

## **HIGIENE, ANORMALIDAD Y DACTILOSCOPIA. EL MAESTRO Y EL MÉDICO ESCOLAR EN LA REVISTA DE EDUCACIÓN (1881–1916)**

Federico FERRERO

### Introducción

El presente trabajo forma parte de una investigación sobre la publicación oficial de la Dirección General de Escuelas de la Provincia de Buenos Aires, la *Revista de Educación*<sup>1</sup>, y sus publicaciones entre 1881 y 1916. En esta ponencia se describe la progresiva implicación del médico escolar en la vida de las escuelas comunes de la provincia de Buenos Aires, durante el período histórico señalado. En especial, nos interesa caracterizar el proceso de concentración de atribuciones sobre la infancia escolarizada que experimentó el médico escolar en los primeros años del siglo XX en detrimento del maestro, quien llevaba a cabo hasta ese momento, casi con exclusividad, las actividades de salud, tanto preventivas como terapéuticas, desarrolladas en el espacio escolar.

Durante las décadas de 1880 y 1890, hubo un discurso que ocupó un lugar preponderante en las editoriales de la *Revista de Educación*: el de la Higiene. El discurso higienista otorgaba al maestro una relevante participación en las actividades de salud. En los primeros años del siglo XX, la preocupación por la higiene comenzó a presentarse asociada a una novedosa problemática: la anormalidad. El descubrimiento de que algunos sujetos portaban rasgos o atributos que los diferenciaban de la generalidad, daría lugar a la proliferación de discursos que – desde la *Revista* - proponían la participación de los médicos escolares en las actividades de identificación, medición, y clasificación de los niños anormales. Sobre todo, a partir de la constatación de supuestos vínculos entre anormalidad y criminalidad, y de la creencia de que los niños anormales serían, cuando adultos, peligrosos criminales. Entre los discursos que comenzaron a ocupar los editoriales de la *Revista* se destacaría – junto a otros como la antropometría y la criminología - el de la nueva ciencia dactiloscópica.

Así como el discurso higienista otorgaba al maestro un rol protagónico en la escena escolar, las reflexiones suscitadas por el fenómeno de la anormalidad y la ciencia dactiloscópica, reclamaban esta posición de privilegio para el médico escolar, cuya intervención se fundamentaba en la posesión de los saberes que permitirían la clasificación, delimitación y institucionalización diferenciada de los niños anormales. En adelante, sólo el médico escolar podía constatar fehacientemente - y mediante la aplicación de tecnologías e instrumentos específicos que el avance de la criminología, la antropología, y la dactiloscopía ponía en sus manos - la “condición de anormalidad”. En los editoriales de la Revista de Educación, sin embargo, y a partir de una definición poco clara de los límites que separaban la normalidad de la anormalidad, se tendería a incluir en esta última categoría a un creciente número de niños que, por uno u otro motivo, se mostraran reticentes a las tareas escolares.

En este trabajo nos referiremos al surgimiento y progresivo ascenso de la figura del médico escolar en el discurso de la Revista de Educación, y a la participación de los médicos del Cuerpo Médico Escolar (CME) de la provincia en la producción de un saber especializado sobre la niñez anormal: la ciencia dactiloscópica

## 1. La Higiene en la década de 1880.

A partir de 1880, la higiene se convirtió en un tema de gran interés para la Revista de Educación, hecho que se refleja en la abundancia de artículos que abordaron esta temática. La concepción de higiene subyacente a las reflexiones de los diferentes autores distó de ser unívoca. No obstante, fue definida, mayoritariamente, como la ciencia “encargada de conservar la salud y evitar el mal, tendiendo al perfeccionamiento físico, intelectual y moral del hombre”<sup>ii</sup>, a la cuál correspondía el “cuidado directo de la vida”<sup>iii</sup>.

En tanto el cuerpo se concebía como “el conjunto de los órganos por medio de los cuáles se ejercitaban las facultades del alma”, la higiene debía comprender - además de una dimensión física - una dimensión moral. La cuestión quedaba planteada del siguiente modo: se actuaba sobre el cuerpo para llegar al alma, dado que si bien la salud física no tenía otro corolario que

la moralidad, la virtud, y la bondad, estas facultades no podían ejercitarse sino por intermedio del cuerpo.<sup>iv</sup> De esta concepción que proponía la existencia de un fuerte vínculo entre cuerpo y alma, surgió un primer sujeto de la higiene escolar: *el niño física y moralmente débil*.

En el transcurso de estos años, la Revista publicó numerosos artículos donde se reflexionaría en torno de la educación corporal, convertida en la principal preocupación en materia de higiene escolar. Los temas referenciados fueron múltiples y heterogéneos. Se destacan: la limpieza - considerada como un medio preventivo fundamental, y principal remedio para una gran cantidad de enfermedades y afecciones contagiosas<sup>v</sup> -, los hábitos alimentarios – en tanto se creía que los alimentos mal preparados aficionaban al obrero a las bebidas alcohólicas y a las tabernas<sup>vi</sup> -, el alcoholismo, el tabaquismo, y diversas enfermedades.

#### *Los primeros cambios (1890-1900)*

Hasta 1890 las reflexiones sobre higiene escolar se ocuparon fundamentalmente de la educación del cuerpo y de ciertos problemas físicos como hemorragias, golpes, heridas, quemaduras<sup>vii</sup>, intoxicaciones, y enfermedades de la vista (tales como conjuntivitis, leucorrea, y oftalmia)<sup>viii</sup>. A partir de este momento, sin embargo, el interés por la dimensión moral de la higiene comenzó a tornarse progresivamente hegemónica. Una definición sobre el objeto de la Higiene propia de este período, señalaba ahora sus vínculos con la salud y las enfermedades morales y, sobre todo, con el desarrollo “normal” de los órganos y funciones en el niño.<sup>ix</sup>

De esta manera, el desarrollo “normal” de los niños comenzó a formar parte de las reflexiones sobre higiene escolar. En forma simultánea, un novedoso interés por la normalidad/anormalidad de los individuos y por los “niños anormales” comenzó a formar parte de las editoriales que publicaba la Revista. Es necesario advertir que si bien la inquietud por el problema de la anormalidad apareció inicialmente asociado al discurso higienista, e incluso amalgamado con él, se extendería posteriormente hacia otras ciencias y disciplinas, llegando a convertirse en el principal objeto de reflexión de la

Revista al promediarse la primera década del siglo XX. En este proceso, los niños anormales llegarían a conformarse en el objeto de referencia obligado para los nuevos discursos que transitaban por los artículos de la Revista; entre ellos, el de la antropología, la criminología, y la dactiloscopia. Sería en el marco de esta constante reflexión sobre la anormalidad en el que se impulsaría una mayor intervención del médico en las escuelas, al punto de monopolizar en pocos años la escena educativa.

## 2. El maestro y el médico: ¿hacia el cambio de roles?

Durante los primeros años de la década de 1880 el maestro era considerado un actor fundamental en las actividades vinculadas con la higiene escolar. Con el cambio de década, sin embargo, comenzó a ser desplazado, gradualmente, por el médico escolar. Entre los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX, ambos actores fueron modificaron sus facultades respectivas en el discurso de la Revista. En este proceso, y a medida que se iba delimitando un “quehacer” del médico sobre las cuestiones escolares, se produjo un avance progresivo del médico escolar sobre atribuciones que hasta entonces eran propias del maestro, no sólo en cuestiones de higiene sino también en otros ámbitos de su actividad.

La consolidación del médico escolar como un nuevo actor con importantes atribuciones sobre la infancia escolarizada debe ser situada en el marco de diversas modificaciones sucedidas al interior de la Revista. Entre ellas, la apertura de una sección estable sobre el Cuerpo Médico Escolar, la publicación cada vez más frecuente de artículos sobre antropometría, criminología, y dactiloscopia – presentados como saberes esenciales para el análisis de los procesos escolares -, y fundamentalmente, el surgimiento de una marcada preocupación por la anormalidad de los niños escolarizados, su reconocimiento y tratamiento.

En este escenario, el *niño anormal* se definió como el nuevo sujeto de la acción higiénica y, principalmente, de la acción médica. Sería también un privilegiado objeto de observación, medición, y clasificación.

### *Una primera etapa en la evolución del médico escolar*

En marzo de 1888, se planteó por primera vez en la Revista la necesidad de crear la figura del médico escolar. Las recientes epidemias de cólera (1884), difteria y viruela (1887), y la pandemia de fiebre amarilla desatada en 1871, parecían una justificación más que suficiente para reclamar el establecimiento de un sistema de asesoramiento médico permanente para las escuelas comunes.

Sin embargo, para la Revista, la presencia del médico escolar dentro de la vida institucional de las escuelas distaba de ser relevante. Su escasa participación tenía como contrapartida una importante intervención del maestro en todas aquellas actividades relacionadas con la higiene escolar. En 1891 la Revista publicó un artículo escrito por el Dr. Silverio Domínguez donde se manifestaría explícitamente esta tendencia. Este autor brindaba “Instrucciones médicas para uso de las escuelas de la provincia de Buenos Aires”, señalando la necesidad de contar con un botiquín escolar y especificando las funciones que el maestro debía desempeñar en aquellos casos en que se requería poner en práctica “ciertos conocimientos médicos, tales como heridas, golpes, desmayos, picaduras, luxaciones, epidemias y enfermedades”.

También el inspector Soler, propondría un conjunto de orientaciones para los maestros; subrayando diversas cuestiones que “debían conocer las personas que tuvieran niños a su cuidado”. Entre éstas, ciertos “apuntes sobre medicina doméstica”, útiles para la conservación de la salud corporal ante situaciones que abarcaban desde la “mordeduras de bichos” hasta las “convulsiones”<sup>x</sup>.

En síntesis, es posible reconocer una primera etapa en la evolución del médico escolar, que se extendería hasta los últimos años del siglo XIX, donde la Revista atribuyó al maestro el monopolio sobre las acciones de higiene escolar, y donde se enfatizó la dimensión física - antes que moral - de la salud de los niños escolarizados. En esta etapa, el maestro fue el encargado de llevar a cabo los primeros auxilios médicos frente a eventuales casos de golpes, hemorragias, enfermedades, e incluso, brotes epidémicos.

Es interesante señalar que en esta primera etapa también pertenecían al ámbito educativo – y no al médico- los autores de los artículos que la Revista

publicaba sobre Higiene Escolar. Una revisión de las publicaciones sobre dicha temática revela que eran fundamentalmente inspectores quienes redactaron la mayor cantidad de editoriales sobre el tema. Este monopolio de autores “educacionistas” en la publicación de escritos sobre higiene también se mantuvo hasta los últimos años del siglo XX.<sup>xi</sup>

Este primer momento en la evolución del médico escolar, bien podría articularse en torno de la máxima: “*el maestro previene, el médico cura*”, siendo el maestro quien monopolizaba la vigilancia y la prevención higiénica. La presencia del médico era un hecho poco frecuente, y la “cura” de enfermedades de cierta complejidad el principal objetivo de su esporádica visita. Esta concepción de la acción médico - higiénica sería explicitada en la Revista en enero de 1886:

“(…) El niño viene generalmente al mundo en condiciones de buena salud; y el deber de quien preside su educación, padre o maestro, es mantenerle la salud. Su mérito consiste en prevenir las enfermedades, como el del médico en curarlas; pero prevenir es mejor que curar; luego la tarea del educador es más importante que la del médico”.<sup>xii</sup>

### *Segunda etapa: hacia la defensa higiénica de la sociedad*

El inicio de una nueva etapa en la evolución del médico escolar puede fecharse hacia los primeros años del siglo XX, momento en que comienza a aparecer en las páginas de la Revista, lentamente, el interés por la anormalidad. En este contexto, una nueva máxima habría de reemplazar a la enunciada en primer término: “*en moral como en medicina es mejor prevenir que curar*”. Con ella se instauraba, simultáneamente, una nueva concepción sobre la higiene, que si bien mantenía la idea de que se trataba de una ciencia “encargada de conservar la salud y evitar el mal”, le anexaba un nuevo propósito, el de “velar por el desarrollo *normal* de los niños”.

Las reflexiones en materia de higiene escolar comenzaron así a confluír hacia una nueva temática: la normalidad/anormalidad de los niños

escolarizados. El médico escolar tendría en adelante un claro objetivo de intervención, abocándose a la identificación, clasificación y separación de los niños anormales, quienes serían objeto, en poco tiempo, de una verdadera obsesión. Se estableció, asimismo, una definición tan laxa como peligrosa de la condición de anormalidad, en la que quedarían incluidos una multiplicidad de sujetos, desde los “deficientes mentales” hasta los indisciplinados e inadaptados a la tarea escolar de cualquier tipo.

Será a partir de esta nueva preocupación por la anormalidad - y por los anormales - que el espacio escolar se convertirá, en pocos años, en un monopolio del médico escolar, quien centralizará en detrimento del maestro las tareas de medición, clasificación y tratamiento de los alumnos. En 1904 un artículo publicado por la Revista bautizaba el nuevo rol del médico escolar como “*la clasificación higiénica de la infancia*”. En el discurso de la Revista, los maestros debían ceder los derechos sobre el cuerpo infantil en manos del médico escolar. En adelante, la higiene sería un territorio perteneciente al médico escolar, único capaz de determinar en base a criterios propios, incluso la escolarización de los alumnos identificados como anormales en instituciones diferenciadas. Ese mismo año se publicaron los primeros proyectos para la creación de establecimientos para escolarizar a la “infancia débil”, medida que aseguraba la “defensa higiénica de la sociedad”.

Como adelantáramos, la anormalidad incluiría a los niños con retardo mental pero también a “morbosos y degenerados de diverso tipo”. Como corolario de las modificaciones en el rol del médico escolar, se dispuso una nueva denominación para la sección correspondiente de la Revista, siendo el título “higiene escolar” reemplazado por el de “vigilancia médico escolar”. A partir de este momento el médico no se dedicaría “sólo a vacunar sino que sería el asesor obligado del pedagogo, teniendo a cargo la educación higiénica”. La identificación y distinción entre el alumno normal y el anormal pasaba a ser una facultad exclusiva del médico escolar.

El ascenso de la figura del médico escolar y el crecimiento de sus atribuciones sobre la infancia escolarizada hallaban justificación en el conjunto de saberes técnicos específicos que poseía, y que lo habilitaban para las funciones antes señaladas. Estas funciones quedaban, por idéntico motivo, muy lejos de las capacidades del maestro. El médico ya no debía “curar” sino

“prevenir”, siendo necesario un ejercicio sistemático de la vigilancia en las escuelas. La propia higiene se presentó incluso, en adelante, como sinónimo de prevención, impulsándose la puesta en marcha de novedosos instrumentos que, como la ficha biográfica individual, serían el producto más visible de la puesta en práctica de los saberes que el médico escolar portaba. Estos saberes incluían no sólo a la higiene, sino y sobre todo, a la criminología, la antropometría y la dactiloscopía.

### 3. Nuevas funciones para el médico escolar.

Hacia mediados de la primera década del siglo XX, el médico escolar comenzó a centralizar las actividades de medición, clasificación, tipificación, e incluso, derivación de los alumnos hacia instituciones especiales. En 1904 la Revista publicó un artículo escrito por el Inspector Carlos Massa que actuaría a manera de bisagra en la evolución del médico escolar, cuyo rol se delineaba, a partir de este momento, de un modo completamente diferente. Massa reseñaba un libro escrito por el médico y maestro normal Genario Sisto - quien sería luego vocal del CME de la provincia - donde abogaba por la creación en el país de “Establecimientos Preventivos Infantiles”.

Algunas de las conclusiones a las que arribaba Sisto serían más que significativas para las prácticas escolares, y a su vez, un acertado augurio sobre lo que sucedería en pocos años. Entre otras cuestiones, planteaba la necesidad de que “la infancia que asistía a las escuelas comunes fuera clasificada por un examen médico, estableciéndose allí las condiciones orgánicas de cada niño”.

La actividad del médico escolar se alejaba gradualmente de la cura de ciertos “males” físicos - de índole biológica e individual – que los alumnos experimentaban fundamentalmente dentro del espacio de la escuela, para acercarse cada vez más a la identificación experta de diversas anormalidades presentes en los niños, originadas fuera de la escuela, y que debían ser por él detectadas, en beneficio de la defensa higiénica de la sociedad.<sup>xiii</sup>

En adelante y a partir de la clasificación realizada por el médico escolar, se definiría la institución en que se llevaría a cabo la escolarización de cada



alumno. Por primera vez, el médico escolar reemplazaba al maestro en decisiones de carácter pedagógico. Si bien en ocasiones los niños eran clasificados según su “fortaleza física”, en otras ésta se amalgamaba con la fortaleza mental y moral. En cualquier caso se trataba de una apuesta a futuro, en tanto se suponía que del “capital fisiológico de cada escolar, los médicos podían deducir el porvenir físico, y sobre todo moral del futuro ciudadano”.<sup>xiv</sup>

En 1906, Nicolás Sibello, presidente del CME, publicaba en la Revista una esclarecedora nota sobre los nuevos roles que el médico escolar estaba llamado a cumplir. Por primera vez un artículo cuyo contenido se vinculaba con la labor de los médicos escolares no se publicaba bajo el título “Higiene escolar”, sino con una denominación mucho más acorde a la nueva función de detección de los niños anormales que el médico debía desempeñar: “vigilancia medico escolar”. El artículo comentaba los aspectos más relevante del funcionamiento del Cuerpo Médico Escolar en su contacto con las escuelas, subrayando las formas de clasificación que debían utilizarse para tipificar a los alumnos.

Según Sibello, el médico debía examinar individualmente a los alumnos en la primera visita especial del año, clasificándolos en tres categorías:

“(…)Primera categoría: Alumnos sanos que pueden seguir todos los ejercicios de la escuela, sin perjuicio para ellos, ni para los demás. Segunda categoría: Alumnos que sin tener ninguna afección contagiosa, presentan no obstante una salud defectuosa que requiere ciertos cuidados y vigilancia médica. Tercera categoría: En esta estarán incluidos los que no pueden momentáneamente frecuentar la escuela, bien porque su desenvolvimiento intelectual o físico no les permita seguir las clases sin perjudicar su salud, o bien porque presentan síntomas de enfermedad transmisible.”<sup>xv</sup>

Finalmente, proponía la implementación de un cuidadoso registro de la categoría en que cada alumno había sido clasificado, adoptándose para ello diversos formularios. Cada médico tendría que completar, en adelante, un Expediente Sanitario Individual para cada alumno, una nómina de "alumnos imposibilitados de asistir a la escuela" por prescripción médica, y un Boletín

Sanitario Mensual. Este último documento debía ser remitido cada mes a la Dirección General de Escuelas, constando en él la nómina de "alumnos bajo vigilancia médica" y los datos particulares de cada uno de ellos. Entre otros, la edad, domicilio, profesión de los padres, naturaleza de la enfermedad y observaciones.<sup>xvi</sup> La coexistencia de las funciones de cuidado de la salud y de control social comenzaba a tornarse evidente.

Ese mismo año, el Director del CME, A. Quadri, abordaría la discusión implícitamente planteada por Sibello sobre las funciones que correspondía ejercer al Médico Escolar. Si bien destacaba en primer término a la actividad de vacunación, habría de añadir un sugerente interrogante:

“¿Son estas solamente las funciones del Médico Escolar? No; el médico escolar tiene también funciones de otro orden. En el terreno de la experimentación en que han entrado hoy las ciencias de la educación, el médico escolar es el asesor obligado del pedagogo, es él el que tiene que tener a su cargo la educación higiénica del niño (...).”<sup>xvii</sup>

Así, Quadri mostraba no estar ajeno a los cambios que se operaban en la Revista respecto de las funciones del médico escolar. Como si intentara expresar en su escrito las tensiones propias de la transición en curso, titulaba a su artículo con una expresión que unía ambas funciones en pugna: “Higiene escolar. Vigilancia médico escolar”.

La Revista daría otra muestra de la redefinición operada en el campo de la medicina escolar al publicar en el siguiente número las conclusiones de la “Comisión Escolar Francesa para niños anormales”. Dicha Comisión planteaba la necesidad de establecer tipos de educación especial para los niños clasificados como *retardados e inestables*. La oferta educativa para estos alumnos comprendería diferentes modalidades. En cualquier caso, se sugería la separación completa entre los niños normales y los anormales. La conclusión más destacada de la Comisión sería la definición del lugar nodal que debía ocupar el médico en la clasificación y derivación de los alumnos clasificados como anormales:

“ (...) La eliminación de un niño de las escuelas ordinarias y su admisibilidad en una escuela de perfeccionamiento serán pronunciadas después del dictamen de una comisión compuesta por un inspector primario, un médico escolar y un director de escuela especial, que procederán al examen médico y pedagógico de cada niño a pedido de las familias, inspectores, maestros, médicos escolares y médicos directores de asilos – escuelas (estas últimas destinadas a los anormales cuyo tratamiento debía ser hecho únicamente por médicos)”.<sup>xviii</sup>

En cuanto al rol del médico en el registro de datos sobre los alumnos anormales, la Comisión establecía la conveniencia de que cada niño tuviera una libreta médica y una libreta escolar. La primera contendría todas las indicaciones sobre la constitución del niño, sus antecedentes hereditarios y morfológicos, siendo confiada al médico, quien debería tenerla al día, y remitirla a la familia cuando el niño abandonase la escuela. Por su parte, la libreta escolar contendría los datos sobre los conocimientos, aptitudes y carácter de los niños al momento de su entrada a la escuelas; el médico indicaría allí mismo todas las observaciones sobre su salud y su constitución física que juzgara de utilidad para la escolaridad del niño, así como los resultados de sus mensuraciones periódicas. Los maestros, por su parte, volcarían a esta libreta cualquier dato sobre el progreso de los niños y las modificaciones en su carácter. Finalmente, los inspectores anotarían, también allí, sus observaciones anuales sobre el niño, vigilando que aquellos que hubieran mejorado retornaran a las escuelas comunes. Como última instancia de vigilancia, se instituirían comités de patronato que ayudarían a la clasificación de los anormales en la sociedad, ejerciendo sobre ellos, durante su vida post – escolar, una tutela discreta y amigable.<sup>xix</sup>

En septiembre de 1906, Sibello volvería a referirse a las atribuciones del médico escolar en lo referente a cuestiones pedagógicas, señalando cuál debía ser su participación en la detección y tipificación de los anormales:

“¿Por ventura nada real significa saber si un niño es anormal o patológico o es sano? ¿Acaso un niño enfermo con apariencia de sano, puede seguir estudios? Si los sigue se verá que no sólo no los asimilará, sino que repugnando a su débil constitución empeorarán su estado. Por otra parte, varios niños son de los retardados por defectos de herencia o por otras mil causas ¿pueden darse a éstos idénticas clases que a los sanos? Si las siguen se atrasan, si los sanos siguen a éstos, se atrasan aquellos. (...) Ahora bien, ¿todo ello a quién incumbe sino al médico escolar? Los maestros, por muy sabios pedagogos que sean, por más buenas reglamentaciones que se les faciliten, nunca llegarán a poder apreciar un síntoma en su verdadero valor, - y hasta en eso la escuela es una clínica - y cometerán errores disculpables, sí, mas de lamentables consecuencias.”.<sup>xx</sup>

Este artículo tal vez sea uno de los documentos donde mejor se registra la concentración de atribuciones operada por el médico escolar sobre la niñez anormal. Poco a poco, el médico se adueñará de la facultad para clasificar a la infancia en general, y para definir el destino de los niños clasificados como anormales. La preocupación por las epidemias y la salud física comenzaba a ser reemplazada por una cuidada función de control social. El médico ya no se ocuparía de los niños enfermos sino de aquellos con anormalidades físicas, morales y sociales. En palabras del propio Sibello:

“Sostengo sin temor de modificar mi opinión, que la principal y propia función, especial por tanto, del médico escolar, no es la de asistir a maestros y alumnos enfermos; y es tan lógico, natural y razonable lo que digo, que no merece vuelta sobre ello, pues sobradamente conocido es que su rol es más de higienista que la curativa”.<sup>xxi</sup>

#### 4. La dactiloscopía y los saberes del médico escolar.

Durante la última década del siglo XIX y la primera del XX comenzaron a aparecer en las publicaciones de la Revista referencias a nuevos y diversos saberes mediante los cuales el médico escolar determinaría la normalidad o anormalidad de los escolares. Estos saberes eran principalmente tres: la antropometría, la criminología, y la dactiloscopía.

Es necesario señalar que la supuesta legitimidad del médico escolar para concentrar atribuciones sobre la infancia escolarizada se asentó, precisamente, en la posesión de estos saberes. A continuación nos referiremos al uso médico-escolar de uno de ellos, la dactiloscopía, señalando los principales instrumentos de observación, medición y clasificación de los alumnos provistos por esta disciplina, y los criterios utilizados para determinar la (a)normalidad de los alumnos.

##### *La ciencia dactiloscópica.*

En el año 1908, el Cuerpo Médico Escolar de la Provincia de Buenos Aires publicó su primer Memoria anual. El Documento realizaba la primera aproximación “científica” a una de las mayores problemáticas asociadas a la presencia de niños anormales entre la población escolar bonaerense: su dificultad para identificarlos. Como la delimitación y reconocimiento del niño anormal se realizaba hasta entonces “en ausencia total de técnicas validadas científicamente, se generaba, en la práctica, la habitual confusión entre los “verdaderos” anormales y los “falsos”. Con el propósito de superar este inconveniente surgía la “nueva ciencia dactiloscópica”.

Según Quadri, presidente del CME, era un hecho que casi todos los criminales portaban taras físicas y mentales ya desde su niñez, siendo finalmente llevados al robo y al crimen por “una educación no apropiada y un medio social malsano”. Por otra parte, el porcentaje de “jóvenes criminales” estaba registrando un fuerte aumento por esos años. Estos datos llevaban a Quadri a señalar que la identificación temprana de los niños anormales se

había convertido en una necesidad fundamental de la época, y en una medida esencial a cualquier propuesta tendiente a reducir el crimen.

Así, la estrecha relación entre anormalidad y crimen obligaba a la escolarización especializada de los niños anormales. Sin embargo, lograr la institucionalización diferenciada de estos niños requería, en la práctica, de un sistema fidedigno que permitiera su adecuada identificación, clasificación y separación. Este sistema evitaría la tendencia que prevalecía en las escuelas, desde hacía algún tiempo, a despedir y/o calificar de anormales a aquellos niños “sensiblemente traviesos, turbulentos o desatentos”, que eran señalados de este modo sólo por trastornar la clase y molestar al profesor. Estos niños eran “falsos anormales” que bajo ningún punto de vista requerían de un tratamiento especial. Quadri planteaba esta situación en los siguientes términos:

“(…) hoy que la educación primaria está más adelantada y sobre todo, que ella es obligatoria, estos tipos [anormales] sobresalen de los demás. Como tiene que concurrir y permanecer en las escuelas muchas veces en contra de su voluntad, se encuentran mal, no están a su gusto. Es un medio que no les es agradable y por lo tanto protestan a su manera, alterando el orden de la clase. Sin embargo, hay que tener presente y saber distinguir entre un anormal que no puede seguir los cursos comunes que se dictan en las escuelas y otro tipo distinto que no tiene ninguna enfermedad y que sólo es un vulgar perezoso con poca voluntad al que debe corregirse.”<sup>xxii</sup>

Para el Presidente del CME, los “verdaderos anormales” tenían, todos ellos, alguna de las siguientes “degeneraciones”: déficit intelectual o moral por detención del desarrollo, como en el caso de los idiotas, imbéciles y débiles; alteraciones intelectuales como la psicosis degenerativa, psiconeurosis, epilepsia, histerismo, neurastenia, y corea; y alteraciones por pérdida de la inteligencia, como en el caso de la demencia precoz, parálisis general, y demencia epiléptico-espasmódica.<sup>xxiii</sup>

Sería preciso entonces, “examinar muy de cerca a los niños llamados anormales, desde el punto de vista intelectual”, para poder descubrir si eran

verdaderos o falsos. Si bien los médicos escolares contaban ya con la posibilidad de realizar estudios antropométricos para establecer la probable anomalía de los niños escolarizados, estos datos podían dar lugar a confusiones, imponiéndose la necesidad de efectuar análisis complementarios que aseguraran el diagnóstico. Por otra parte, clasificar a los anormales en categorías convenientes sería de gran utilidad, incluso desde el punto de vista práctico, en tanto se evitaría el contagio entre los niños por vía del ejemplo. En síntesis, una adecuada clasificación y separación entre los tipos anómalos evitaría que, por ejemplo, “un degenerado en contacto con un vicioso se hiciera vicioso”.

Quadri se referiría a continuación al trabajo que, a propósito del problema de la identificación de los “verdaderos” anormales, estaba llevando a cabo el Dr. Carlos Cometo, vocal del CME. Se trataba de un estudio sobre las anomalías mentales que habría de interesar tanto “al médico, como al pedagogo y al criminalista”. Cometo había encontrado entre los niños estudiados:

“(…) en primer lugar retardados, predominando en esta categoría los varones inestables, asténicos; niños mentalmente anormales por diferentes neurosis, epilepsia, histeria –más común entre las niñas –; un número de subnormales, alumnos intermediarios entre los precedentes normales y anormales, y por fin otros afectados de anomalías morales: cleptómanos, mentirosos, etc.”. <sup>xxiv</sup>

También los médicos que habían tenido a cargo la inspección de las escuelas en la ciudad de La Plata habían notado la existencia de “un buen número de niños anormales”. El asunto era que estos niños, “que a un grado más o menos marcado eran tipos enfermos”, permanecían con los niños normales pese a no estar en condiciones de seguir, como éstos, los cursos que la escuela dictaba. Si bien la mayor parte de los niños anormales no estaban “lo bastante enfermos” como para ser internados en hospicios, exigían a pesar de su “apariencia de sanos”, ser sometidos a un sistema especial de educación a fin de evitar que “perdieran lastimosamente su tiempo, esparcidos en las

diversas escuelas, donde fatigaban inútilmente a sus maestros y perjudican a sus compañeros”.<sup>xxv</sup>

Habiendo observado las diferentes maneras que tenían los autores para clasificar a los niños anormales, la disparidad de criterios, y la multiplicidad de formas que hasta el momento se habían propuesto para el estudio de estos anómalos, el Dr. Cometo, habría de proponer la adopción de un nuevo sistema de identificación de los niños anormales, basado en la revisión de sus huellas digitales. Suponía que, en el caso de los “verdaderos” niños anormales, la fisonomía de dichas huellas se aproximaría a la de los “monos” o “primates”. Siguiendo el relato de Quadri:

“(…) como los alumnos anormales son, en términos generales, personas enfermas, muchos de ellos pequeños degenerados que tienen en su conformación papilar cierta relación característica entre ellos (...) mi distinguido colega, el Dr. Cometo, ha procurado estudiar este asunto desde el principio del año (...) En varias escuelas y en presencia de los directores y maestros, ha hecho colocar en una fila de 40, 50 alumnos, y con una simple inspección ocular de sus líneas papilares ha podido llegar a separar e indicar cuáles eran los tipos anormales. Ha observado que cuanto más anormal es el niño, por defectuoso desarrollo intelectual, tanto más la impresión digital se parece a la del mono.”<sup>xxvi</sup>

El nuevo sistema parecía ser un éxito, y ya Quadri señalaría la necesidad de implantar una ficha individual en la cual, además de otros datos antropométricos cuya importancia era indiscutible, se agregarían las impresiones digitales de cada niño. Luego se realizaría la comparación de las medidas craneanas con las impresiones digitales con la esperanza de encontrar una “fórmula”, una característica “dactiloscópica”, que indicara el grado de aprovechamiento futuro de los alumnos, la forma y regularidad en su desarrollo intelectual, y la adecuación de este último con el desarrollo físico; en una palabra, una “fórmula” que permitiera señalar, anticipadamente, a los niños anormales.



Unos años después de la publicación de la Memoria, la Revista de Educación publicó un artículo donde se abordaría, nuevamente, el problema de la clasificación de los alumnos según su condición de normalidad/anormalidad. Se citarían, en este caso, algunos resultados de las experiencias realizadas por el Dr. Cometo, quien era presentado aquí como el primer facultativo de Buenos Aires en haber realizado con éxito estudios cuyas conclusiones fueran favorables al sistema dactiloscópico.

Si bien se advertía en este artículo que la eficacia de los estudios dactiloscópicos para determinar, por sí solos, la “anormalidad intelectomoral” de los niños o de las personas en general, estaba siendo objeto de controversias, se advertía sin embargo, que el entusiasmo que despertaban las investigaciones de Cometo se había extendido más que cualquier escepticismo, celebrándose las perspectivas que esta “nueva ciencia” abría:

“(…) Establecidas como se hallan hoy las reglas fijas a que deben responder normalmente las figuras papilares; concretados al fin los detalles de acentuación, de neutralidad, y aún de completa invalidación a que responden los conjuntos dactiloscópicos de cada sujeto, es ahora fácil determinar también donde se encuentran las verdaderas anormalidades y qué significado efectivo puede asignarse a cada cual. Los detalles físicos de las figuras papilares como muchos otros detalles materiales de las personas, permiten a ciencia cierta establecer sus cualidades morales o intelectuales, de determinado orden o especie, según el valor y la clase de los referidos detalles físicos. ¿Quién nos habría dicho hace breves años que la voluntad se halla escrita en la punta de los dedos y que no pueden ser volitivos los que carecen de verticilos? ¿Por qué siempre son “presillados” los entes vulgares? ¿Por qué no hay delincuentes que presenten mayoría de “arcos”? La dactiloscopía científica, encierra sin duda las más valiosas y sorprendentes aplicaciones, que ningún otro recurso podrá suplantar jamás.”<sup>xxvii</sup>

De este modo, se creía que la nueva ciencia dactiloscópica llevaría a resultados asombrosos en lo referente al reconocimiento de los niños

anormales. En el artículo al que nos hemos referido se presentaban dos “fichas” de anormales que formaban parte de uno de los estudios realizado por Cometo. Las “fichas” eran las planillas donde se registraban la impresión digital de los diez dedos de cada niño estudiado. El análisis de las huellas dactilares no dejaba, para Cometo, ninguna duda respecto de la “condición de normalidad” de los alumnos:

“(…) En la primera ficha analizada, el anormal era un “volitivo insanable”, cuya defectuosa fuerza de voluntad, se ejercitaba con graves peligros y castigos constantes para él. No conocemos este chico, pero aseguramos que su mal estado mental y moral, obedece a la presión constante de sus mayores, que contrarían sin cesar sus tendencias y deseos más naturales. El anormal de la segunda ficha, es nativo, con una inferioridad humana que no puede desaparecer jamás, ni siquiera a fuerza de educación y ciencia. Su conducta, sobre todo, será siempre mala, desacertada, torpe, imprudente. Por ese motivo, tiene el índice con el dibujo invertido, en posición contraria a la que corresponde realmente”.<sup>xxviii</sup>

Así, la descripción y análisis de las huellas papilares se convirtió en un elemento central del diagnóstico de la anormalidad, y en el fundamento de la estrategia terapéutica que llevarían adelante las instituciones especiales donde serían reclusos los niños clasificados como “anormales”. La dactiloscopía fue un discurso sobre la anormalidad que, junto a otros como la antropología y la criminología, tuvo un desarrollo relevante entre las publicaciones de la Revista de Educación, fundamentalmente, durante los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX.

## 5. Conclusiones

En el presente capítulo hemos analizado los cambios registrados en la figura del médico escolar desde los inicios de su actividad – durante la década de 1880 – hasta los primeros años del siglo XX. Señalaremos a continuación ahora algunas de las cuestiones más relevantes que ha arrojado este recorrido.

Entre 1880 y 1900, la preocupación por la higiene escolar centralizó gran parte de las editoriales de la Revista de Educación. Durante estos años la Higiene era entendida fundamentalmente como una ciencia cuyo objeto primordial era el cuidado de la salud física y moral. Sin embargo, las propuestas de educación para la higiene abordaron principalmente problemas de salud más físicos que morales, tales como hemorragias, golpes, heridas, quemaduras, intoxicaciones, y enfermedades de diversa índole.

Las prácticas de higiene escolar tenían al maestro como actor privilegiado, quien se ocupaba de llevar a cabo las tareas de prevención de la salud, e incluso, de desarrollar eventuales acciones curativas. También el médico escolar participaba de la atención de los alumnos en casos de enfermedad, accidente, y otros malestares. Sin embargo, desempeñaba un rol secundario en la vida de las escuelas. La poca trascendencia del médico escolar se manifestó a su vez en la ausencia - casi absoluta - de artículos publicados por la Revista donde éstos participaran como autores. Así, durante las décadas de 1880 y 1890 quienes escribieron sobre Higiene en la Revista de Educación fueron mayoritariamente pedagogos, inspectores, e incluso maestros.

Con la llegada de la década de 1890 comenzaron a producirse cambios fundamentales. Por un lado la propia concepción sobre la Higiene amplió sus márgenes para pasar a ocuparse de una problemática emergente que, ya en la década siguiente, se convertiría en el objeto principal de múltiples saberes y discursos: la anormalidad. Con el surgimiento de la problemática de la anormalidad se desencadenó una mutación fundamental en el rol del médico escolar, quien comenzó a participar con mayor asiduidad del espacio escolar y a concentrar atribuciones que con anterioridad le pertenecían al maestro.

La colonización del aula y de los asuntos escolares por parte del médico escolar, en detrimento del maestro, se presentó como corolario de un creciente

proceso de “profesionalización” del espacio escolar. En dicho proceso el saber desempeñó un papel decisivo. Se suponía que el médico poseía saberes que impulsarían una educación científica, dejando atrás la enseñanza basada en la improvisación. De este modo, el ascenso del médico escolar se fundamentó en la posesión de saberes “científicos” que legitimaban su intervención y que, por definición, estaban fuera del alcance de los maestros.

En pocos años, el médico comenzó a concentrar incluso atribuciones que históricamente correspondían al maestro, llegando a desempeñar actividades de medición, clasificación, y separación de los alumnos. Incluso llegó a definir el tipo de escolaridad que sería más “conveniente” para cada uno de los alumnos - convertidos ahora en “casos clínicos” - según su grado de (a)normalidad.

Con la llegada del nuevo siglo irrumpió en la Revista un nuevo saber sobre los alumnos cuyo propósito fundamental sería la separación correcta entre la infancia normal y la anormal. La naciente ciencia dactiloscópica promovió nuevas técnicas para clasificar y separar a los alumnos anormales, algunas de ellas, basadas en la inspección óptica de las huellas digitales de los alumnos y su posterior comparación con las de los primates.

## NOTAS

---

<sup>i</sup> La Revista de Educación se publicó durante más de ciento cuarenta años, entre 1858 y 1992, alternando períodos de aparición quincenal y mensual. Durante este largo período de tiempo registró importantes reformas en lo referente a su denominación, estructura, formato, periodicidad, compaginación, y destinatarios. También habría de verse modificado su inicial estatuto de semi-oficialidad al transformarse, a partir de 1876, en la revista de la Dirección General de Escuelas de la provincia.

<sup>ii</sup> RE, enero y febrero de 1885, pág. 1

<sup>iii</sup> RE, septiembre de 1881, pág. 241

<sup>iv</sup> RE, septiembre de 1881, pág. 241

<sup>v</sup> RE, septiembre de 1881, pág. 245

<sup>vi</sup> RE, octubre de 1881, pág. 330-331

<sup>vii</sup> RE, abril de 1888, pág. 213

<sup>viii</sup> RE, marzo de 1888, pág. 197

<sup>ix</sup> RE, julio de 1890

<sup>x</sup> Re, octubre de 1901, pág. 364

<sup>xi</sup> Hemos registrado la presencia de artículos sobre Higiene escritos por Inspectores incluso en los años 1899, 1901 y 1902.

<sup>xii</sup> RE, enero de 1886, pág. 10

<sup>xiii</sup> RE, junio de 1904, pág. 413 y ss

<sup>xiv</sup> RE, junio de 1904, pág. 413 y ss

<sup>xv</sup> RE, mayo de 1906, pág. 366

<sup>xvi</sup> RE, junio de 1904, pág. 413 y ss

<sup>xvii</sup> RE, junio de 1906, pág. 500

<sup>xviii</sup> Re, julio de 1906, pág. 558

<sup>xix</sup> Re, julio de 1906, pág. 560

<sup>xx</sup> Re, julio de 1906, pág. 578

<sup>xxi</sup> Re, julio de 1906, pág. 725

<sup>xxii</sup> RE, septiembre de 1908, pág. 145

<sup>xxiii</sup> RE, septiembre de 1908, pág. 149

<sup>xxiv</sup> RE, septiembre de 1908, pág. 177

<sup>xxv</sup> RE, septiembre de 1908, pág. 177

<sup>xxvi</sup> RE, septiembre de 1908, pág. 178

<sup>xxvii</sup> RE, abril de 1909, pág. 65

<sup>xxviii</sup> RE, abril de 1909