

**XIV**  
CONGRESSO  
**IBEROAMERICANO**  
DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO

REVOLUÇÃO,  
MODERNIDADE  
E MEMÓRIA  
CAMINHOS  
DA HISTÓRIA  
DA EDUCAÇÃO

C I H E L ▲ 2021



**HISTEDUP**

ASSOCIAÇÃO  
DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO  
DE PORTUGAL

XIV CONGRESSO IBEROAMERICANO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO

ORGANIZAÇÃO · **CIHELA 2021**

EDIÇÃO · **Associação de História da Educação de Portugal – HISTEDUP**

TÍTULO · **Revolução, Modernidade e Memória: Caminhos da História da Educação**

CAPA, COMPOSIÇÃO E ARRANJO GRÁFICO · **José Eduardo Real**

ISBN · **978-989-54039-1-2**

Lisboa, julho de 2021

CONSTRUCCIÓN DE LA NORMALIDAD  
EN LOS CUERPOS DE MAESTRAS,  
MAESTROS Y ESTUDIANTES  
MAGISTERIALES DESDE LA ACCIÓN  
DEL CUERPO MÉDICO ESCOLAR EN EL  
URUGUAY (1907-1935)

**Fernanda Sosa Cedrani**

Consejo de Formación en Educación (CFE-ANEP), Uruguay

C I H E L ▲ 2021

Página em branco | Página en blanco

## RESUMO

La presente ponencia aborda la temática de la creación y funcionamiento del Cuerpo Médico Escolar en el Uruguay (CME), particularmente en la acción de dicho CME hacia los estudiantes magisteriales y las maestras y maestros en ejercicio. Se ubica a las tareas del CME como parte relevante del mandato civilizador de la educación en el marco del proyecto modernizador. Se selecciona el período 1907-1935. Los motivos para esta periodización se explican a continuación. El año de inicio es 1907, ya que es el año en que se publican numerosas consideraciones acerca de la higiene en las instituciones educativas, publicaciones que anticipan la creación del CME. Este Cuerpo se crea en 1908. El presente estudio culmina en 1935 porque es el año en que el Dr. Rafael Schiaffino (integrante de dicho Cuerpo, Director del mismo en un período, profesor de higiene en diversos cargos) publica un informe oficial sobre el estado sanitario del magisterio (llamado “El grito de la fatiga”).

Los objetivos encarados son: delimitar los sentidos que, a partir del trabajo del CME, se otorgan a la “normalidad” de los cuerpos de las maestras, maestros y estudiantes magisteriales; describir las acciones llevadas adelante por el CME para derrotar las enfermedades en pos de la construcción de la salud, en general pero especialmente particularizando en las acciones emprendidas hacia docentes y hacia estudiantes magisteriales; describir los nuevos rituales cotidianos en las instituciones educativas primarias a partir de las preocupaciones higienistas del contagio de enfermedades.

Para cumplir los objetivos trazados se analizan las siguientes fuentes: normativa relativa al Cuerpo Médico Escolar, artículos publicados en Anales de Instrucción Primaria, informes de las actuaciones del Cuerpo Médico Escolar publicados en las Memorias de Instrucción Primaria y algunos folletos publicados por el Dr. Rafael Schiaffino.

Los principales resultados que se presentan son: incidencia creciente del discurso médico en el discurso pedagógico —en el marco de la “medicalización de la sociedad”; principales contenidos de las tareas desarrolladas por el CME; preocupaciones higienistas y su incidencia en el magisterio; significado del “examen preventivo” de los cuerpos, sus conclusiones y recomendaciones.

PALAVRAS-CHAVE

*Cuerpo Médico Escolar, higienismo, magisterio, estudiantes magisteriales*

## INTRODUCCIÓN

Cuando comencé a indagar sobre la normalización de los cuerpos en el magisterio en el Uruguay, publiqué un artículo que reflexiona sobre la construcción de la normalidad en los cuerpos de maestras, maestros y estudiantes magisteriales en el Uruguay de 1907-1927 a partir de la acción del Cuerpo Médico Escolar (CME). En esta oportunidad, extendiendo el período de indagación hasta el año 1935 y además cuantifico las exclusiones de personas para estudiar o ejercer el magisterio por no ser consideradas aptas para esta profesión según el examen de selección de estudiantes magisteriales o docentes concursantes por cargos. Esta ponencia entonces puede considerarse un texto complementario o ampliatorio del artículo mencionado (Sosa, 2020).

El período seleccionado es 1907 a 1935. En el año 1907 se incrementan las publicaciones acerca de la higiene escolar y se verifican dos propuestas de creación del Cuerpo Médico Escolar: la del médico Sebastián B. Rodríguez (1907) en el Congreso Médico Latinoamericano y la del Inspector Nacional de Instrucción Primaria (cargo máximo en la escala jerárquica en el sistema de educación primaria pública en el Uruguay de entonces) Abel J. Pérez (1907) en una Conferencia sobre Higiene Escolar en el Ateneo de Montevideo. En el año 1908 se crea el Cuerpo Médico Escolar y en este texto se presentan someramente sus áreas de actividad. Se cierra el período a estudio en el año 1935 porque es el momento de publicación de un informe sobre el estado sanitario del magisterio escrito por el Director del CME en ese momento, Dr. Rafael Schiaffino (1935), denominado El grito de la fatiga.

Los objetivos encarados son: describir las acciones llevadas adelante por el CME para derrotar las enfermedades en pos de la construcción de la salud, en general pero especialmente particularizando en las acciones emprendidas hacia docentes y hacia estudiantes magisteriales; describir los nuevos rituales cotidianos en las instituciones educativas primarias a partir de las preocupaciones higienistas del contagio de enfermedades; delimitar los sentidos que, a partir del trabajo del CME, se otorgan a la “normalidad” de los cuerpos de las maestras, maestros y estudiantes magisteriales. Atendiendo a estos objetivos se organiza el texto en cuatro partes. La primera parte, denominada Surgimiento y funcionamiento del Cuerpo Médico Escolar describe las acciones llevadas adelante por dicho Cuerpo en general, sus fundamentos y los cambios en las escuelas primarias a partir de la existencia del Cuerpo. La segunda parte, denominada Selección de estudiantes magisteriales y de concursantes por cargos en el magisterio presenta la práctica de selección a partir del examen médico que realizaba el CME, sus fundamentos y una cuantificación de la exclusión que generaba esta selección realizada con los datos disponibles

del período. La tercera parte se adentra en el análisis del Reconocimiento anual del estado de salud del magisterio. En este caso, se explica cómo se realizaba este reconocimiento de salud anual para culminar con la revisión de un informe sanitario del año 1935. La última parte, denominada A modo de cierre sintetiza los conceptos vertidos en esta ponencia.

El concepto de normalización proviene de Michel Foucault (1996; 2000) y refiere al proceso de regulación de los individuos (disciplinas) y de las poblaciones (biopolíticas). Las disciplinas son los “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad” (Foucault, 1996, p. 141). Las biopolíticas constituyen una tecnología de poder que no se dirige al cuerpo sino a las poblaciones. La normalización opera de dos maneras: 1) la disciplina normaliza, esto es, se fija una norma que permite distinguir entre la gente, gestos y actos que se ajusten a un modelo y los que no —normales y anormales respectivamente. A este proceso se le puede denominar normación porque se parte de una norma de carácter prescriptivo y se trata de normar a partir de esa referencia (Foucault, 2000, p. 75); 2) la normalización en sentido estricto en la que la norma se fija a partir de curvas de normalidad. Ambos procesos de normalización pueden identificarse en las acciones del CME y particularmente en la construcción de los cuerpos en el magisterio.

### SURGIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO MÉDICO ESCOLAR

A principios del siglo XX el Uruguay transitaba una modernización económica, social y política y por una “nueva sensibilidad civilizada” junto a componentes de una anterior “barbarie” que el historiador José Pedro Barrán (2011, p. 215) ha denominado “disciplinamiento”. Dentro de esa nueva sensibilidad, la conservación de la salud del cuerpo ocupaba un lugar preponderante. Este historiador plantea que las cifras de incidencia de distintas enfermedades no eran diferentes a fines del siglo XIX y a principios del siglo XX, pero en este último período esas cifras provocaban la intervención estatal en pos de la conservación de la salud. Esto demuestra que la incidencia de las distintas enfermedades no se había modificado pero sí la sensibilidad frente a la salud y la enfermedad. El poder médico ganaba espacios; la medicalización de la sociedad llegó de la mano del culto a la salud propio de la nueva sensibilidad.

La disciplina denominada Higiene otorgaba conocimientos sobre prevención de enfermedades y el movimiento higienista (médicos, sociólogos, educadores) proponía la difusión de campañas de prevención de enfermedades y la vigilancia de estos aspectos en distintos ámbitos. La preocupación se centraba en la prevención

de las enfermedades individuales y de las denominadas enfermedades sociales: las epidemias, las enfermedades venéreas (sífilis principalmente), la tuberculosis y el alcoholismo eran visualizados como los males sociales a los que se debía atender<sup>[1]</sup>.

Los fundamentos de la creación del CME y sus acciones contenían argumentos provenientes del higienismo superpuestos con argumentos eugenésicos (Sosa, 2020). El discurso pedagógico incorporó conceptos provenientes del discurso médico (higienista y eugenista) con importante incidencia en las escuelas primarias de la época.

La propuesta de creación del CME, fundamentada por Sebastián B. Rodríguez (1907) en el Congreso Médico Latinoamericano, otorgó papel central al concepto de profilaxis y a la vigilancia sanitaria en las escuelas. Para Rodríguez, la medicina ya no tenía que ver solamente con la atención de la enfermedad sino que había que intervenir en la prevención de las mismas, es decir, en la profilaxis. En su propuesta, la existencia de un CME debía vigilar lo edilicio (amplitud de los espacios para permitir distancia social higiénica, luz, ventilación, etc.), la limpieza, la alimentación y lo pedagógico. Desde conocimientos médicos se justifican posturas de los cuerpos, uso de tiempos y espacios escolares, promoción de determinados hábitos, entre otros elementos, para ajustarse a normas higiénicas. Esta preocupación por el uso de los tiempos, los espacios y el control de la postura llevaron a lo que Vigarello (2005) denominó “pedagogía de la postura”, esto es, el control de la rectitud de los cuerpos, que se justificaba con datos recabados que permitían asegurar que lo conveniente era la simetría y, en consecuencia, actuar corrigiendo las desviaciones patológicas. De la rectitud física se derivaba la rectitud moral, tal la fuerza de la acción disciplinadora.

En el mismo 1907, el Inspector Nacional de Instrucción Primaria (cargo máximo en a escala jerárquica en el sistema de educación primaria pública en el Uruguay de entonces), Abel J. Pérez (1907), también propuso la creación de un CME en una Conferencia sobre Higiene Escolar en el Ateneo de Montevideo. En este caso también se abundaba sobre la atención a los locales, el menaje (bancos que respetaran la columna vertebral, bancos individuales y con separación para obtener “distancia higiénica”, etc.) y los materiales de estudio (tamaño, inclinación de las letras, colores, mapas, etc.). Se agregaba a esto la vigilancia de los escolares aisladamente o en conjunto. Esta vigilancia tenía como objetivo la detección de enfermedades infecto-contagiosas para tomar medidas (como el confinamiento en el hogar en el período de contagio de la enfermedad que se padeciera) y también la detección de estudiantes débiles. La debilidad se entendía como la “sospecha de enfermedad futura” y se proponía la apertura de diversos ámbitos de intervención para los débiles que “van degenerando

---

[1] Paulina Luisi, una de las médicas del CME decía que había que desplegar una amplia acción educativa frente al “triumvirato destructor de nuestra especie” (sífilis, tuberculosis, alcoholismo) (Luisi, 1919, p. 11).



la raza” (Pérez, 1907, p. 269). Para el Inspector, la debilidad se evidenciaba en ese “ser incoloro, anémico, sin energías, campo fértil de todas las dolencias físicas y de todas las subversiones morales” (Pérez, 1907, p. 268). Como acciones higiénicas propuso: alimentación abundante y genuina, ejercicios físicos científicos, colonias infantiles a orillas del mar o en las sierras, ropas abrigadas e higiénicas, medicación en caso de enfermedad. La idea de mejorar el medio para mejorar la raza proviene de las denominadas eugenesias ambientalistas. La eugenesia fue definida por su fundador Francis Galton como la “ciencia que se ocupa de todas las influencias que mejoran las cualidades innatas de una raza” (Galton en Reggiani, 2019, p. 17) y tuvo importante incidencia en el Uruguay (Barrán, 1999). Como se ve, se pueden identificar en los fundamentos de creación del CME ideas que provienen del higienismo junto con otras que provienen de las eugenesias ambientalistas —como la degeneración de la raza y la necesidad de mejoramiento del ambiente para mejoramiento de la raza[2]. Una última propuesta de Pérez fue la “libreta sanitaria escolar” en la que se registrarían las observaciones realizadas a cada estudiante.

En 1908 se crea el CME y se delimitan sus tareas (Reglamentación para el ejercicio de sus funciones, 1909; Reglamento del Cuerpo Médico Escolar Nacional, 1910). Las tareas del CME involucraban a los espacios escolares (locales, muebles), el tiempo escolar (recreos, suspensiones, etc.), los hábitos higiénicos (vacunación y revacunación, aseo, baños, paseos al aire libre, alimentación, sueño, botiquín escolar, ejercicios físicos). Estos son ejemplos de normalización disciplinaria: están presentes los tiempos, los espacios, la ejercitación, con el fin de adecuarse a normas de higiene.

El CME era responsable de realizar “visitas de inspección higiénica” a las escuelas en las que se completaban fichas sanitarias individuales. Aquí, la normalización atendía a la escala de la población escolar (biopolíticas). La información proveniente de estas fichas permitía construir curvas de normalidad y para atender las situaciones de niños que no encajaban con los patrones de normalidad de los cuerpos se crearon Escuelas para Retardados Mentales, Instituto de Sordo-Mudos, clases diferenciales, Escuelas al Aire Libre (para robustecimiento de niños débiles y propensos a la tuberculosis) y la Colonia Marítima del Buceo (también para débiles) (Sosa, 2020, p. 135).

El CME también intervino en las discusiones acerca de suspensión de clases debido a la existencia de epidemias. La epidemia de la gripe, con dos olas en 1918

---

[2] Requeriría mayores estudios ubicar convenientemente la postura del Insp. Abel Pérez; solamente se pueden señalar algunos elementos acerca la procedencia eugenista del concepto “degeneración de la raza”. Sobre el concepto de degeneración para los eugenistas, ver Reggiani (2014).

y 1919, permitió la intervención de este Cuerpo que no acordaba con la alarma pública que reclamaba el cierre de escuelas. Por el contrario, basados en datos sobre contagios en la población infantil, creían que no había mayores riesgos de contagio en las escuelas públicas. Finalmente, frente a una alta incidencia de la gripe en los docentes y el reclamo insistido del cierre de escuelas en la prensa, el CME aceptó la medida. Este es un ejemplo para comprender la normalización de las poblaciones: se toman datos poblacionales (de la población escolar en esta situación específica), se calculan riesgos, etc.

### SELECCIÓN DE ESTUDIANTES MAGISTERIALES Y DE CONCURSANTES POR CARGOS EN EL MAGISTERIO

Había dos maneras de ejercer el cargo de maestra/o: egresando con el título de maestra/o normalista de uno de los dos institutos normales de la época —el Instituto Normal de Señoritas y el Instituto Normal de Varones-, o rindiendo concurso para acceder a los cargos, en este caso se denominaban maestras/os nacionales. En ambos casos, tanto a quienes aspiraban a ser estudiante normalista como a quienes aspiraban al concurso de maestras/os nacionales, se les sometía a un examen sanitario de selección.

Los motivos de inclusión o exclusión de aspirantes al magisterio de esta selección fueron cambiando a lo largo del tiempo. El CME era el encargado de examinar a aspirantes al magisterio y de entregarles un “certificado que acredite su buen estado de salud y la ausencia de defectos físicos que lo inhabiliten para el ejercicio del magisterio” (Marroche, 1914, p. 195). Las personas denegadas generaron resistencias a esta práctica de selección (reseñadas en Sosa, 2020, págs. 142-143) pero ante estas disputas el CME reafirmaba su convicción de que la rigurosidad de los exámenes médicos al inicio de la carrera magisterial protegería a los niños del contagio de posibles enfermedades y también de las previsibles faltas a las funciones que realizarían los maestros cuyos cuerpos no resistieran una función tan exigente como la de la docencia.

Los maestros no deben ser para los alumnos un peligro, sino una garantía que resida no sólo en sus cualidades morales e intelectuales, sino también en un hábito exterior sano y robusto, y la utilidad pedagógica de una buena constitución ha preocupado ciertamente a aquellos que están encargados de asegurar la educación de la juventud. (Marroche, 1914, págs. 240-241).

Como se evidencia, se va más allá de la presencia de enfermedades, se buscan “cualidades morales e intelectuales”, “hábito exterior sano y robusto” y una “buena constitución”. Se buscaba una apariencia robusta que resguardara de los miedos de enfermedad presente o futura y se asociaba fuertemente la apariencia a las cualidades morales. La idea de robustez, se fue afianzando en el discurso sobre la normalidad de los cuerpos en el magisterio, como se planteará.

Defendiendo las acciones del CME frente a las resistencias que tuvo, Sebastián B. Rodríguez, expresó: “Toda medida nueva y que viene a lesionar intereses, siempre ha levantado resistencias, pero el Cuerpo Médico Escolar, velando por la depuración del futuro magisterio, y también por sus fueros, cree que debe seguirse adelante en el camino emprendido” (Rodríguez, 1925, p. 94). En esta cita, la idea de “depuración del futuro magisterio”, contiene la lógica excluyente que, a partir de los procesos normalizadores, se instituyó en el magisterio.

Como guía para los exámenes médicos, quien dirigía al CME en 1914, el Dr. Luis Marroche, propuso las ideas de un médico escolar inglés, Mr. Williamson, quien defendía que se rechazara a quienes “no parecen bastante vigorosos para soportar el esfuerzo que necesita la duración de los estudios en la escuela normal, o si presenta los signos de una enfermedad que le impida seguir de una manera continua las tareas del profesorado” (Williamson en Marroche, 1914, p. 241). Proponía rechazar a personas con enfermedades respiratorias, cardíacas, diabetes, neurastenia o histerismo confirmado, anemias, afecciones gástricas, etc. y rechazar a quienes tuvieran defectos de la visión, audición o fonación. La preocupación se había desplazado, ya no se buscaba solamente la exclusión de personas que pudieran ser vehículo de contagio de enfermedades, sino que entran en consideración otras enfermedades no contagiosas, junto a defectos, en los motivos de rechazo.

La idea de robustez, que en estos primeros años quedaba sujeta a la decisión del miembro del CME que realizara el examen médico, se definió con posterioridad. A partir de los datos antropométricos tomados por el CME se definieron parámetros promedio de estatura, peso, perímetro torácico. Considerando estos elementos y la desproporción entre los mismos se determinaba un “coeficiente de robustez” (Schiaffino, 1925, p. 313). Este es un ejemplo de normalización de las poblaciones, la normalidad antes que la norma —explica Foucault— porque se establecen parámetros de normalidad a partir de los promedios de los datos relevados. Quien se apartara de esas curvas de normalidad, era apartado de la posibilidad de acceder al magisterio.

El Dr. Rafael Schiaffino consiguió la aprobación de un Reglamento de certificados de buena salud. Este Reglamento contiene las condiciones para la obtención del certificado (sea estudiante o maestro en ejercicio): vacunas al día, aseo suficiente,

sin pediculosis, boca en perfectas condiciones (no se aceptan caries ni siquiera en tratamiento), desarrollo físico ajustado a promedios de su edad, obesidad y desnutrición se descartan, sin defectos ni deformaciones de la cara, sin desviaciones de columna vertebral, sin malformación torácica, sin enfermedades de la visión, de los oídos, de la laringe, de la fonación, nariz, garganta, piel, afecciones cardíacas, pulmonares, glandulares, afecciones del sistema nervioso, diabetes y se agregaba un artículo abierto en el que se podían incorporar afecciones a criterio del médico examinador (Schiaffino, 1925).

Al momento de realizar la selección se excluían a personas con enfermedades que no eran contagiosas y con características que consideraban defectuosas. Estos son ejemplos de normación, ya que se toman estos elementos como normas que permiten clasificar adentro/afuera. El argumento para la exclusión por enfermedades no contagiosas que se brindaba ya fue planteado en este texto: las exigencias de la carrera magisterial no permitían el ejercicio a personas que tuvieran enfermedades. Pero, desde esa plataforma se fue normalizando el cuerpo de maestras y maestros como un cuerpo que además de estar sano, no debía dejar sospecha de posibilidades de enfermedades futuras. Por eso, la selección se adentraba en características físicas e iba más allá de la presencia o ausencia de enfermedades. Acerca de por qué se excluían personas que consideraban defectuosas, se registra una única explicación en uno de los informes que sostiene que se excluía a personas con defectos que obstaculizaran el desempeño de la profesión. En los demás informes no se explicitan los motivos. Entre los motivos de denegación utilizados, que se despliegan en algunos informes, aparecen —junto a los motivos referidos a posibles enfermedades contagiosas (fiebre, congestión pulmonar, etc.)— otras causas como pediculosis, miopía, afecciones del corazón, retardo físico, agudeza visual, caries, deformación del tórax, parálisis del miembro superior derecho, obesidad, deformación congénita de la boca, entre otros. Una de las causas por la cual se excluía a maestras era la histeria. La histeria permite reconocer los patrones de género y de sexualidad de la época, es más una estructura que una enfermedad (Chauvelot, 2001). La intervención del poder y del saber médicos en la construcción de la histeria y su tratamiento en el Uruguay han sido estudiadas por Barrán (1992); en este caso se evidencia cómo las construcciones de feminidad y sexualidad inciden en la posibilidad de desempeñarse como maestra.

La lista de motivos de exclusión era extensa y severa. Genera inquietud conocer cuál fue la magnitud de las exclusiones de aspirantes al magisterio. Por eso, se cuantificarán los aceptados, denegados y pendientes con los datos que se tienen disponibles<sup>[3]</sup>.

---

[3] Algunos años figuran repetidos, aparentemente porque se consideraban semestres, algunos datos

	CERTIFICADOS EXPEDIDOS	CERTIFICADOS DENEGADOS	ADMITIDOS DEL TOTAL (%)	ESTUDIANTES NORMALISTAS ADMITIDOS (%)
1914	1181	30	97%	-
1919	185	71	72%	-
1920-1921	410	39	91%	-
1922-1923	551	69	89%	85%
1923-1924	662	102	87%	81%
1924-1925	289	53	-	85%
1925	935	87	91%	88%
1926	1208	104	85%	73%
1927	824	59	87%	79%
1928	908	83	87%	86%

TABLA 1 · Certificados de salud expedidos y denegados a estudiantes magisteriales y concursantes por cargos docentes.

Según la tabla precedente, la exclusión era proporcionalmente mayor para estudiantes normalistas. Para algunas personas la exclusión significaba la postergación hasta que se resolviera la situación sanitaria y pudiera volver a presentarse al año siguiente.

### RECONOCIMIENTO ANUAL DEL ESTADO DE SALUD DEL MAGISTERIO

El reconocimiento del estado de salud de magisterio consistió en la realización de un examen médico anual individual que definía si se podía continuar en el ejercicio del magisterio o no. En sus inicios se realizaba por convocatoria de los docentes a consultorios. A partir de 1919 pasó a realizarse en las visitas sanitarias a las escuelas, junto con la libreta sanitaria estudiantil. Los motivos de cese temporal o definitivo, a partir de los dictámenes del CME, eran similares a los que se utilizaban para excluir a estudiantes y concursantes. De hecho, el Reglamento de certificados de buena salud (Schiaffino, 1925) era el mismo para estudiantes, concursantes o maestros en ejercicio.

.....  
están omitidos y la forma de recolectar los datos variaba en los distintos informes. Se suman las cantidades correspondientes a aspirantes a estudiar magisterio, dar exámenes libres y a dar concurso para acceso a cargos (maestra/o nacional). En algunos años quedaron certificados pendientes de resolución, cuya cantidad no está tabulada pero que inciden en el cálculo de porcentajes. En los años en los que se cuenta con datos desagregados de estudiantes magisteriales, se calcula la última columna.

La severidad con que se juzgaba a aspirantes a estudiar magisterio o a concursar, se flexibilizó en uno de los exámenes anuales al magisterio en ejercicio. El Informe de 1924 (Schiaffino, 1925) hizo foco en la incidencia de la caries dental sin corregir en el magisterio que alcanzaba al 20%. Para los aspirantes a magisterio y a dar concurso de maestros nacionales se exigía la completa higienización bucal, por lo que el CME solicitó que para ejercer el magisterio se exigiera lo mismo. Esta petición, que habría removido de sus cargos a un quinto del magisterio, no fue concedida, pero Schiaffino celebraba que como la exigencia aplicaba para aspirantes a estudiar magisterio y al concurso, a la larga un mayor porcentaje de maestros tendría salud bucal.

En el año 1935, quien dirigía el CME, Dr. Rafael Schiaffino (1935), publicó un informe sobre el estado sanitario del magisterio con el sugerente nombre *El grito de la fatiga*. En este informe se plantea como problema a encarar el creciente número de licencias otorgadas al personal enseñante. Se explica que este aumento de licencias responde al estado de salud colectivo del magisterio, que describe como “el grito de alarma de la fatiga de una colectividad de trabajadores sobrecargados” (Schiaffino, 1935, p. 8). Para el médico, esta situación debía constituir una preocupación higiénica de primer orden. Las causas de esta situación son presentadas en el Informe por el Director del CME abundando en los datos y las explicaciones de los mismos. La primera causa era la cantidad de alumnos por maestro. Mientras que la cifra deseable era de 30 estudiantes por cada docente y para eso estaban preparados los salones de clase, el promedio en la realidad era de 47 estudiantes por maestro. Claramente, en algunas zonas había menos estudiantes, pero, en las que había más, podían llegar a 60, 80, 90 y hasta cien estudiantes en una sola clase. Como los salones estaban preparados para grupos de menor cantidad de estudiantes, se solucionaba amontonando bancos, provocando hacinamiento y acarreado consecuencias para la salud de estudiantes y docentes por la pérdida de la distancia social al carecer de espacio suficiente. El Informe describe las consecuencias de estos problemas: aire viciado, bullicio de volumen alto, agitación de los alumnos.

Schiaffino sacó la conclusión de que el crecimiento de las licencias por enfermedad respondía a la intensidad del trabajo, su duración y las condiciones higiénicas en que se desarrollaba. Presentó en el Informe cuáles fueron las afecciones que llevaron a la solicitud de licencias, siendo las que mayor cantidad de licencias generaron las alteraciones del sistema nervioso: “estados neurasténicos, cefalalgias, depresión, insomnio, nerviosidad, amnesia, trastornos psíquicos y aún alteraciones mentales” (Schiaffino, 1935, p. 9). Para el autor, estas alteraciones del sistema nervioso provenían de la fatiga. Analizó luego las incidencias de la fatiga en el resto de las solicitudes de licencia por enfermedad.

Insistió en las páginas que componen El grito de la fatiga en el peligro que significaba el hacinamiento desde el punto de vista higiénico. Los desvelos del CME resultaban infructuosos debido al aumento de la cantidad de estudiantes que no había sido acompañado por el aumento en la cantidad de maestros y en la cantidad de aulas apropiadas para continuar cumpliendo las indicaciones de tipo higiénico acerca del uso del espacio, mobiliario, materiales, etc. Para finalizar, propuso cuatro soluciones: aumentar el número de maestros (calculó las cantidades para la ciudad de Montevideo y para el interior del país), la vuelta a un calendario de cursos que regía anteriormente en el que los asuetos eran los jueves y los domingos en lugar de sábados y domingos, favorecer la jubilación de docentes enfermos y colocar las vacaciones de invierno que habían sido suspendidas. Las vacaciones de invierno servían para evitar la circulación de estudiantes en las escuelas en las fechas en que mayor cantidad de contagios de enfermedades se registraban según los datos del CME y para suprimir la fatiga de los docentes a mitad del año. En este Informe se advierte cómo las recomendaciones higienistas para el uso de espacios educativos se desmoronan ante hacinamiento debido al crecimiento matricular registrado sin que hubiera cambios en la cantidad de docentes y en lo edilicio. Los datos poblacionales sobre las licencias médicas docentes permitían avizorar como problema el agotamiento del personal enseñante. Ciertamente, este discurso encontró como límite la realidad de las escuelas que no fueron transformándose en el sentido que los higienistas recomendaban.

### A MODO DE CIERRE

En esta ponencia, en primer lugar, se presentaron las acciones llevadas adelante por el CME en el Uruguay, sus fundamentos y los cambios generados en las escuelas primarias a partir de las acciones del mencionado Cuerpo. El discurso médico (higienismo-eugenesia) incide en el discurso pedagógico e interviene en múltiples aspectos de la vida de las escuelas. La profilaxis de enfermedades sostiene gran parte de las acciones emprendidas, en consonancia con argumentos higienistas, pero en otros casos se busca normalizar cuerpos que propendan al mejoramiento de la raza, en consonancia con argumentos eugenésicos. Las acciones llevadas adelante son analizadas como procesos de normalización. En algunos casos, de normalización disciplinaria, dirigida a los cuerpos individuales: uso del tiempo, del espacio, adquisición de hábitos, etc. En otros casos se trata de biopolíticas de normalización como las discusiones acerca de la suspensión de clases por epidemias, la recolección de datos de estudiantes para construir fichas sanitarias con vistas a la determinación de circuitos escolares separados entre los normales y los demás.

Se colocó el foco luego en la normalización del magisterio a partir de dos mecanismos: la selección de estudiantes normalistas y de concursantes por cargos de maestro/a nacional y el reconocimiento del estado de salud anual del magisterio que podía significar la remoción temporal o definitiva del cargo docente. Se revisaron los instrumentos utilizados en estas evaluaciones. Los cuerpos docentes debían ser sanos, robustos, armónicos, sin defectos, de apariencia sana y que no dejaran sospechas de posibles enfermedades a futuro. A partir de los datos disponibles se cuantificó la incidencia de la práctica de selección de aspirantes a estudiar o concursar en el magisterio. Aproximadamente una de cada diez personas que solicitaban el certificado de salud al CME eran denegadas. Por último, se revisó un informe sobre el estado sanitario del magisterio de 1935 que mostraba el incremento de las cifras de solicitud de licencias médicas y lo interpretaba como el resultado de la fatiga de los docentes debido a la intensidad del trabajo, su duración y las condiciones higiénicas en que se desarrollaba el mismo. En esta situación, se evidencia cómo la disponibilidad de datos y la posibilidad de realizar diagnósticos para solucionar los problemas desde un punto de vista higiénico choca con una realidad de hacinamiento en las escuelas uruguayas.

## FUENTES

Cuerpo Médico Escolar (1909). Reglamentación para el ejercicio de sus funciones de 7 de agosto de 1908. *Anales de Instrucción Primaria, Año VII, Tomo VI. Montevideo: El Siglo Ilustrado, 207-209.*

*Reglamento del Cuerpo Médico Escolar Nacional, aprobado por resolución gubernativa del 18 de junio de 1910. (1910). Anales de Instrucción Primaria, Año IX, Tomo IX, Nos. 7 a 14, julio de 1910 a marzo de 1911. Montevideo: El Siglo Ilustrado, 1080-1090.*

Luisi, P. (1919). Para una mejor descendencia. Buenos Aires: Casa Editora Juan Perrotti.

Marroche, A. (1914). El Cuerpo Médico Escolar. En A. Pérez (1916), *Memoria correspondiente a los años 1911 a 1914 de la Dirección General de Instrucción Primaria (pp.195-284). Montevideo: Barreiro y Ramos.*

Pérez, A. (1907). Apuntes sobre higiene escolar. *Anales de Instrucción Primaria, Tomo IV, Nos. 1 a 5. Montevideo: El Siglo Ilustrado, 257-283.*

Rodríguez, S. B. (1907). Contribución al desenvolvimiento de la Higiene Escolar en algunos países sudamericanos. *Anales de Instrucción Primaria, Tomo IV, Nos. 1 a 5. Montevideo: El Siglo Ilustrado, 24-48.*



Rodríguez, S. B. (1925). El Cuerpo Médico Escolar. En E. Acevedo (1926), Memoria de Instrucción Primaria correspondiente a 1925 (pp.73-94). Montevideo: Imprenta Nacional.

Schiaffino, R. (1925). Cuerpo Médico Escolar. En E. Acevedo (1925), Memoria de Instrucción Primaria correspondiente a 1924 (pp.281-323). Montevideo: Imprenta Nacional.

Schiaffino, R. (1927). Cuerpo Médico Escolar. En E. Acevedo (1927), Memoria de Instrucción Primaria correspondiente a 1926 (pp.101-121). Montevideo: Imprenta Nacional.

Schiaffino, R. (1928). Cuerpo Médico Escolar. En E. Acevedo (1928), Memoria de Instrucción Primaria correspondiente a 1927. Parte segunda (pp.267-278). Montevideo: Imprenta Nacional.

Schiaffino, R. (1928). Cuerpo Médico Escolar. En E. Acevedo (1929), Memoria de Instrucción Primaria correspondiente a 1928 (pp.119-137). Montevideo: Imprenta Nacional.

Schiaffino, R. (1935). El grito de la fatiga. Informe sobre el estado sanitario del magisterio. Montevideo: El Siglo Ilustrado.

## BIBLIOGRAFIA

Barrán, J.P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 1. El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J.P. (1999). *Biología, Medicina y eugenesia en Uruguay*. *Asclepio*, 51(2), 11-50.

Barrán, J.P. (2011). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.

Chauvelot, D. (2011). *Historia de la histeria. Sexo y violencia en lo inconsciente*. Madrid: Alianza.

Foucault, M. (1996). (24ª ed.). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: FCE.

Reggiani, A. (2014). Eugenesia y cultura física. Tres trayectorias históricas: Francia, Gran Bretaña, Argentina. En P. Scharagrodsky (comp.), *Miradas médicas sobre la cultura física. Argentina 1880-1970 (pp. 17-58)*. Buenos Aires: Prometeo.

Reggiani, A. (2019). *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*. México: El Colegio de México.

Sosa, F. (2020). Acciones y fundamentos del trabajo del Cuerpo Médico Escolar en el Uruguay (1907-1927). La construcción de la normalidad en los cuerpos en el magisterio. *Páginas De Educación*, 13(2), 125-151.

Vigarello, G. (2005). *Corregir el cuerpo. Historia de un poder pedagógico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

C I H E L ▲ 2021

Página em branco | Página en blanco