese momento, y claramente no eran teóricas. Los problemas higiénicos y corporales que abordaban requerían de una solución pronta. Las discusiones puramente teóricas resultaban una pérdida de

tiempo, aún proviniendo de un contexto académico. Trongé y Romero Brest entienden a la teoría y a su correspondiente demostración como entorpecedores de la acción rápida y precisa. Los problemas que los médicos higienistas se proponen resolver urgen, y las demostraciones teóricas los alejan de tal fin.

Sólo se ha encontrado un caso que reclama por una recolección de datos más precisa, y accesible:

“es que en casi la mayor parte de nuestras reparticiones técnicas la labor burocrática que es la que lamentablemente más se exige, quita gran parte del tiempo a la labor verdaderamente científica, que es la única que desde el punto de vista que nos ocupa, puede ser de reales y positivas ventajas” (Gallo; 1908: 24).

De todas maneras, pese a que en muchos casos la evidencia científica es rechazada, o por lo menos olvidada, también aparece un reclamo hacia el Estado para la generación de datos producto de relevamiento empírico y sistematizado. Se remarca también la falta de estadísticas y de regulación en el país. (Giménez; 1901: 64)

En cualquier caso surge constantemente una valorización positiva a la producción conocimiento nuevo. Manteniendo una visión acumulativa y progresiva de este proceso, los médicos comparten la idea que la ciencia es el único camino hacia la verdad. La verdad es una, es científica y existe de forma objetiva; es decir independientemente de quien la alcance. Un rasgo relevante es la defendida neutralidad del discurso que habla y sentencia en nombre de una objetividad científica. La verdad debe ser descubierta y las Tesis son declaraciones explícitas de ello. Así, las intenciones plasmadas de Romero Brest (1900:13):

“Solo pretendo agregar un grano de arena, sino a los conocimientos adquiridos sobre esta materia, por lo menos a la interpretación correcta de muchos hechos que hasta hoy andan aislados y mal interpretados. Traigo como bagaje científico, los conocimientos inculcados en la carrera y el fruto de mi observación personal”.

Otro punto que es importante señalar y quedó brevemente mencionado al inicio es la estrecha vinculación que se plantea entre el bien o malestar físico con el bien o malestar espiritual. Como Rawson de Dellepiane (1892: 25) argumenta:

“El sistema nervioso excitado intensamente y debilitado por las causas morales que hemos señalado: espectáculos inconvenientes, lecturas demasiado liberales e impresionantes, educación frívola y ociosa, malos hábitos, etc., reacciona de manera fatal. Por eso vemos día a día crecer el número de histéricas, epilépticas, neurópatas, que se transmitirán con fuerte herencia a toda una familia”.

Fernandez (1880) argumenta en la misma línea afirmando que al desarrollar las fuerzas físicas, “pedestal de las morales”, se pueden evitar las enfermedades que produce la vida sedentaria ya que se estimula al sistema nervioso general. Tan fuerte es la relación que no sólo puede provocar enfermedades, sino también herencia. Nuevamente encontramos unanimidad en las opiniones de los médicos. De manera muy concisa, Nölting (1899: 23), escribe: “Sabemos cuan enorme es la relación que existe entre lo moral y lo físico y cuán grande es el sufrimiento de uno de ellos cuando el otro está afectado”. Aquí se plantea, de forma rotunda, su recíproca influencia. Rawson de Dellepiane (1892: 16) retoma el dicho: “mens sana in corpore sano” y reclama: “Tanto como la higiene física es necesaria la higiene moral”. Por su parte, Trongé (1878: 37), dice: “Las afecciones morales, la ira, y el miedo, y los ataques ya mencionados, tienen tal acción sobre la leche que bastan por si solos, para matar a la criatura cuando mama inmediatamente después”.

Sin evidencia empírica incluida en el texto, lo que aparece de todas formas es una certeza respecto a la influencia que puede tener en la leche materna, y por ende en el crío, las afecciones morales. En correlato con una concepción lamarkiana de herencia que supone que los caracteres adquiridos también se heredan, encontramos en las Tesis la idea de que ciertas enfermedades adquiridas por el estilo de vida, o el contexto, se pasan a las siguientes generaciones. En esta línea, Muniagurria (1897: 19) condena:

“Evite las fatigas y olvide las costumbre mundanas para conseguir el reposo tan necesario al cuerpo y al espíritu; *el baile, los teatros, las largas veladas, los excesos de la mesa, las emociones vivas*, no pueden tener sino fatal repercusión sobre la salud del niño. (...) Huir del mundo: esa es la palabra, y ser madre”.

Como mencionábamos al inicio, Rawson de Dellepiane (1892: 96) sostiene que el médico debe curar el cuerpo y el alma ya que en muchos casos la enfermedad es moral. Por este motivo, el reclamo a los médicos, “sacerdotes de la ciencia”, de curar no sólo al cuerpo físico, sino también al alma. La metáfora con el sacerdote resulta sumamente relevante, ya que se adjudica a la ciencia un poder, hasta el momento, resguardado a la Iglesia. En este sentido, la misma autora, critica la educación religiosa aludiendo a su desactualización, “Decididamente ya es tiempo de enseñar a nuestras jóvenes otra cosa que las buenas maneras, la devoción y el bordado” y a continuación protesta porque presentan a la menstruación como algo vergonzoso (op cit. 20). Por lo expuesto hasta aquí, resaltamos una tendencia a la laicidad, pero no por esto a una falta de moralidad, ni de criterios respecto al bien y al mal. Muy por el contrario, en las Tesis continuamente resurjen nociones referidas a esto, pero quien se encarga de pautarlo y difundirlo es la ciencia médica. En efecto, se cuestiona la capacidad de la escuela y de la familia en este sentido. Romero Brest (1900:16), quien cataloga a las familias como enemigas del progreso por no aceptar los beneficios de una educación higiénica argumentando a favor de la enseñanza académica, arguye:

“Necesitamos urgentemente reformar este estado de cosas para bien de los presentes y para asegurar el porvenir de la nuestra raza”. La familia al contraponerse a los preceptos médicos, impide el bien de sus hijos, y obstruye el progreso de la nación. Dicho de otro modo, lo que queda claro es la influencia que puede llegar a tener el contexto en la salud del individuo. Así se distinguen costumbres favorables a la “sana moral” y a la fortaleza del cuerpo, y costumbres viciosas. Como veremos en los capítulos que siguen, las Tesis presentan pautas y lineamientos higiénicos a considerar en la gestión y práctica escolar a fin de garantizar el progreso individual y nacional.

Recapitulando, encontramos que las Tesis hablan de higiene, salud, sociedad y de progreso; ahora, ¿cómo se relacionan entre sí? La idea de progreso va conceptualmente unida casi tautológicamente al resto. La salud es la higiene. Es decir ser sano implica seguir los preceptos que rige la higiene, y si todos los habitantes de una nación siguen las indicaciones y las prescripciones de la higiene, conforman una sociedad (y una nación) fuerte y sana que progresa. En este sentido la concepción de progreso lineal y ascendente ordena el discurso; fundamenta al resto de los conceptos a la vez que se ubica a la higiene como lo principal a tener en cuenta para alcanzarlo. En un punto ambos conceptos, progreso e higiene, están comprendidos el uno en el otro; son complementarios y tautológicos.

Como bien apunta Gondra (2002:123): “Repetición en la comprensión de la necesidad de realizar una intervención higiénica que articulase, estableciera y desarrollase, simultáneamente, las tres dimensiones del hombre: la moral, la física y la intelectual”⁵. La higiene es un concepto que permite ordenar la historia de la humanidad en la línea del progreso. En este sentido encontramos que el desarrollo ontogenético se reproduce en el filogenético. Así como las naciones y los pueblos históricamente progresaron en relación a los avances de la higiene, los individuos más fuertes, más sanos, más robustos son quienes siguen las condiciones de vida que la higiene indica.

Retomando lo que decíamos al comienzo de este apartado, encontramos en el discurso médico una vinculación conceptual entre la higiene y el progreso; en el discurso aparecen como una misma red de intervención dotados de una voluntad civilizadora. La higiene es un proyecto discursivo que brindó la estructura para la prescripción cultural y la investigación médico moral de determinadas problemáticas corporales. Cabe retomar una advertencia que criteriosamente asienta Gonzalez Leandri (1999: 58): considerar a la higiene como una herramienta de poder para sanear y educar a los cuerpos, es un análisis válido únicamente una vez que el concepto ya estaba afianzado y se había aliado a las fuerzas que realmente importaban. El período analítico que nos compete se

⁵ Traducción propia. Texto original: “Repetição na compressão da necessidade de se fazer uma intervenção higiênica que articulasse, cimentasse e desenvolves-se, simultaneamente, as três dimensões do homen: a moral, a física e a intelectual”

ubica en el momento de constitución de ese poder y de esa hegemonía. Por este motivo, afirmamos que los objetivos que cumplen las tesis son:

1. definir un campo de significados
2. estipular cuáles eran las problemáticas sociales críticas
3. delimitar y comunicar prácticas políticas, sanitarias y educativas.

En cuanto a lo primero: reconocemos la configuración de un código higiénico que contempla la definición de higiene, y sus implicancias en la vida social. En cuanto a lo segundo, identificamos que estipulan cuáles temas urgen y requieren una acción rápida (estos responden a las necesidades de la higiene). En cuanto a lo tercero, lo veremos más adelante, pero incluye valoraciones y propuestas sobre las prácticas educativas a nivel maternal, escolar y, en menor medida, laboral. Las Tesis se revelan como una evidencia interesante para pensar la relación entre ciencia y vida social y el esfuerzo de los médicos por hegemonizar su conocimiento. Esto es, volverlo referente de lo que se piensa, dice y hace con los cuerpos. Para esto, vimos como recurren a ciertas metáforas: “sacerdote de la ciencia”, “hombre de arte”. Utilizan significantes de otras ramas que, anteriormente, gozaban del poder de nombrar a los cuerpos e intervenirlos, para asentarse, ellos con su ciencia, en dicho lugar.

Encontramos en el discurso científico-médico una necesidad de reforzar características identitarias tanto en relación a la nación y su población como al interior de la profesión. Como menciona Gonzalez Leandri (1999: 57) los médicos como cuerpo profesional todavía tenían que definir de forma precisa los rasgos propios de su profesión, al igual que la nación naciente tenía que definir los suyos.

En este sentido, afirma Stepan (2005) que durante este período histórico, los médicos se abocan a difundir el conocimiento higienista más que a investigar. Las Tesis no sólo poseen este carácter ensayístico que mencionábamos más arriba, sino que también, en sus temáticas, se acercan más a problemáticas sociológicas que médicas. La intención parecería ser definir su campo de acción, y también la forma de entender la situación sanitaria en la ciudad de Buenos Aires. Advertimos el desarrollo de conocimientos y lenguajes particulares, que estaban destinados a controlar a los individuos y a sus cuerpos. Como sintetiza Armus (2007: 1):

“Progreso, multitud, orden, y bienestar fueron algunos de los elementos constitutivos de una ideología urbana que desde el último tercio del siglo XIX marcó a la reflexión sociológica argentina. En ese contexto, donde eran inocultables los desafíos de un porvenir crecientemente asociado a los problemas de la metrópolis moderna y en menor medida del mundo industrial, se incubaron los discursos de la degeneración y la regeneración, de la

reforma y el cambio social profundo. La higiene estuvo en el centro mismo de esos discursos, como forma de ejercitación del poder, como técnica preventiva atenta a los problemas colectivos del ambiente urbano y de su administración y gestión, como política social vinculada a la generación de tecnologías utilizables en muy variados campos de acción, de la casa al barrio y la ciudad, de la escuela a la fábrica y el taller.”



Universidad de
San Andrés

B. Definiciones sobre cuerpo y desarrollo de los niños y niñas

Como señalamos anteriormente, este período histórico se caracteriza por la constitución de la infancia como objeto de análisis científico. En este contexto, parte de los especialistas abocados a su estudio, fueron los médicos: “En medio de los intelectuales que se constituyeron como especialistas en educación, figuran y se destacan muchos médicos, lo cual puede ser comprendido fácilmente si tenemos en cuenta la profunda interconexión existente en la época entre el campo educativo y de la medicina”⁶ (Magaldi en Gondra; 2002: 63).

En este apartado se abordarán las concepciones y el desarrollo del cuerpo de niños y niñas, presentes en las Tesis. El objetivo es indagar qué rasgos del cuerpo son seleccionados en las descripciones, qué se dice de ellos, cómo se ordenan los cuerpos, cómo se separan, cómo se piensa el desarrollo y con qué variables se vincula. Para ello se analizarán las concepciones del cuerpo normal y sus posibles anormalidades. Como apunta Gondra (2002:109):

“Evitar, mitigar, corregir y mantener, se constituyen en acciones directamente relacionadas a la Higiene, recubriéndolas de una perspectiva anticipatoria, predictiva y preventiva. Marcas que, por su parte, también producen una especie de religiosidad con la que esta ciencia se hace representar. Marcas que buscan traslocar el énfasis puesto en la cura al énfasis en la prevención”⁷.

Se verá cómo el discurso médico de este período se aboca a prescribir indicaciones para prevenir deformaciones, o alteraciones al desarrollo “normal” del cuerpo de niños y niñas.

En relación al cuerpo y desarrollo de los niños y niñas debemos remarcar, primeramente, una particularidad que rescatan todos los autores, y que explica en cierto sentido la atención especial que requieren de los médicos higienistas: la pregnancia en ellos de las costumbres. Tal y como sostienen en su discurso las costumbres se imprimen de forma casi irrevocable en la personalidad del niño y, considerando lo anteriormente analizado, en su sistema físico. Teniendo en cuenta también la idea dominante de progreso de la nación, podemos pensar que los niños se vuelven un

⁶ Traducción propia. Texto original: “Em meio aos intelectuais que foram se constituindo como especialistas da educação, figuraram com destaque muitos médicos, o que pode ser facilmente compreendido se considerarmos a profunda interligação existente na época entre os campos da educação e da medicina”.

⁷ Traducción propia. Texto original: “Evitar, atenuar, corrigir e conservar, são constituídos em ações diretamente vinculadas à Higiene, recobrando-a de uma perspectiva antecipatória, preditiva e preventiva. Marcas que, de sua parte, também produzem uma espécie de religiosidade com que essa ciência se faz representar. Marcas que procuram deslocar a ênfase da cura para a ênfase na prevenção”.

grupo sumamente relevante para la evolución o involución de la misma. Estas características del discurso explican el por qué de la producción escrita en relación al desarrollo y a la educación de los niños. El cuerpo de los niños y las niñas y su formación son uno de los focos centrales de la ingeniería social que se propone llevar a cabo la corriente higienista. Retomando a Magaldi, la infancia es caracterizada como una “masa informe”, como una “cera para moldear”. Partiendo de una mirada polimorfa de los niños, el discurso médico se dedicará a pautar qué formas normales deberían tomar esos cuerpos, y con qué medios lograrlo.

Aludiendo a los niños como sector particular de la sociedad, Riera (1878: 13) resalta que tienen mayor facilidad para “contraer costumbres” que el adulto por tres razones: estado embrionario respecto a los asuntos de la vida, avidez por saber y conocer, y por la mayor impresionabilidad de su cerebro que al no haber recibido muchas impresiones, las percibe con mayor facilidad y por lo tanto le quedan mejor grabadas; los hábitos contraídos en la infancia difícilmente pueden modificarse.

Siguiendo esta línea encontramos que uno de los rasgos más característico en el discurso en relación al desarrollo del cuerpo de los niños es la gran preocupación por determinar qué tipo de educación es la más adecuada para cada grupo. Advertimos en las Tesis grandes esfuerzos por definir qué rasgos permiten ubicar a los individuos en determinadas categorías. Esto es por distribuir y ordenar los cuerpos según la racionalidad científica.

En este sentido se toman como rasgos definitorios para pautar la educación de los niños y niñas la edad, el sexo, la raza y las costumbres familiares. En palabras de Romero Brest (1900: 42):

“Hay que tener en cuenta la edad de los niños que acuden a nuestras escuelas, sus necesidades más apremiantes, considerando sus costumbres de raza y de medio; sus enfermedades más comunes; su género y medios de alimentación y hasta la clase social a la que pertenecen”. Gallo, por su parte, incluye el desarrollo cognitivo: “Han descubierto (refiriéndose a casos de Inglaterra y Suiza) así y han clasificado un grupo especial de niños de desarrollo intelectual retardado y han comprendido la necesidad de someter a un régimen educativo especial a esta clase de niños anormales” (Gallo; 1908: 29). Basándose en los casos extranjeros, sugiere separar a los niños retardados de los normales para poder brindarles una educación especial. El lema parecería ser “a cada quien lo que le corresponde”. Tanto es así que el mismo autor advierte sobre los riesgos de la homogeneización: “lo difícil y peligroso de querer hacer elástica una inteligencia para adaptarla a un programa” (1908: 30), y acusa a la escuela de parcialmente homicida “si se tiene en cuenta que a mucho niños *débiles* son condenados a adquirir conocimiento *enciclopédico* muy superiores a sus fuerzas”. Estas citas, ejemplifican el carácter normalizador del discurso que analizamos. Como

decíamos en el marco teórico, la normalización es el proceso de distribuir y ubicar personas en relación a criterios de normalidad y anormalidad a través de la delimitación de jerarquías, agrupamientos y límites en torno a una norma de distribución (Ball; 1993). La normalización es la delimitación de jerarquías, medidas y regulaciones en torno a una (idea de) norma de distribución que dentro de una población ubica objetos, personas según un juicio de normalidad y anormalidad (Ball; 1993: 23). Se definen, también, las particularidades de los recién nacidos: “Recordemos al terminar este capítulo, que la luz incomoda mucho al recién nacido, por lo que el cuarto debe estar moderadamente iluminado, la cuna dirigida de modo que la cara del niño de a la sombra” (Trongé; 1878:28-29). Es decir se afirma que el recién nacido posee características propias que es preciso tener en cuenta en su crianza.

Continuando con esta línea, Romero Brest (1900: 23) propone dividir el desarrollo de los niños en 3 etapas:

“dividiremos la vida del alumno, como lo hacen la mayoría de los higienistas y biólogos, en tres grandes períodos teniendo en cuenta los momentos en que los procesos o fenómenos vitales, sufren cambios notables, ya sea del organismo físico, ya sea del organismo moral, exigiendo por sus nuevas fases, nuevas necesidades. La infancia, adolescencia y la juventud”.

Ya aquí se remarca la particularidad de cada etapa, las necesidades diferenciadas que poseen en relación a los cambios físicos y morales que se suceden. En relación a la infancia aconseja: “en este período la necesidad del ejercicio se hace sentir y se puede decir que, de la manera como él se ha tomado dependerá la salud del niño en el porvenir y a menudo aún su vida. La falta de ejercitación racional en esta edad, trae consigo perturbaciones físicas en el desarrollo de su cuerpo; perturbaciones morales de diversas clases; y afecciones nerviosas, tales como la corea y la epilepsia” (op. cit: 27). Se le atribuye una relevancia particular a esta etapa, ya que de las repercusiones positivas o negativas de su educación, dependerá (o por lo menos estará fuertemente condicionado) el resto de su vida y su salud. De ahí la importancia por definir exactamente y de forma racional qué tipo de educación (y ejercicio físico) le corresponde.

Siguiendo al autor, en la adolescencia todos los órganos de la economía empiezan ya a adquirir carácter y formas definitivas. “La inteligencia se despierta y se desarrolla con vivacidad, (adquieren) un gran poder de asimilación intelectual, una gran sensibilidad moral que hace reaccionar al sujeto con gran intensidad a todas las influencias externas que obran sobre él” (op.cit: 28). Por esto sugiere: “el ejercicio físico en esta edad no es sólo un sedante poderoso de la excitabilidad nerviosa, cuya indicación llena por completo, sino que también contribuye de una manera notable y cierta al desarrollo, crecimiento y perfeccionamiento armónico de todo el organismo en plena actividad funcional”. Nuevamente, rasgos particulares implican prácticas educativas específicas.

Finalmente la juventud:

“Se extiende esta época de la vida desde los 21 años hasta los 28, y está caracterizada por el casi completo desarrollo del organismo físico, que alcanza su mayor talla y se acerca á su mayor poder; por el perfeccionamiento del sér moral; por el poder y el brillo de la inteligencia; por la formación del carácter, cuyas tendencias se hacen ya claras y manifiestas y se dibujan por completo” (Op cit.: 32).

Aquí la edad aparece nuevamente como un criterio decisivo para fijar los límites. La juventud se postula como el punto cúlmine de desarrollo: “La intelectualidad recibe un impulso poderoso por el perfeccionamiento cerebral, (...) los músculos se encuentran ya completamente conformados, el sistema óseo completamente osificado” (Romero Brest; 1900: 32). Para este grupo indica los ejercicios de fuerza “como sedante del sistema nervioso y como un estimulante poderoso del desarrollo completo é integral de todo el organismo” (Romero Brest; 1900: 32). Como ilustran estas afirmaciones, la descripción y categorización de cada etapa se entremezclan componentes orgánico-fisiológicos con los actitudinales. Scharagrodsky (2008: 107), en relación a este asunto, resume:

“La ciencia médica se ubicó en un lugar de privilegio desde el cual proclamó un conjunto variado de justificaciones y argumentaciones a favor o en contra de ciertas prácticas corporales. Para ello se nutrió de la anatomía descriptiva, de la antropometría y, muy especialmente, de la fisiología del ejercicio, como los únicos saberes objetivos e irrefutables sobre el ‘normal’ funcionamiento del cuerpo y sobre las ‘naturales’ diferencias de los sexos”.

De manera un tanto diferente, Rawson de Dellepiane (1892) define la pubertad no sólo como el momento en que aparece el flujo menstrual (definición biológica o médica), sino que ofrece una caracterización más bien poética que alude a los cambios de personalidad utilizando las siguientes expresiones: el ángel de la inocencia ha plegado sus alas; su alegría es menos expansiva; se vuelve seria y pensadora; melancolía inexplicable; peligrosa época de transición. Es posible pensar que la diferencia en el lenguaje utilizado para describir el mismo proceso tenga que ver con la concepción general del hombre y de la mujer, como se ahondará más adelante. En efecto, como apunta Scharagrodsky en la descripción racional y objetiva del cuerpo femenino quedó plasamado cierto ideal estético: “La ideología de la belleza femenina naturalizó la supuesta redondez de las formas y reforzó la imagen de una sexualidad prudente, recatada, afectiva y decorosa” (2008: 116).

Riera (1878), pero esta vez en relación a la adolescencia, afirma que es un período difícil de atravesar, por lo cuál aconseja que se empleen todos los medios disponibles para robustecer al cuerpo: hidroterapia, equitación, permanencia en el campo y hacer todo lo posible por hacerles

tomar afición desde niños a los ejercicios gimnásticos, teniendo un cuidado especial en mantener sus fuerzas por medio de una alimentación abundante y reparadora.

Ahora bien, tal como anticipamos al inicio del trabajo y en este apartado, hay otro rasgo central al momento de describir el cuerpo de los niños: el sexo. Al igual que resalta Ben (en Acha y Halperín; 2000), hallamos en las Tesis una reflexión científica sobre la sexualidad. En el primer apartado analítico, al describir los temas abordados, resaltaba cierta preponderancia por los “trastornos” sexuales. En todos los casos cuando un individuo que pertenece a un grupo sexual presenta rasgos propios del otro, se lo rotula como enfermedad. Tanto es así que Romero Brest (1900: 64) describe al infantilismo (una enfermedad propia de <pequeños hijos prodigios escolares>) así: “el sujeto varón se hace un femenino físico y moral, con detención de desarrollo de los órganos genitales, desarrollo de los senos, inteligencia limitada y sensibilidad verdaderamente mujeril”. De igual manera ocurre cuando la fisiología no permite distinguir el sexo de un niño. Roche en el año 1904 titula a su Tesis “Pseudo hermafroditismo masculino o androginoideos” y profundiza justamente en estos casos. Según el mismo autor, estudiar estos temas es de gran importancia no sólo por condiciones de patología general, sino también por consideraciones morales: “los trastornos que los androginoideos pueden originar en el seno de la sociedad” (Roche; 1904:17). Agrega además: “Y finalmente porque creo del todo necesario que se haga obligatorio el examen médico de los recién nacidos y la inscripción en el registro civil de todos aquellos que no reunieran los atributos perfectos de uno de los dos sexos, bajo la designación de sexo dudoso” (Roche; 1904:17-18). En línea con lo veníamos planteando, la descripción corporal se limita a una lógica binaria (varón/mujer), excluyente y oposicional (los rasgos masculinos no pueden ser femenino y viceversa) y jerárquica (lo masculino es superior a lo femenino) (Scharagrodsky; 2008). La definición del sexo adquiere una connotación biológica que se inscribe en un esquema de dos elementos. Ahora bien, los cuerpos que observaban los médicos no siempre se adecuaban a uno de los dos grupos, la anatomía se mostraba rebelde y no se adecuaba a estas definiciones. Frente a estos casos de “hermafroditismo” era necesario establecer procedimientos claros que los reubicara en alguna categoría (Ben en Acha y Halperín; 2000). En este sentido, si bien la misma biología ofrecía casos que no cuajaban en la separación binaria de sexos, esos casos eran catalogados como malformaciones o alteraciones. En palabras de Roche (1904: 19):

“Abarca el estudio de los pseudos hermafroditas masculinos, a todos aquellos individuos de este sexo, que por una malformación congénita de sus órganos genitales aparecen como pertenecientes al contrario”. Conociendo estos casos, se vuelve primordial evitar los errores de categorización. “Un error cometido al efectuar el reconocimiento de su sexo, traerá consigo como consecuencia una desviación general en la educación, moralidad, etc. del individuo, tanto más fácilmente cuanto que se trata por lo común de degenerados” (Roche; 1904: 22).

Una desviación del sexo acarrea una desviación moral, educativa. Esto demuestra que en términos educativos, el sexo es una de las características que más pesa para ordenar los cuerpos y además que la determinación del sexo está en manos del juicio del médico. Por esto sugiere ahondar en los estudios científicos: “El estudio de la embriología de los órganos sexuales internos y externos, nos demostrará el porqué de la existencia de estas anomalías, que no son más que el resultado de una detención ó de un exceso en el desarrollo del embrión” (Roche; 1904: 23). Si bien en estos casos se remarcan el error en la determinación del sexo debido a los matices fisiológicos, es importante remarcar que en estas épocas, sobre todo con el movimiento anarquista, se difundían ideas rupturistas en relación a la sexualidad, al rol de la mujer, al matrimonio y a las asociaciones vinculadas con el amor, el placer y el deseo. En este sentido Ben (en Acha y Halperín; 2000: 66) aporta: “La patologización de los comportamientos sexuales se anclaba en la definición de un modelo de varón y de mujer que funcionaba como punto medio que instituía la normalidad. La sexualidad masculina era desmesurada, ligada al ‘instinto sexual’ y se desarrollaba más allá de lo meramente reproductivo. En cambio, el deseo sexual femenino – guiado por el ‘instinto maternal’ – era casi siempre un factor ausente compensado por un afecto que se manifestaba especialmente en la crianza de niños y niñas. Las mujeres no podían ser pensadas como sujetos del deseo sexual, salvo que fueran prostitutas, y en ese caso eran marginadas y asociadas con la destrucción del ‘orden social’”.

El análisis de Ben ilumina la cita de Romero Brest incluida más arriba. El “infantilismo” demarcaba a un individuo de sexo masculino que tomaba actitudes femeninas, adjudicando a cada sexo comportamientos no sólo diferentes, sino excluyentes y antagónicos.

En cuanto a las causas del hermafroditismo, Roche (1904: 25) afirma: “Frecuentemente, por no decir siempre, se encuentran en los antecedentes de estos sujetos, estigmas degenerativos, ya sean físico o psíquicos: un padre, una madre, a veces ambos, epilépticos, vesánicos, histéricos, alcoholistas o con vicio de conformación; transmitirán a su descendencia si bien no sus mismos vicios o anomalías, algún otro defecto físico o psíquico”. También acusa a una “alimentación deficiente” (Roche; 1904: 27). En sintonía con lo expuesto en el apartado anterior, aparece una concepción lamarkiana de herencia: alcoholicos, viciosos, degenerados psíquicos transmiten a su descendencia sus anomalías, que toman una forma física. En la misma corriente, Fernández (1880: 37): “si este joven se desarrolla robusto, su salud pasará a sus hijos”.

Develado por estas degeneraciones a la razón, Roche (1904: 27) concluye:

“A juicio mío, la causa frecuente y la que trae aparejado todos los males para los pseudos hermafroditas masculinos, es el error cometido al reconocerlos después del nacimiento. Declarados del sexo femenino, empieza para ellos una vida, que forzosamente tiene que modificar el hábito general, en que entrará en lucha la naturaleza con los hábitos adquiridos y con ella todas sus consecuencias”.

En este sentido, advertimos como para el discurso médico-normativo, el ‘hermafroditismo’ representaba un cuerpo que inminentemente interpelaba a las leyes fisiológicas y sociales:

“un cuerpo no adecuado al modelo prescripto y que además y fundamentalmente estaba marcado por una falta de correlación con una identidad de género claramente distinguible, con lo cual el/la sujeto en cuestión, no cumplía con los ‘signos de humanidad’. (...) Había órganos que pretendían ser vaginas sin serlo realmente, había clítoris que se pretendían penes y “engañaban” a los médicos. Así, lo normal fue veraz, y lo patológico se instituyó como ‘error’, ‘falsedad’ o simulación” (Ben en Acha y Halperín; 2000:75-76).

Lo erróneo, lo falso, lo desviado se define en relación al parámetro de normalidad y más específicamente en términos de exceso o de falta. Esto es, la patología se define por ser un exceso o una falta en relación a lo normal: todo fenómeno o realidad que pervirtiera cuantitativamente el parámetro fijado era una enfermedad o un desvío. Apoyándose en este criterio, el discurso médico demuestra la racionalidad y objetividad de sus valoraciones. Esto explica, en cierto punto, la necesidad de la cuantificación. Muniagurria (1897: 17/18) ofrece un cálculo de cuantas veces debe mamar el recién nacido durante la primer semana, en los distintos momentos del día, y cuánto debe disminuir este número luego, así como una matematización de la cantidad de leche. En el apartado siguiente veremos más ejemplos. Con la misma lógica que asocia lo exagerado y lo deficiente con la anormalidad, también se valora positivamente el carácter mesurado y medido de ciertas conductas; Scharagrodsky (2008: 130) quien estudia puntualmente las prácticas corporales asociadas a la feminidad a fines de siglo XIX concluye:

“La moderación de los movimientos ‘femeninos, implicó metafóricamente moderación de sus órganos genitales, de su expresividad y de sus deseos. (...) La moderación y prudencia se constituyeron contra dos grandes males que acechaban a la sociedad de fines del siglo XIX: temor a la virilización femenina y temor a una sexualidad femenina autónoma, independiente y conciente”.

En este sentido, los médicos no sólo se ocupan en las Tesis de definir grupos y estadios del desarrollo en los niños y niñas, acompañados siempre de sus correspondientes intervenciones educativas, sino también condenan los casos que se escapan, sin deber hacerlo, a las categorizaciones construidas por ellos. Lo que queda irresuelto en el discurso son los límites de las

categorías. ¿Hasta qué punto las actitudes de un niño de sexo masculino son interpretadas como algo anormal, o enfermo? Como sostiene Ben (en Acha y Halperín; 2000: 86):

“A pesar de que en innumerables ocasiones los médicos se veían imposibilitados de determinar el ‘verdadero sexo’ de una persona, insistían retóricamente sobre la necesidad de atribuir a cada ‘hermafrodita’ su sexo correcto, por eso el término que más comúnmente utilizaban era el de ‘pseudohermafrodita’, ya que la ambigüedad no podía sino ser falsa”.

Resulta muy pertinente esta observación considerando que la Tesis de Roche se titula así. Nuevamente, estos ejemplos, socavan la pretensión de científicidad y objetividad en nombre de quienes hablan los médicos. “En las obras de los médicos que construyeron la categoría de hermafroditismo podemos rastrear una definición de normalidad de raíz prescriptiva: aquella que postula un evolucionismo lineal y teleológico” (Ben en Acha y Halperín; 2000: 82-83). Recapitulando lo analizado en el apartado precedente, se evidencia nuevamente, tras la concepción de desarrollo normal, una concepción de progreso lineal, único, y ascendente. Por esto mismo, cualquier fenómeno que escapa de lo normal es una patología, y en tanto patología, desviación, retroceso, involución, deficiencia, exceso.

He aquí una tensión en el discurso higienista entre una tendencia a la homogeneización y la particularidad. Es decir, por un lado se proclama que cada sujeto precisa de una educación acorde a sus cualidades y particularidades, pero al mismo tiempo, éstas, son definidas para todos los niños y/o las niñas. En este proceso de medicalización, son los médicos quienes determinan qué mirar, qué pautar, en relación al cuerpo de los niños y niñas (y su desarrollo) de forma un tanto arbitraria. Esto es, se seleccionan ciertas características relevantes, en desprecio de otras, y esas mismas se extienden a todo un grupo de sujetos que se vincula de forma particular con ellas. Como concluye Scharagrodsky (2008: 110): “El médico de fin de siglo se convirtió, simultáneamente, en juez y legislador, juzgando y prescribiendo el qué (qué prácticas corporales eran las más adecuadas) y el cómo (cómo era la metodología científicamente correcta) a partir de un único saber cuya autoridad fue irrefutable”.

C. Prácticas educativas: evaluación y propuestas

En este último apartado nos dedicaremos a analizar el discurso médico de las Tesis en relación a las prácticas educativas. Anteriormente hemos analizado las características generales del discurso médico, su visión global de la higiene, el progreso y la educación, así como las concepciones del cuerpo y desarrollo de los niños. El presente capítulo se abocará a recuperar y analizar las referencias directas del discurso médico en relación a la escuela y sus prácticas. Cabe remarcar que ya son menos las fuentes de análisis que nos sirven para este fin, pero las ideas se encuentran sumamente vinculadas a las trabajadas en los apartados precedentes. Lo que interesa relevar es una muestra de la red de propuestas de intervención que desde la medicina se dirigieron a las familias y a la escuela con el objetivo de civilizar.

Se verá aquí también la pregnancia del higienismo y la racionalidad médica aplicada directamente a lo escolar. Como recuerdan Milstein y Mendez (1999: 32): “(...) para advertir que este trabajo escolar sobre el cuerpo sucede allí donde se supone que no sucede, mediante enseñanzas por lo general incidentes que, como simples indicaciones de importancia puramente formal o secundaria, acompañan a la enseñanza de los aspectos considerados más importantes.” En este sentido, las citas recogidas hablan y regulan el tiempo, la arquitectura, las posiciones de los alumnos, pautando un orden para lo que sucede dentro de la escuela.

En primer lugar, cabe resaltar el significado atribuido a la escuela como herramienta fundamental de la ingeniería social. Fernandez Paulino (1880: 33-34) afirma: “La escuela puede corregir este y otros males para el porvenir. (...) Toca también a la escuela corregir en lo posible defectos de tradición en ciertas costumbres, contrarias a toda higiene y a toda moral”. Desde una postura más peyorativa, Romero Brest (1900: 15) reclama que las escuelas: “no preparan hombres aptos para la lucha de la vida”. Vemos aquí también que se le atribuye a la escuela una gran responsabilidad en cuanto a la formación integral de los individuos; pese a que se denuncie su ineficiencia, a la escuela compete formar “hombres aptos para la lucha de la vida”. Veremos más adelante qué prescripciones refiere Romero Brest a la institución escolar.

Como decíamos, la escuela condensa todas las esperanzas de regeneración social; En efecto, Fernandez (1880: 8) afirma que las reglas y preceptos de la higiene obtenidos en la escuela, se imponen en el hogar porque el niño crece connaturalizándose con ellos, haciendo que sus padres las practiquen. El mismo autor amplía y dice: “La escuela debe imponer a las familias actos simple pero de mucha consecuencia para la higiene. (...) La ventaja que tiene contemplar la enseñanza y aplicación de la higiene en los colegios es que se difunde y hace que el individuo la considere en ámbito privado y público” (Op cit.: 33). En estas citas se explicita el por qué del involucramiento de

los médicos en materia educativa y escolar. Por medio de la institución escolar se educa y corrige a los niños, y también se llega a las familias. En este sentido, se atiende en una misma acción, un grupo importante de la sociedad asegurándose (o mejor, creyendo asegurado) que por medio de una educación guiada por los preceptos de la higiene, modificarán las prácticas de los individuos, y así, su salud moral y física. Siguiendo a Gondra (2002), en el período que nos compete, surgen desde la medicina una preocupación por la formación intelectual, moral y física de niños y jóvenes de ambos sexos, que se plasma en propuestas de reforma del sistema educativo. Estas propuestas se apoyaban discursivamente en los preceptos higiénicos y se focalizaron en guiar el modo de concebir, estructurar y edificar el funcionamiento de las escuelas como una manera de intervenir en la formación de la juventud.

Por esto, en segundo lugar, recogeremos el análisis de los médicos en relación a la situación edilicia de las escuelas, y a continuación, las prácticas higiénicas que proponen incluir. A este respecto, Fernandez (1880: 9-10) resume: ni su orientación, ni su capacidad, ni su aireación corresponden al objeto (su elección no fue guiada por razones de higiene). De forma desagregada, concluye: “En nuestras escuelas muy pocos salones pueden contar con una proporción de 5 o 6 m³ por alumno”, y esto se debe a un “aumento tan enorme de la población escolar y la falta de escuelas, y la poca precaución y aplicación de los principios higiénicos”; prosigue “en muchos establecimientos el sistema de bancos adoptados es el mejor de los que se conocen; el banco sistema norteamericano” mientras que “en otras escuelas (estas son generalmente las de los suburbios) el sistema de bancos es de lo más imperfecto que imaginarse puede; cuyo aseo y conservación dejan mucho que desear”; finalmente concluye: “poco hay que decir en este sentido, pues casi todas las escuelas tienen su luz lateral izquierda, algunas bilateral. (...) No trataré de demostrar las razones higiénicas que hay para preferir la luz lateral izquierda”. Retomando lo que decíamos en el capítulo anterior, advertimos una racionalización matemática que atraviesa las prácticas escolares. Salces (1896: 37) agrega en relación a los patios que: “en general son pequeños, poco aireados, y sin arboleda que sirva a los niños para resguardarse de los rayos solares”, “en las escuelas retiradas, son por su situación bien aireados y plantados, aunque algunos, pequeños”. A la luz de estas citas, podemos afirmar que la higiene arremete con el espacio educativo acercando propuestas científicas que tornen a las escuelas ámbitos saludables. Para ello, estipulan un orden para el tiempo, el espacio y los cuerpos de maestros y alumnos. Como se ve, si bien no son muchas las evidencias, los higienistas encuentran que las escuelas no fueron ni construidas, ni regidas siguiendo indicaciones higiénicas. Por esto, en sus Tesis, estipulan una serie de reformas. En este punto, Escolano (2000: 183) aporta:

“El espacio-escuela no es sólo un <contenedor> donde se ubica la educación institucional, (...) es también por sí misma un programa, una especie de discurso que instituye en su materialidad un sistema de valores, como los de orden, disciplina y racionalidad (...) y toda

una semiología que cubre diferentes símbolos estéticos, culturales y aun ideológicos. Al mismo tiempo, el espacio educativo ha reflejado en su formateado las innovaciones pedagógicas, tanto en sus concepciones generales como en los aspectos más técnicos”.

Escolano (2000) presenta un análisis histórico del espacio-escuela a la luz de tres modelos. El primero es la escuela-aula que contiene una misma sala para la enseñanza mutua (con una distribución de los bancos en filas) o simultánea (con gradas al fondo). Este modelo se caracteriza por escenificar una serie de prácticas educativas uniformes, regladas sometidas (y habilitadas) por una disposición geométrica del espacio: “Tales prácticas han de estar rigurosamente previstas por la geometría interior del rectángulo escolar, bien distribuida en gradas, bancos en hilera, semicírculos, tarimas y otras segmentaciones” (Escolano; 2007: 4).

El modelo de espacio-escuela froebeliano se caracteriza por una disposición más abierta, flexible y en contacto con el medio natural en pos de fomentar una metodología de trabajo más intuitiva, expresiva y armónica conforme a la pedagogía propuesta por Froebel.

El tercer modelo, es el diseño graduado que propone una subdivisión del espacio en microespacios que representan los grados o ciclos previstos por el sistema educativo. Este formato arquitectónico habilita un trabajo espacial y temporal independiente en cada aula, a la vez que una distribución de los cuerpos según criterios cronológicos, mentales y/o instructivos. Su propósito era modernizar científicamente la escuela y la educación de los niños apelando a estrategias y prácticas de enseñanza más tecnificadas y a reglas disciplinarias propias del control social. La legitimación de esta propuesta estuvo a cargo de distintas corrientes dominantes a comienzos de siglo XX tales como el funcionalismo arquitectónico, el taylorismo, la ergonomía, el higienismo y el panoptismo.

En los tres modelos puede entenderse a la arquitectura escolar como una forma de escritura, en tanto configura “una textualidad conformada a ciertas reglas constructivas que comportan sentido en sus propias estructuras, o como un orden que transmite, a través de sus trazados y símbolos, una determinada semántica, es decir, una cultura” (Escolano; 2007: 5). Como mencionábamos más arriba, el diseño de la escuela materializa una idea, un discurso y por lo tanto constituye un programa educador. Lo que encontramos en las tesis es una preocupación por parte de los médicos por configurar un programa higiénico atento a la arquitectura y a las prácticas educativas. A este respecto, Fernandez (1880: 10) propone una disposición aulica que acorde a las reglas de la higiene, disponga de al menos tres metros cúbicos de aire por cada alumno, que permita a los rayos del sol penetrar el espacio y que renueve el aire, que permita una distribución de los alumnos cómoda y la realización de ejercicios gimnásticos (específicamente destina 157 m² para los ejercicios corporales y para el recreo, correspondiendo a cada alumno 2 m) (Op cit. 16). Respecto a la construcción de la escuela, advierte tener en cuenta tres condiciones importantes: la locación

(alejarse de lugares insalubres y barrios muy populosos), la orientación (la posición que guarda el edificio respecto a los vientos), y la capacidad (área de 220 m²) (op cit. 14-15).

Salces (1896: 17-18), por su parte, se pregunta:

“¿Cuántos alumnos debe contener un salón de clase de proporciones determinadas que, sin *peligro* para la salud del niño pueda alojarse en él durante una hora?”, y responde que como mínimo la proporción de 8,6 por alumno. “Es indudable que la capacidad de un salón de clase que se adapte a estas proporciones es muy grande; en ese caso se debe tener la precaución de colocar aberturas permanentes”.

Como vemos, hay una matematización de la postura del cuerpo, de la cantidad de aire disponible, y se presenta una fórmula matemática para resolver la construcción de los bancos. Salces (1896: 21) escribe: “su construcción debe seguir los principios perfectamente establecidos por la ciencia, considerando que el niño debe soportar durante algunas horas la forzada quietud”. Las dimensiones del mobiliario escolar adquirieron un lugar destacado puesto que debían orientar y conformar el cuerpo de los niños. Como recoge Escolano (2002) distintos estudios experimentales comienzan a medir la fatiga escolar (Sikorski; 1879), la relación entre esfuerzo y fatiga (Burgerstein; 1891, Kraepelin; 1894, Eddinghaus; 1897), la correlación entre fatiga mental y sensibilidad muscular (Weber), índices métricos de las distintas materias de la currícula que se forzaban por regular la duración óptima de cada lección y su alternancia con las tareas y los recreos. Desde distintas disciplinas comienza a generarse conocimiento preciso (curvas de rendimientos, porcentajes, métricas) en relación a los procesos de enseñanza-aprendizaje con el fin de racionalizarlos y modernizarlos.

Los médicos argentinos, como se mostró, no fueron la excepción y también generaron mediciones en relación a estos asuntos, teniendo como criterio principal, y aquí radica la novedad según Escolano, la salud del niño. En relación a esto último, Fernandez (1880: 22-23) dice que el banco es el útil de la escuela más importante y su construcción debe estar sujeta a las reglas de estática, dinámica y oculística de modo que el niño pueda estar en una posición cómoda y elegante, pudiendo ejecutar cualquier movimiento con la mayor facilidad y soltura, con la luz adecuada (en intensidad y suavidad) para que facilite sus tareas. Por esto, ofrece una regulación corporal de la disposición del cuerpo en el banco, estipulando la posición del codo izquierdo, del brazo derecho, de la cabeza, del cuaderno. Salces (1894: 21), coincidiendo, afirma: “En el mobiliario escolar pasa el niño su vida escolar influenciándolo más o menos”. Retomando este asunto, Fernandez (1880: 23) resalta que los mismos obedecen al modelo norteamericano, que se caracterizan por presentar una leve inclinación pero siempre fija. Esto favorece a que el alumno adopte siempre la misma postura, tomando la misma actitud viciosa, fatigando siempre los mismos músculos. Siguiendo con su análisis, el autor, adjudica la toma de esta “posición viciosa” a la mala construcción de los

bancos, siendo una de las principales causas la separación exagerada del asiento a la mesa, y la falta de proporción entre la altura de la mesa y el banco con la talla del niño (1880: 24). Advierte sobre la relación existente entre las enfermedades xifosis, miopía y presbicia y la postura que adopta el cuerpo en los bancos (1880: 24).

En relación a la escuela encontramos otras críticas; Romero Brest reclama el estado de las condiciones edilicias: “Es debida a las viciosas posiciones que el alumno adopta en los bancos de las escuelas, (...), la escritura inglesa, la costumbre de llevar el paquete de libros o la cartera con ellos, (en las niñas) las malas condiciones de las mesas de costuras, las mesas demasiado altas”. Si la escuela no contemplaba en sus prácticas y en sus mobiliarios los conocimientos de la higiene y de las ciencias médicas, fomentaba anomalías en los alumnos que con el tiempo serían imposibles de revertir. De aquí la importancia atribuida, por parte del saber académico medicinal, a lo que la escuela hacía con lo que le era dado.

En cuanto al modelo de los bancos, tanto Fernandez (1880) como Salces (1894), coinciden que estos tienen que estar pensados de forma individual. El primero así lo expone: “Tomo por tipo una banca para un solo alumno, porque la creo más apropiada a la higiene, facilitando también, la asidua vigilancia que debe ejercer el maestro en los alumnos”, mientras que Salces (1894:) escribe: “Conceptuamos de mala higiene el permitir que en un solo banco se sientan dos o más niños” (refiriéndose al riesgo de contagio de enfermedades parasitarias por el contacto de un niño afectado y uno sano). Tal como apuntábamos al inicio, los discursos propios del campo de control simbólico ofrecen dispositivos no solo para adoctrinar a los cuerpos, si no para constituirlos: “En su análisis de las sociedades disciplinarias Foucault explica cómo los cuerpos están y funcionan bajo condiciones situadas en determinados usos de tiempo y espacio, de forma tal que los cuerpos ni se entrenan, ni se capacitan: se constituyen como cuerpos disciplinados.” (Milstein y Mendez; 1999: 23). En este sentido, se advierte una correspondencia entre los criterios higiénicos y las estrategias de control y disciplinamiento.

En tercer lugar, en el discurso encontramos un trabajo conceptual muy detallado relacionado a la incorporación de prácticas de ejercicios físicos. Romero Brest (1900: 14) plantea el problema en estos términos: “El problema del ejercicio físico en la escuela es sumamente complejo y variado. Comporta la resolución no solo de asuntos científicos médicos o higiénicos, sino también pedagógicos, sociales, y administrativos”. Reconoce que “el problema no puede resolverse con el concurso único de las ciencias médicas”, y por eso propone un trabajo interdisciplinario. De todas maneras, no encontramos en la Tesis de Romero Brest una inclusión muy clara de dichos conocimientos.

En cuanto a los beneficios de los ejercicios físicos, Gallo (1908: 34) resalta: “El ejercicio físico aumenta los movimientos respiratorios, y al hacer el recorrido entre la casa de los alumnos o

maestros y la escuela, se distrae la imaginación combatiendo así la fatiga intelectual”, mientras que Fernandez (1880: 37) afirma: “Desarrollando las fuerzas físicas, pedestal de las morales, se previenen las enfermedades de la vida sedentaria, (...), estimulando todo el sistema nervioso general; los fenómenos de asimilación y desasimilación son más activos, se reacciona contra la depresión física causada por la exaltación intelectual”. En este aspecto, se argumenta que el trabajo intelectual excesivo atenta contra el desarrollo natural del cerebro y por ende, se resaltan las virtudes higiénicas del descanso y recreación. Como aporta Escolano (2002), los higienistas también propusieron revisiones de los criterios de distribución de las materias en el horario escolar y la duración de las clases. En esta línea, Romero Brest (1904: 37) estipula: “Más importante nos parece la sedentariedad escolar, y es a evitarla que deben dirigirse especialmente los esfuerzos del médico y del pedagogo. (...) La necesidad del ejercicio físico es hoy en día algo banal, que nadie discute”, y continúa: “Es necesario no solamente por los beneficios que reporta sobre todos los sujetos, sino también y muy principalmente por todos los trastornos que su falta acarrea a todos los organismos”. En relación a esto, concluye: “La ausencia o falta de los ejercicios corporales trae consigo trastornos que alcanzan a todos los órganos esenciales de la vida”. Como advierte Scharagrosky, la importancia atribuida a la inclusión de esta práctica en las escuelas se relaciona con el progreso y riqueza que podía esperarse de una nación. Si su población era vigorosa y sana, el progreso y la abundancia llegarían.

Podemos agregar esta otra cita de Romero Brest (1904: 67) en relación al por qué de la inclusión de los ejercicios en las escuelas: “Es ya de observación vulgar que el ejercicio físico previene muchos vicios desarrollados en estos colegios, desviando la corriente imaginativa ávida de placer y fatigando al organismo; su papel es más bien de moderador o mejor dicho, de un agente de equilibrio perfecto en las funciones”. Nuevamente aparece la valoración positiva a lo equilibrado y medido ya que lo excesivo y exagerado denota un desvío. En este caso, se reafirman los beneficios de la ejercitación física por moderar posibles apetencias sexuales:

“En este ‘contexto corporal’ incierto, alterado y confuso las diferentes prácticas corporales, entre ellas la gimnasia, aparecieron desde el discurso médico como una de las posibles terapias (re)encauzadoras de ese lenguaje corporal anómalo y desordenado. (...) La necesidad fue apaciguar la excitación, la imaginación o el placer. También, reglar los movimientos, normalizar las funciones y sus excesos. En definitiva, llevar la ‘calma al espíritu’ que no fue más que controlar la sexualidad femenina evitando subversiones o posibles desvíos sexuales”(Scharagrodsky; 2008: 124).

Por estos motivos, Romero Brest (1904) se pregunta qué objetivo principal debe tener todo ejercicio físico o sistema de ejercitación que se aplique al escolar y al mismo tiempo cuáles son los medios más prácticos de llegar a conseguir el fin que el educador y el higienista se propongan. Así, detalla

una serie de propósitos que pueden tener los ejercicios en la escuela. El primer propósito refiere a la corrección de las deformaciones congénitas o adquiridas; a este respecto el autor argumenta que sería muy ventajoso que en la escuela se incluyan ejercicios específicos para corregir las desviaciones de la columna por la frecuencia de estos problemas en los alumnos, pero por su especificidad médica y científica “los directores de esta enseñanza deben ser siempre médicos” (op cit. 72-73). El segundo propósito es propender al desarrollo y mejor utilización muscular. En relación a esto, refuerza: “también aquí el concurso del médico es importante. Hay que avanzar prudentemente en la educación; no todos pueden ser atletas, porque se nace ya con una predisposición”. “El atletismo exclusivo, es evidente, no puede ser objeto de la educación física en la escuela, por más que muchos maestros arguyan que los individuos así dotados pueden escapar fácilmente a los incendios” (op cit. 74-75). En ambos casos, lo que está en juego es una disputa por definir el qué y el quién. Es decir, qué prácticas se incorporan o se modifican en la escuela y quién tiene la legítima autoridad, no solo para afirmarlo, si no también para aplicarlo. En estas citas lo que se reivindica es el lugar del médico como el único que puede asumir esta enseñanza.

El tercer propósito que Romero Brest le atribuye a los ejercicios físicos en la escuela es el de conservar la salud y el desarrollo armónico del cuerpo. Este punto, según afirma, es objeto exclusivo de la escuela: “La gimnasia escolar debe, pues, ser ante todo eminentemente higiénica y todos sus procedimientos deben ser apropiados a ello” (op cit. 77). Siguiendo con su estudio, explica que la gimnasia tiene dos tipos de efectos: los locales y los generales. Los primeros incluyen la contracción del músculo, variación de la temperatura, oxigenación del músculo. Estos efectos son poco importantes. En cambio, los efectos generales se producen sobre las grandes funciones de la vida:

“Estos resultados generales son los que debe proponerse como objetivo final el ejercicio en la escuela, llenando así una indicación general absolutamente aplicable a todos los organismos sanos y a la gran mayoría de los enfermos. Es el único objetivo prácticamente posible en la escuela, porque sus facilidades de aplicación no hacen necesario un personal extremadamente numeroso como para los demás, con tal que sea competente. Es el único racional porque es el único que se dirige directamente a la conservación de la salud y a producir un verdadero estado de equilibrio y de fuerza, ideal para todo ser organizado normal. (...) El objetivo que debe tener la gimnasia en la escuela es el desarrollo armónico de lo psíquico y de lo físico. (...) Las necesidades de la vida actual, exagerando cada vez más las dificultades para la lucha de la vida, exigen una predominancia cada vez más marcada de las fuerzas intelectuales por sobre las fuerzas físicas; ahora bien es muy conocida la relación recíproca e ineludible que hay entre lo físico y lo moral de cada organismo humano, y que para ser un buen intelectual es necesario disponer de un buen físico. (...) Asegurar una salud robusta capaz de resistir a las fatigas y a las enfermedades, y contribuir al

desarrollo armónico y racional del organismo todo, consiguiendo un justo equilibrio entre el pensamiento y el cuerpo, he aquí el ideal que debe proponerse la gimnasia en la escuela” (op cit. 77-84).

En esta selección de citas, nos encontramos con una justificación de las virtudes orgánicas que reportan los ejercicios físicos. Es decir, su beneficios no es, únicamente, fortalecer los músculos, sino (y sobretodo) repercutir positivamente en las grandes funciones de la vida ya que conservan la salud y favorecen a un armonioso equilibrio entre el desarrollo psíquico y físico. Como mencionábamos más arriba, lo normal se asocia con lo medido, equilibrado, armonioso; cualquier desequilibrio por exceso o falta se juzgaba de enfermedad o anormalidad.

Continuando con el trabajo del autor, encontramos que aconseja “para conseguir los efectos higiénicos del ejercicio es necesario dirigirse a los ejercicios que provocan o facilitan la mayor oxigenación de la sangre”. Del mismo modo, Romero Brest advierte sobre el riesgo de aplicar ejercicios físicos inadecuados, y dice: “Los ejercicios mal elegidos o mal aplicados, tienen en este sentido una gran importancia, porque son ellos los que contrariando la obra inteligente de la naturaleza, causan deformaciones. A pesar de esto, no es posible negar que una acción científica puede ser ejercitada en este sentido para ayudar al esfuerzo natural o corregir las desviaciones o deformaciones” (1900: 93). Al parecer la naturaleza posee una inteligencia en la formación de los cuerpos que la acción humana sin reparar en la ciencia, puede contrariar. De todos modos, en algunos casos, la inteligencia de la naturaleza no se evidencia en los cuerpos deformes, quienes, sujetos a prácticas científicas, pueden corregirse. En este sentido, nos encontramos con un recorte específico del discurso médico interesado en las prácticas escolares que intervienen en la formación de los cuerpos y, sobretodo, en cómo fomentar y adaptar estas intervenciones para asegurar la conformación de cuerpos higiénicos y sanos. Esta es la principal preocupación de los médicos y la plasman, simultáneamente, en sus descripciones y observaciones de los cuerpo, como en las prácticas educativas y corporales que prescriben.

Por último, haremos una alusión a la organización del curriculum. Gallo (1908: 31-32) aconseja destinar por cada una hora de trabajo intelectual, un cuarto de hora de ejercicios físicos, por esto propone hacer ejercicios en el aula. En cuanto a la disposición horaria argumenta a favor del modelo discontinuo que se caracteriza por incluir horas de clase a la mañana y a la tarde con un intervalo en el medio para que alumnos y maestros estén fuera de la escuela. Los beneficios: “permite satisfacer mejor que ningún otro las grandes funciones del organismo humano: la digestión y la respiración” (op. cit 31). Más allá de respetar los procesos físicos de digestión, resalta que comer en la casa con la familia de por sí es positivo: “hay indudablemente una gran influencia para el futuro de los pueblos, en esta permanencia de niños en el hogar a estas horas de la comida, la calma de esas horas en la mayor intimidad oyendo la voz de los padres, las risas de los hermanos,

las anécdotas y los recuerdos, hacen nacer los nobles efectos de la familia, base de la moral doméstica y social, cuya estabilidad y buenos cimientos influyen de una manera directa en una verdadera grandeza nacional. Tenemos entonces agregadas a las buenas condiciones de la alimentación las benéficas influencias del ser moral sobre el ser físico” (op cit: 31-32). Por otro lado que alumnos y maestros se retiren al mediodía permite que las aulas se ventilen perfectamente. En este sentido, ofrece nuevamente una cuantificación del aire que consume una persona, y del tiempo que tarda en viciarse el aire del aula (op cit.: 33). Análogamente a lo que planteábamos en la descripción de cuerpo normal, en la descripción supuestamente objetiva y científica del horario escolar, los médicos deslizan valoraciones morales que quedan unidas, en el discurso, a explicaciones fisiológicas. En este caso, los beneficios de interrumpir las lecciones para que los niños puedan almorzar en sus casa y, por ende, favorecer el buen funcionamiento de los sistemas digestivos y respiratorios, se entremezclan con ciertos idearios de familia. Siguiendo el estudio de Donzelot (1979) podemos identificar que el discurso médico-higienista promueve una reconfiguración de las familias en relación a los niños. La familia debe velar por el bienestar de sus hijos y en este sentido se insta a los padres a destinar mayor atención. Este anclaje en las familias termina siendo un mecanismo para promover la integración social que se materializa, en nuestro caso, en una serie de propuestas e intervenciones sobre cómo debe actuar. Advertimos en las tesis este doble foco de acción para influir en la educación de los niños: la escuela y la familia. En ambos casos, se apunta a procurar las condiciones para engendrar niños saludables e imponer conductas morales en términos médicos. La importancia atribuida a los cuidados individuales se relacionan con la grandeza de la nación. Como señala Escolano (2002: 98) para el caso español: “Habrá que esperar a la Restauración para que los nuevos movimientos científicos y sociales susciten planteamientos más higienizadores en el ámbito de la educación. (...) Es entonces cuando el positivismo y la higiene abordarán el tópico de la fatiga escolar y suscitan nuevos enfoques para humanizar y racionalizar la periodización del tiempo en la educación elemental”. Como se viene argumentando, la ciencia médica y el higienismo irrumpen en la escuela configurando un saber especializado: la higiene escolar. Este saber evalúa y reformula las prácticas escolares en vistas a un conocimiento científico y racional que contemplaba la salud y el porvenir de la nación pautando los modos de organización escolar: los horarios, la arquitectura, los mobiliarios, el trabajo corporal e intelectual.

6. Conclusiones

Llegados a esta instancia, es pertinente puntualizar parte del recorrido conceptual y analítico que hemos encarado. Al comienzo del trabajo, nos planteamos el objetivo de relevar el contenido del discurso médico argentino referido al cuerpo de niñas y niños, su salud y educación entre fines de siglo XIX y comienzo de siglo XX. El cambio de siglo encontró al país en el proceso de institucionalización del Estado nacional. Sumado al desafío de aplacar los movimientos contestatarios, de homogeneizar ciertas prácticas (como el sistema monetario) en todo el territorio y crear las vías de comunicación, el Estado nacional debía asegurarse una regulación de la vida civil. Este escenario mutó en una penetración del Estado diversificada en cuatro modalidades: represiva, cooptativa, material e ideológica que permitieron aumentar y legitimar su accionar sobre la sociedad civil y sobre el mercado. De todos, en este proceso de modernización de la sociedad argentina, surgieron escenarios que complejizaron la realidad social. La llamada cuestión social aglomeró una serie de problemáticas vinculadas con la urbanización y la industrialización: vivienda, salubridad, prostitución lideraban las preocupaciones de las autoridades estatales. En este contexto, el discurso médico encontró un espacio de influencia y poco a poco (en alianza con el Estado nacional) fue ganando autoridad para regular e intervenir en la vida social.

Antes de llegar al análisis de la fuente de datos, establecimos los lineamientos teóricos que encuadran esta propuesta ordenándolo en torno a cuatro conceptos: construcción social del discurso pedagógico, medicalización, infancia y medicalización de la infancia. El primer concepto nos permitía pensar al discurso médico como parte del campo de control simbólico en tanto sus códigos discursivos establecen (y distribuyen) formas de conciencia, relaciones sociales y disposiciones. En este sentido, adquieren funciones normalizadoras, es decir el discurso médico delimita jerarquías, medidas y regulaciones en relación a una norma de distribución y así, ordena a los cuerpos según un juicio de normalidad y anormalidad. El discurso pedagógico, por su parte, también conforma el campo de control simbólico pero se caracteriza por ser portador de contenidos de otros discursos. Esto es, se apropia de discursos que tienen 'potencial significativo', y en ese movimiento, los recontextualiza a la situación escolar. El concepto de medicalización, nos permitió entender la historicidad del saber médico. En cierto sentido, el proceso de medicalización implica la hegemonía del saber médico para pensar y actuar sobre cuestiones sociales e individuales que antes no se veían comprometidas desde esta lógica. Del mismo modo, conlleva a la normalización médica del desvío. En el período que nos interesa, como decíamos la medicina fue conquistando autoridad y espacios sobre los cuales ejercer su competencia. El concepto de infancia, al igual que el anterior, nos ayudó a entender la historicidad asociada a los niños como grupo diferente de los adultos. A su vez, remarcamos que la formación del sujeto infantil es siempre un acto de poder que

se apoya en una trama de discursos. Es decir, la infancia se conceptualiza, en un determinado momento, como objeto de discursos del campo de control simbólico y esta conceptualización, a su vez, termina siendo constitutiva de esos niños como sujetos. En estrecha relación con esto, y casi a modo de síntesis, en la medicalización de la infancia advertíamos el surgimiento de discursos y ramas médicas especializadas en la infancia: la pediatría y la puericultura.

En el análisis de la Tesis, rescatamos, en primer lugar, el lugar del higiene como saber vertebrador de la medicina, asociado tautológicamente con la idea de progreso. La higiene es progreso, y el progreso, higiene. En este sentido, el saber higiénico funcionó como la norma de distribución para ordenar a las sociedades, individuos y prácticas educativas. La higiene es pensada como un conocimiento propio del ser humano, que existió siempre pero poco a poco se fue perfeccionando y enriqueciendo. Por este motivo, afirmábamos que el concepto es ahistórico. Este discurso define a la higiene como el saber fundante del ser humano y a su vez como el saber que conduce al perfeccionamiento tanto físico como moral de cada individuo y de la sociedad. Asimismo, hallamos que definen su función como sanadores del cuerpo y del alma. De esta forma, advertíamos que el proceso de profesionalización del saber y de sus agentes se sostenía, discursivamente, estableciendo dentro del ámbito de competencia de la medicina cada vez más espacios y prácticas.

En relación a la representación de los cuerpos identificamos una priorización de ciertos rasgos para definirlos y otorgarles su carácter de normalidad. Específicamente, relacionados con la edad y el sexo. Un cuerpo normal podía ser niño, adolescente o adulto y varón o mujer; en esa grilla de combinaciones posibles, los médicos proponían distribuir a los sujetos. Ahora bien, para los cuerpos rebeldes que no se enmarcaban en estos rótulos, la categoría que se propone es la de enfermos o anormales. Estos casos que interpelaban al saber médico venían de la mano de una serie de explicaciones (sobre todo en relación a lo sexual) que, generalmente, aludían a la presencia de hábitos y costumbres viciosas. Reforzando la sinergia entre lo físico y lo moral, las malformaciones físicas encontraban su origen progenitores alcohólicos o histéricos, e incluso a una mala alimentación.

En relación a la determinación del sexo de cada sujeto, los médicos nuevamente se adjudican la autoridad para hacerlo, remarcando el peso que una mala evaluación puede tener en la vida del paciente. Son los médicos quienes tienen el saber para ubicar a cada cuerpo en el grupo de hombre o mujer.

En sintonía con esta puja de poder, en el último capítulo analítico mostramos la inmersión del discurso médico en las prácticas escolares en dos líneas: diagnóstico y prescripciones. Cual si la escuela fuera un paciente más, en las Tesis encontramos trabajos dedicados a realizar un estado de "salud" de la escuela que básicamente evaluaba la cercanía o distancia de la organización del espacio, del tiempo y de las actividades escolares respecto de la higiene. Por supuesto que el

diagnóstico es adverso: las escuelas no fueron construidos en los lugares más indicados por la higiene, las medidas de las aulas no son las más adecuadas, los bancos fomentan el contagio de enfermedades y la adquisición de posturas viciosas, las actividades propuestas favorecen a un excesivo trabajo intelectual y poco físico y, por último, la disposición horario es desacertada. Para la sorpresa, tal vez, las tesis reflejan preocupaciones muy detalladas en relación a la educación que recibían los niños. Es por esto, que la segunda línea se encarga de prescribir prácticas higiénicas que aseguren la formación equilibrada entre lo intelectual y lo físico garantizando la concepción de una población sana y fuerte.

Resulta interesante a la luz de este análisis pensar la forma que fue adquiriendo la medicalización infantil desde comienzos del siglo XX a la actualidad. Así como en el traspaso del siglo XIX al XX el discurso médico erigía su saber en torno al concepto de higiene y a la forja de la nación argentina, en el cambio al siglo XXI ¿qué conceptos y objetivos estructuran este saber? La proliferación de las ciudades y sus complejas realidades sociales, ¿siguen siendo objeto y preocupación de la medicina? ¿Qué valores legitiman hoy su autoridad en relación a la salud corporal y mental?

A grandes rasgos, podemos afirmar que, en línea con Conrad y Schneider, que el contenido de lo que se entiende por desvío en relación a la normalidad de un niño fue mutando. Vanobbergen y Vansieleeghem (2010) distinguen dos oleadas de la medicalización de la infancia. La primera se caracteriza por la creación de una cultura pediátrica en torno al cuerpo de los niños. La segunda, en cambio, se focaliza en la salud mental. En nuestra fuente de análisis el énfasis aparecía en la educación de los cuerpos como estrategia para alcanzar la fortaleza y la salud física y mental. Hoy, en cambio, predominan problemáticas psiquiátricas como el déficit de atención o la hiperactividad⁸ (entre tantos otros síndromes novedosos). Como apunta Janin (en Cannellotto y Luchtenberg; 2010), es una tendencia mundial el aumento de estos diagnósticos y su consecuente tratamiento farmacológico. ¿Qué concepciones de niño y de infancia traslucen estas patologías? ¿Qué rol ocupan las escuelas y las familias en el discurso médico actual? Al parecer, el discurso pedagógico sigue siendo portador de prescripciones de la medicina pero referidas a objetos distintos. Con cierto humor, en la película *Thumbsucker* (Mills: 2005) queda bien ilustrado la hegemonía de la medicina y el proceso de recontextualización del campo educativo en aquella escena en que la directora de la escuela, siguiendo un folleto médico, determina que el alumno tiene una patología y debe medicarse con ritalina.

Al mismo tiempo, advertimos en la actualidad una puja por la determinación sexual. La diferenciación entre sexo y género, por un lado, y la lucha por otorgarle a cada individuo la

⁸ Este ejemplo, en particular, es sumamente representativo de la lógica de normalidad y anormalidad que señalábamos en tanto lo que se juzga como enfermo en la deficiencia y/o el exceso de algún rasgo.

autoridad para definir su género, en cierto sentido, resignifica la autoridad médica en estos asuntos. Para complejizar este punto, el documental *Yo nena, yo princesa* (Aramburu y Paván; 2014) que cuenta la historia de un niño que desde que empezó a hablar manifestó su determinación sexual femenina y a los cuatro años obtuvo un nuevo DNI acorde a su identidad de género, habilita el espacio para reflexionar qué otros actores y agencias disputan la hegemonía del saber médico en torno a las definiciones corporales así como el rol que asume el estado en esta puja discursiva.



Universidad de
San Andrés

7. Bibliografía.

Acha, O. y Halperín, P. (2000) *Cuerpos, géneros e identidades*, Bs. As, Ediciones del signo.

Aisenstein A. (Comp.) (2006) *Cuerpo y cultura, prácticas corporales y diversidad*, Bs. As. Universidad de Buenos Aires.

Aisenstein, A. (2014) *Educación física y educación alimentaria: distintos modos de medicalizar la educación corporal escolar*, en Scharagrodsky, P. (Comp.) *Miradas médicas sobre la 'cultura física'. Argentina 1880-1970*. Buenos Aires. Prometeo.

Armus, D. (2000) *El descubrimiento de la enfermedad como problema social en Lobato El progreso, la modernización y sus límites : 1880-1916*. Tomo V de la Nueva Historia Argentina. Buenos Aires. Sudamericana.

Armus D. (2002) *Entre médicos y curanderos*. Bs. As. Grupo Editorial Norma.

Armus, D. (2007) *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires (1870-1950)*. Buenos Aires. Edhasa.

Armus, D. (2007) *Un Médico Higienista Buscando Ordenar el Mundo Urbano Argentino de Comienzos del Siglo XX*. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652007000100006&script=sci_arttext

(Última visita 15-06-14).

Armus, D. y Belmartino, S. (2001) *Enfermedades, médicos y cultura higiénica en*

Ball, S. (1993) *Foucault y la educación. Disciplinas y saber*. Madrid. Morata.

Ben, P. (2000) *Muéstrame tus genitales y te diré quién eres. El "hermafroditismo" en la Argentina finisecular y de principios de siglo XX*, en Acha, O. y Halperín, P. *Cuerpos, géneros e identidades*. Buenos Aires. Ediciones del signo.

Bernstein, B. (2001) *La estructura del discurso pedagógico : clases, códigos y control*. Madrid. Morata.

Bernstein, B. (1998) *Pedagogía, control simbólico e identidad. Teoría, investigación y crítica*. Morata. Madrid.

Borsotti, C. (2009) *Temas de metodología de la investigación*. Buenos Aires. Miño y Dávila.

Canguilhem, G. (1978) *Lo normal y lo patológico*. México. Siglo XXI.

Carli, S. (1996) *Historia de la infancia: una mirada a la relación entre cultura, educación, sociedad y política en Argentina*. en Cucuzza, H. R. (Comp.) *Historia de la educación en debate*. Buenos Aires. Miño y Dávila.

Carli, S. (2011) *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Buenos Aires, Ed. Teseo.

Cattaruzza, A. *Crisis económica: avance del Estado e incertidumbre política*. Tomo VII de la Nueva Historia Argentina. Buenos Aires. Sudamericana.

Colángelo, M. A. (2011) *El saber médico y la definición de una "naturaleza infantil" entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX* en Carli *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Buenos Aires, Ed. Teseo.

Conrad, P. (1992) *Medicalization and social control* en Annual Review of Sociology. Vol. 18, pp 209-232.

Conrad y Schneider (1992) *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Temple University Press.

Díaz, M. (1995) *Aproximaciones al campo intelectual de la educación*. en Larrosa, J. (Ed.) *Escuela, Poder y Subjetivación*. Madrid. La Piqueta.

Donzelot, J. (1979) *La policía de las familias*. Valencia. Pre-textos.

Douglas, M. (1973) *Pureza y peligro*. España. Siglo XXI.

Escolano, B. (2000) *Tiempos y espacios para la escuela. Ensayos históricos*. Madrid. Biblioteca Nueva.

Escolano, B. (2007) *El espacio escolar como escenario y como representación*. Disponible en <http://www.periodicos.proped.pro.br/index.php/revistateias/article/view/38/40> (última visita: 15-06-2014)

Foucault, M. (1992) *Microfísica del poder*. España. La Piqueta.

Foucault, M. (1997) *Arqueología del saber*. México. Siglo XXI.

Foucault, M. (2008) *Los anormales*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

Gelis, J. (1992) *La individualización del niño* en Aries, P. y Duby, G., *Historia de la vida privada*. Tomo 4. Barcelona. Taurus.

- Giovine, R (2008) *Cultura política, ciudadanía y gobierno escolar*, Buenos Aires. Ed. La Crujía.
- Gondra, J. (Organizador) (2002) *História, infância e escolarização*. Rio de Janeiro. 7 letras.
- Gonzalez Leandri, R. (1999) *Curar, persuadir, gobernar. La constitución histórica de la profesión médica en Bs. As. 1852-1886*. Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Janin, B. (2010) *La medicalización de la infancia*. en Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. *Medicalización y sociedad : lecturas críticas sobre la construcción de enfermedades*. Buenos Aires. UNSAM Edita.
- Kirk, D. (1999). "Health, the body and the medicalisation of the school", en Symes, C. *The Extra-Ordinary School: Parergonality and Pedagogy*.
- Lobato, M. Z. (Editora) (1996) *Política, médicos y enfermedades*. Buenos Aires. Biblos.
- Magaldi, A. M. (2002) *Cera a modelar ou riqueza a preservar: a infancia nos debates educacionais brasileiros (anos 1920-30)* en Gondra *História, infância e escolarização*. Rio de Janeiro. 7 letras.
- Milstein, D. y Mendes, H. (1999) *La escuela en el cuerpo : estudios sobre el orden escolar y la construcción social de los alumnos en escuelas primarias*. Madrid. Miño y Dávila.
- Nouzeilles G. (2000) *Ficciones somáticas*. Rosario. Beatriz Viterbo Editora.
- Nouzeilles G. (2002) *La naturaleza en disputa*. Buenos Aires. Paidós.
- Oszlak, O. (1997) *La formación del Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional*. Buenos Aires. Emecé historia.
- Pimenta Rocha, H. H. (2009) *Entre a ortopedia e a civilidade: higienismo e educação do corpo no Brasil*. Historia de la Educación; Revista Interuniversitaria. Ediciones Universidad Salamanca.
- Popkewitz, T. (2000) *El desafío de Foucault*, Madrid. Pomares-Corredor.
- Salessi J. (2000) *Médicos, maleantes y maricas*. Rosario. Beatriz Viterbo Editores.
- Sánchez, N. (2007) *La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943)*. Buenos Aires. Sociedad Científica Argentina.
- Schaefer, S. (2012) *Historia de la alimentación: el discurso médico en torno a la alimentación del niño entre 1875 y 1930 en Argentina*. Tesis de Licenciatura. Universidad de San Andrés.
- Scharagrodsky (Comp.) (2008) *Gobernar es ejercitar*. Buenos Aires. Prometeo.

Stepan, N. (2005) *A hora da eugenia": raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz.

Suriano, J. (Comp.) (2004) *La cuestión social en Argentina 1870-1943*. Buenos Aires. Ed. La Colmena.

Tedesco J. C. (1982) *La educación argentina entre 1880 y 1930*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina.

Troncoso, A. (2003) *La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX*. Disponible en <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=73&IDARTICULO=16048&IDPUBLICACION=1639> (Última visita: 15-06-2014).

Vanobbergen, B. y Vansieleeghem, N. (2010) *Repairing the body, restring the soul: the Sea Hospital of the City of Paris in Berck-sur-Mer and the French war on tuberculsis*. en *Pedagogía Histórica*. Vol. 46, pp 325-340.

Zimmerman, E. (1995) *Los liberales reformistas. La cuestión social en Argentina (1890-1916)*. Buenos Aires. Sudamericana.

