

I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Dispositivos de intervención en prevención de tuberculosis en Capital Federal (1920-1940).

Butrón, María Belén, Collado, Irupé y Palma, Marcos.

Cita:

Butrón, María Belén, Collado, Irupé y Palma, Marcos (2015). *Dispositivos de intervención en prevención de tuberculosis en Capital Federal (1920-1940)*. I Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-079/267>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

I Congreso Latinoamericano

De Teoría Social

“¿Por qué la Teoría Social? Las posibilidades críticas de los abordajes clásicos, contemporáneos y emergentes”

Mesa 42: La medicalización de la sociedad en el siglo XXI. Transformaciones, límites y nuevas perspectivas para el análisis en Latinoamérica

Dispositivos de intervención en prevención de tuberculosis en Capital

Federal (1920-1940)

Autores:

Butrón María Belén. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

E-mail: belen.butron@live.com

Collado Irupé. Licenciada en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

E-mail: irupe.collado@gmail.com

Palma Marcos. Estudiante avanzado de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad

de Buenos Aires. E-mail: marcos.palma.88@gmail.com

Introducción

El presente trabajo surge como parte del Trabajo de Investigación Final para la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. El interés del mismo estuvo puesto en dilucidar el modo en el cual las corrientes higienistas influyeron en la conformación del perfil profesional de las asistentes sociales/visitadoras de higiene, en el caso de los dispositivos de prevención en tuberculosis, cuya extensión fue relevante en la época analizada (1920-1940). Estos dispositivos de prevención de tuberculosis se constituyeron en los espacios socio-ocupacionales de dichas profesionales. En esta línea, los primeros programas de estudio estuvieron influenciados por la necesidad de visitadoras de higiene y asistentes sociales especializadas en la temática, con lo cual se encontraban contenidos curriculares vinculados a la prevención de tuberculosis, inculcación de hábitos higiénicos, infancia y familia. Además se constituyeron cursos cortos por la justificada “necesidad” que requería la prevención de la tuberculosis.

En el período estudiado, la tuberculosis aparecía como una epidemia de relevancia sanitaria a nivel nacional que demandaba la intervención del Estado y de otras instituciones asistenciales. Esta intervención estaba vinculada a las consecuencias producidas por la enfermedad: por un lado, al iniciar la década de 1920, se presentó como la principal causa de muerte en el país, y específicamente en la entonces Capital Federal; por otro lado, a pesar de reducirse los índices de mortalidad con el tiempo, la tuberculosis siguió siendo durante todo el período estudiado una enfermedad con un importante número de afectados en la población. Asimismo, la tuberculosis posibilitó una serie de discursos referidos a tópicos variados: respecto de la salud y la enfermedad, la idea de raza, higiene y moral, prácticas cotidianas, economía de los hogares, alcoholismo, etc. Las discusiones respecto de estos tópicos generaron una proliferación de discursos a través de las producciones escritas y orales, tanto a nivel cultural (en tangos, poemas, novelas característicos de buenos aires), a nivel político-ideológico (en comunicados oficiales y políticas públicas) y a nivel académico (en investigaciones, sobre todo desde el punto de vista de la Medicina). A su vez, basados en las concepciones eugenésicas y degeneracionistas de la época, se asoció el avance de la enfermedad a la degeneración de la raza y a la decadencia de la nación.

El Trabajo de Investigación Final se realizó durante aproximadamente ocho meses, analizando los contenidos de documentos oficiales de la época obtenidos en bibliotecas nacionales y municipales, archivos históricos, repositorios institucionales, entre otros. Esto dio como resultado un trabajo final que aborda los discursos respecto a la tuberculosis en la época, la conformación del perfil profesional de las asistentes sociales/visitadoras de higiene y la descripción y análisis de los dispositivos de prevención en tuberculosis.

De todas formas, por cuestiones de extensión y en el marco de esta ponencia solo presentaremos algunos aspectos del mismo, centrándonos en los dispositivos de intervención y las estrategias disciplinadoras y biopolíticas de dichos dispositivos, en un marco en el cual las corrientes higienistas orientaban las acciones públicas respecto a las nociones de salud y enfermedad. Analizaremos el surgimiento y funcionamiento de los dispositivos de prevención de la tuberculosis como parte inescindible de procesos medicalizadores y moralizadores, así como en vinculación a la intervención por parte del Estado en las familias obreras de Capital Federal a través de prácticas normalizadoras.

Medicalización, Higienismo y Discursos sobre la Tuberculosis

Entendemos al proceso de medicalización de la sociedad, como “un proceso general a partir del cual en el siglo XVIII la medicina se convierte específicamente en social y merced a su desbloqueo epistemológico se torna en estrategia biopolítica” (Bianchi, 2010:56). Este proceso estuvo vinculado a la normalización de la sociedad y moralización de las prácticas. Siguiendo a Foucault, el proceso de medicalización de la sociedad se asoció a las preocupaciones de los estados capitalistas por desarrollar estrategias de gobierno de tinte normalizador, dirigidas a los individuos y poblaciones bajo su jurisdicción. Desde una aproximación histórica, situó los comienzos del proceso de medicalización de la sociedad en el siglo XVIII, hasta ese entonces la medicina occidental se encontraba en estado de estancamiento terapéutico y científico, ya que su objeto quedaba circunscripto únicamente a la enfermedad y a la demanda del enfermo. Fue a partir de ese siglo cuando la misma comenzó a considerar otros campos distintos de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades y dejó de ser esencialmente clínica para empezar a ser social.

Este proceso estaba vinculado a la producción del cuerpo de los obreros, con el fin de constituirlos en sujetos aptos para la producción en el sistema capitalista. Es decir, era necesario que los obreros se ajustaran a las nuevas formas que adoptó la producción, y a las nuevas características de las relaciones sociales, que se reprodujeran en tanto explotados, y que aceptaran la expropiación por parte de la burguesía (Marx, 2004).

Esto requirió un proceso de normalización de la sociedad, que implicó la homogeneización e integración de los sujetos al modo de producción capitalista (Huertas, 2009) a través de estrategias diversas que incluían una demarcación entre lo normal y lo anormal.

En este punto, la ciencia en el siglo XVIII, nacida del positivismo de Comte, se convirtió en una de las herramientas fundamentales de la normalización social, en la definición de los desviados y de los parámetros de normalidad. En este siglo la figura de “lo normal”, antes implícita y sin gran contenido, se convirtió en una figura en pleno relieve. En esta línea, es el discurso biomédico, el que se presenta como hegemónico para definir todo lo vinculado a la definición del cuerpo y su funcionamiento normal. Para el desarrollo de la observación del ojo médico, la medicina dio forma a un conocimiento sobre el “hombre saludable” entendido entonces como el hombre no enfermo, dando lugar así a una definición del “hombre modelo”. Además, con cada avance de la medicina, el contrapuesto de lo normal dejó de ser lo “anormal”, para ser lo

“patológico”, y dentro de lo patológico una nueva división: lo curable o incurable (Huertas, 2009).

La medicina forma parte de un proceso histórico, que comprende un sistema económico-político-cultural, y que es llevado adelante a través de un entramado de relaciones de poder. El surgimiento de la sociedad capitalista, la conformación de los Estados Modernos, un período de Guerras a nivel mundial, entre otros aspectos, construyeron la figura del médico, del higienista, del médico visitador. El capitalismo socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza laboral. Entonces si afirmamos que el cuerpo mismo es una realidad biopolítica, la medicina, lejos de entenderse como un saber aislado y exento de preocupaciones por el entorno social, se constituye en una estrategia biopolítica (Bianchi, 2010).

En el caso latinoamericano, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX proliferaron los estudios sobre las epidemias, haciendo foco en las enfermedades contagiosas que azotaron las ciudades en este período. Las epidemias, al poner al descubierto el estado de la salud colectiva, facilitaron iniciativas en materia de salud pública y de ese modo marcaron la expansión de la autoridad del Estado (no solo en las políticas sociales, sino también en la cotidianidad y el mundo de la “vida privada”).

Desde fines del siglo XIX, las epidemias quedaron asociadas al mundo urbano, en particular a la conformación de las grandes ciudades. Las referencias al contexto se sucedieron: el cuestionamiento a la vivienda, los hábitos cotidianos de higiene, la alimentación y la pobreza, la inmigración masiva y las multitudes agolpadas en las ciudades (Armus, 2007).

Las luchas sanitarias desarrolladas en las primeras décadas del siglo XX se enmarcaron en una estrategia de control-mediación, ya que se esforzaban en construir una cultura de la salud entre la población. Independientemente de las campañas sanitarias específicas (antituberculosa, antivenérea, antialcohólica, anticancerosa, contra la mortalidad infantil, etc.), tenían en común ciertas estrategias higienistas de carácter general, dirigidas a discursos y prácticas que implicaban la intervención directa de la norma médica en las distintas facetas de la vida de los individuos (Huertas, 2009).

En Argentina, el proceso de medicalización estuvo vinculado a la conformación del Estado-Nación, y al tipo ideal del poblador argentino (Talak, 2005), influenciado por las corrientes ideológicas higienistas y por los médicos higienistas, quienes tuvieron un lugar relevante en la administración pública. Estas corrientes marcaron su impronta durante el período de 1875 hasta 1950 (Murillo, 2001).

El eje de las medidas higienistas individuales fue la modificación de las costumbres, la moralización de los obreros y su asimilación a las normas y valores hegemónicos (burgueses). La modificación de las costumbres tuvo tres pilares: moralizar por el trabajo, ser previsor, y reordenar el espacio y la vivienda (Huertas, 2009).

El Higienismo postuló dos puntos de aplicación para su tarea: por una parte lo referente a toda enfermedad que afecte el cuerpo social en su aspecto físico (epidemias, enfermedades infecciosas) y por otra parte se vinculó a aquello que se consideraba una enfermedad moral, prácticas asociadas a una moralidad juzgable. Esto implicó una amplia gama de intervenciones, que pondrán el acento en la idea de prevención y de educación del pueblo. De este modo se fue construyendo un saber aplicado que se tradujo en pautas de comportamiento utilizables en la vida cotidiana de los sujetos (Murillo, 2001).

En los años 1920-1940 en Argentina, la tuberculosis despertó interés en el campo de las Ciencias Sociales, estuvo presente en la agenda pública, y fue motivo de estudios epidemiológicos, planificaciones e implementaciones a nivel gubernamental. Tal como lo expresa Armus (2007) entre 1870 y 1950 la tuberculosis fue una noticia recurrente en diarios y revistas, usada como recurso metafórico en la política y la literatura, letras de tango y obras teatrales. Además, en aquellos años, era una importante causal de la mortalidad en el país. Se puede observar que, tanto por su presencia en los documentos revisados como en los datos sobre mortalidad, tenía peso en los debates del momento. Más allá de cuánto se hablaba sobre la tuberculosis, nos interesa realizar una pequeña reseña respecto a como era definida desde el Higienismo.

La tuberculosis era definida, como una enfermedad infectocontagiosa (Cartilla Profiláctica Escolar contra la Tuberculosis, 1929), causada por la penetración y multiplicación de un microbio en el organismo, y que era adquirida por contagio (Boletín del Museo Social Argentino, 1930). Se creía que para no ser contagiado había que tomar medidas preventivas, dirigidas a los sujetos “sanos” y también a aquellos portadores del bacilo. En este sentido la responsabilidad era pensada en términos individuales:

No hay derecho a toser; no hay derecho a estar resfriado y sí, hay la obligación de saber a fondo e íntegramente a qué obedecen las toses persistentes, aun las de carácter leve y los resfríos frecuentes o arraigados (Cartilla Sanitaria, 1939:18).

Por otra parte, la enfermedad era considerada como un ataque directo a la especie humana en su conjunto, asociándola a las ideas de eugenesia, selección natural,

degeneración y razas. La tuberculosis fue rápidamente asociada al proceso de degeneración de la raza, como una evidencia empírica de ésta y como una consecuencia de la decadencia material y espiritual de los individuos y de la sociedad (Armus, 2007). Los tuberculosos eran considerados irresponsables para con la sociedad, la nación y la patria, en tanto no pudieron velar y vigilar lo suficiente su estado de salud, y terminaron siendo un foco de contagio. Pero además eran considerados débiles, tanto en términos orgánicos como morales. Esto introduce una ambivalencia con respecto a los sujetos infectados, en tanto se los presentaba como peligrosos para la sociedad, irresponsables y criminales, pero al mismo tiempo aparecían como víctimas, ya que eran presa de esta debilidad predispuesta hereditariamente. El peligro se centraba, entre otras cuestiones, en que se encontraban con libre circulación en la ciudad y normalmente conviviendo con personas que no estaban infectadas. Los más disciplinados y preocupados por el contagio eran considerados aceptables, mientras que aquellos que realizaban prácticas consideradas inmorales, antihigiénicas y desprolijas eran considerados los más peligrosos:

Aparecían una serie de calificativos para los sujetos más peligrosos con respecto a sus familiares o cohabitantes, a la ciudad, a la nación, y para el órgano social, que construyó cierto estereotipo o imaginario del tuberculoso contagiante. Este se presentó como un sujeto débil, sucio, sin cuidado por la higiene personal y de su hogar, vinculado con otras prácticas vistas como inmorales, como ser el alcoholismo y el juego. Se lo describió como un sujeto que frecuentaba bares, cafés, cines y teatros, que finalmente completó la imagen del vicioso, del contraventor, y del indisciplinado. Este sujeto debía ser disciplinado (para modificar sus prácticas), vigilado (para controlar sus pautas de conducta) y aislado (para no contagiar).

Esta caracterización de los tuberculosos implicaba un proceso por el cual los individuos se constituyeron en objeto del saber y de la práctica médica, tanto en términos individuales como poblacionales. De modo que a través de la caracterización de los tuberculosos se fue construyendo una línea de demarcación que diferenciaba lo "normal" en el sentido de que representaba a la media de la población, y lo anormal, entendido como lo "desviado". Lo "desviado" deberá ser "corregido" a fin de lograr su moralización (Murillo, 2003). La tuberculosis y los tuberculosos se encontraban en medio de los procesos normalizadores de la época, que tendieron a la homogeneización de toda la población a los efectos de tornarla previsible (Murillo, 2001).

Caracterización de los dispositivos abordados

La familia como sujeto de intervención y la retórica preventiva

Al hablar de dispositivos, nos referimos al concepto de Foucault (1991), según el cual un dispositivo puede definirse como una red que une un conjunto heterogéneo de discursos y prácticas extra discursivas, pudiendo comprender entonces instituciones, instalaciones arquitectónicas, reglamentos, leyes u otras medidas administrativas, enunciados de carácter científico, filosófico, moral o filantrópico. En palabras de Foucault: “por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante” (Foucault, 1985: 229).

Los dispositivos que abordamos en este caso son variados, entre los más relevantes se encuentran: Dispensarios Antituberculosos, Escuelas Preventivas, Colonias de Vacaciones y Semi-Colonias de vacaciones, Servicios Sociales en Hospitales, Visitas Domiciliarias, Campañas Educativas, Lactarios, Casa de Expósitos y Comedores Escolares. El motivo que desencadena el surgimiento de estos dispositivos es el impacto de la tuberculosis en la población, por los efectos que provocaba, tanto sanitarios como sociales.

Esta red de dispositivos estaba dirigida a las familias en general y a la familia obrera en particular. A su vez, cada dispositivo se especializaba en la atención a una población más acotada (los niños o niñas, la mujer-madre, el hombre, etc.), pero su estrategia en general se vinculaba con la divulgación y el establecimiento de un tipo de familia que siguiera los parámetros requeridos desde el discurso dominante (en el contexto de las estrategias normalizadoras que se desplegaron en la época). Y en este último aspecto, la figura del médico –y su relación con la mujer/madre-, logra deslizarse, a través de su poder en la célula de socialización básica (la familia) el avance de la medicalización.

El médico, a través de la madre, busca transformar la morada familiar en un espacio programado, para facilitar el desarrollo de los niños, para liberarlo al máximo de sus tensiones, de todo lo que impide el movimiento del cuerpo, de las medidas coactivas sobre el mismo. Hay que protegerlo de todo lo que pueda herirlo físicamente o dañarlo moralmente. Se da una alianza provechosa: “El médico triunfa gracias a la madre contra la hegemonía tenaz de esa medicina popular de las viejas y, en contrapartida, concede a la mujer burguesa, por la importancia creciente de las funciones maternas, un nuevo poder en la esfera doméstica” (Donzelot, 1998: 23)

La definición de familia tradicional o normativa incluía preceptos básicos de tipo: monogámica, unida en matrimonio, con una mujer-madre que velaba por el bienestar de su marido e hijos, con un padre proveedor y responsable y con niños que tengan buen comportamiento. En esta línea, “la mujer, la mujer de su casa, la madre atenta es la salud del hombre, el instrumento privilegiado de la civilización de la clase obrera” (Donzelot, 1998: 41). El papel de las madres y de los médicos era y debía ser distinto. El médico prescribe y la madre ejecuta. Esta unión orgánica entre el médico y la familia va a repercutir en la vida familiar induciendo su reorganización.

En la lucha anti-tuberculosa, la vigilancia de la familia era relevante para detectar la influencia que la misma podía tener sobre los niños. Esto se vinculaba con la idea de degeneración de la especie y la construcción de una raza Nacional, presente en los discursos higienistas del período (Di Liscia, 2012).

La tuberculosis no es hereditaria, pero los hijos descendientes de tuberculosos heredan la aptitud o predisposición especial a la infección. A esta influencia hereditaria se llama heredo- predisposición o herencia del terreno (...) a los hijos de tuberculosos se les sustraerá lo más pronto posible de la influencia del medio contaminado, poniéndoles en las mejores condiciones higiénicas, a fin de disminuir esa aptitud especial que tienen para llegar a ser tuberculosos (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929:29).

En los dispositivos abordados, el control sobre las familias estaba orientado en una primera instancia, a la instrucción dirigida y a la asistencia para una “correcta” crianza de los niños. En el caso específico de padres con tuberculosis, cuando la situación se consideraba de gravedad, se acudía a medidas de separación de los niños del núcleo familiar “degenerado”.

La intervención moralizante y asistencial dirigida a las familias obreras, desde la prevención de la tuberculosis, no sólo se preocupó por evitar el contacto con los enfermos, sino también en combatir la miseria. Para esto no bastaba con luchar contra la pobreza en términos materiales; era necesario trabajar sobre la falta de higiene existente en las familias obreras. Si bien la miseria estaba asociada a determinadas condiciones de vida, se consideraba que la raíz de la misma residía en la falta de una moral “adecuada” (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929). Emerge entonces el discurso del sujeto obrero como “vicioso”, “degenerado”, “peligroso”:

Para hacer que el terreno no sea tuberculizable o en otros términos, para combatir las causas que engendran la predisposición, es necesario evitar, no tan solo el contacto con enfermos, sino también la miseria y sus consecuencias. (...) es forzoso mejorar la condición social e higiénica de los obreros (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929:28).

La retórica preventiva, no es solo un recorte analítico más, sino una realidad que se reconoce desde las fuentes mismas, y alrededor de la cual también se fundamentan los dispositivos nombrados:

El precepto más vale prevenir que curar muy pocas veces se cumple, y aunque prevenir es siempre más fácil, más económico, menos doloroso y más seguro, casi siempre se dejan pasar las primeras manifestaciones que preceden a la pérdida de la salud, para dar el toque de alarma recién cuando el mal ha hecho su avance y el desastre es ya inevitable (Las escuelas preventivas en la lucha contra la Tuberculosis, 1925: 137).

Es ya muy pobre aquello de conformarse con curar, con remediar o consolar, urge hacer algo más, prevenir (Boletín del Museo Social, 1926: 251).

De estos documentos se deduce que la noción de prevención estaba presente en dos sentidos: por un lado, hacía referencia a evitar que el bacilo (causante de la enfermedad) se propague. El abordaje de esta cuestión fue propuesto de distintas maneras pero siempre implicó un tratamiento particular de la persona que ya había contraído la enfermedad y de los medios por los cuales el bacilo podía sobrevivir y transportarse de un sujeto a otro (el aire, el polvo, los alimentos, etc.). Por otro lado, la noción de prevención hacía referencia a cuidar que el organismo no sea propicio para recibir al bacilo (esto implica fortalecer el organismo y un auto-cuidado y atención sobre el mismo):

La higiene preventiva...comprende dos partes: una, las medidas que suprimen las causas del contagio, destruyendo el bacilo tuberculoso; y otra, las que tienden a mantener y acrecentar las fuerzas del organismo, sobre todo en los predispuestos (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929:26).

La prevención se encontraba asociada al concepto de profilaxis, el cual se dirigía a evitar la propagación de las enfermedades infecciosas, es decir de “impedir el paso de la enfermedad del enfermo al sano” (Germinal Rodríguez, 1944: 135). La profilaxis tenía por función cortar los eslabones y remover las condiciones que facilitaban el contagio a través de acciones tendientes a: la destrucción de los gérmenes patógenos, el aislamiento del enfermo y la inmunización de las personas sanas.

En relación al primer aspecto de la prevención, la destrucción del bacilo tuberculoso, registramos el siguiente fragmento encontrado en las fuentes:

Se desprende de esto la importancia que tiene el poder aislar a los tuberculosos (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929: 25).

Es necesario impedir que los tuberculosos expectoren en el suelo; y siempre que fuera posible, lo hicieran en salivaderas o recipientes apropiados, fáciles de vaciar, limpiar y desinfectar (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929: 26).

Se observa la necesidad de prestar especial atención respecto a la eliminación del bacilo en los medios en los cuales puede sobrevivir y propagarse:

Ante la necesidad de expectorar, ello ha de hacerse en saliveras con desinfectante o en artefactos sanitarios con agua corriente, y a la falta de ellos en el propio pañuelo que se lavara luego en forma prolija y separadamente del resto de la ropa. No basta con evitar el esputo, hay que sacarlo definitivamente de la circulación (Cartilla Sanitaria, 1939: 37).

Referente al segundo aspecto de la prevención, la idea de un organismo fuerte y sano se asociaba a distintas prácticas, pero siempre tenía como referencia un tipo de sujeto saludable al que se debe anhelar. En relación a las figuras de lo normal y lo patológico, la problemática suscitada por la tuberculosis pone en escena que lo que se buscaba prevenir no era solo la posibilidad de que el bacilo infecte al sujeto, sino también la existencia del organismo debilitado, ya que en él está presente siempre la posibilidad de convertirse en patológico y la repercusión moral que esto tendría:

Un organismo debilitado es un terreno apto para el desarrollo de procesos patológicos y trae como consecuencia una repercusión en el carácter moral del individuo (Boletín del Museo Social, 1936, 296).

A su vez, la salud era entendida como un don natural, como un derecho y a su vez como una obligación social, y como tal, el mantenimiento de la salud exigía una actitud del sujeto de cumplir con esta obligación. Para reforzar la idea de obligación social, se impone una normativa a las distintas instituciones de “declaración obligatoria”, en la cual debía informarse ante las autoridades sanitarias la existencia de un “foco de infección”. El hecho de que la tuberculosis fuera una enfermedad infectocontagiosa y una de las mayores causas de mortalidad en el período, explica en parte la implementación de esta medida:

El punto de partida de las medidas profilácticas contra la tuberculosis es la declaración obligatoria. Al declararse o denunciar los enfermos a las autoridades sanitarias respectivas, estas deben adoptar en seguida las medidas prudentes y necesarias a fin de evitar la difusión de la enfermedad, como también aconsejar las prescripciones pertinentes en cada caso.(...) no solamente debemos cuidar a los enfermos, sino proteger a los individuos sanos. Precaver el contagio es librarse de un peligro (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929:26).

En relación a la última frase (“Precaver el contagio es librarse de un peligro”), la noción de peligrosidad acompañaba a la idea de prevención con la idea de estar alerta ante los otros, que pueden ser peligrosos ya que pueden degenerar la raza. La degeneración no era mencionada como una desviación de un hipotético hombre ideal, sino como un movimiento de progresión de un estado más perfecto a un estado menos perfecto,

estando esto engendrado por una causa capaz de contrariar el doble movimiento natural del ser, hacia su propia conservación y la de su especie (Campos Marin, 1998).

Este tipo de “peligrosidad” no remite solamente a la que deriva del delincuente y el delito legal, sino que se asocia a la que deviene del “delito natural” contra la especie (Talak, 2005), puesto que se convierte en un factor de la propagación de la anormalidad, de la degeneración. En esta lógica argumentativa, el contagio se constituye en agravante. Como se señala en la Cartilla Profiláctica: “Si además de enfermo el sujeto se vuelve contagiante, ha de considerarse un ser agresivo, de nocividad activa y por lo tanto criminal frente al organismo social” (Cartilla Profiláctica, 1939: 12).

De esta forma, así como el criminal está expuesto a someterse al poder de policía, los sujetos debían someterse a los controles médicos como un deber social.

De modo que al estar obligado a controlarse periódicamente su salud y la de los suyos, todo hombre o mujer, cumple con un deber de primordial solidaridad humana (Cartilla Profiláctica, 1939: 12).

El control y la vigilancia a través de la sospecha y la mirada atenta (prestar atención, observar), y el “llegar a tiempo” se presentaban como dos estrategias fundamentales en los dispositivos de prevención: la mirada clínica se revelaba como herramienta fundamental en la detección de múltiples anomalías. A principios de siglo XX, Rodolfo Senet mencionaba:

“...el niño y el hombre en general, es una entidad objetiva que nos rodea por millares, que siente y piensa, ríe y llora, trabaja y descansa, crece y envejece, ofreciéndose constantemente á (sic) observación, pidiéndonos tan sólo que sepamos observarlo con esos admirables instrumentos que son nuestros sentidos” (Senet, 1912:4, en Dovio, 2009:58).

La observación de las conductas, entonces, permitía efectuar no sólo un diagnóstico, sino también un pronóstico respecto de sus itinerarios vitales (Bianchi, 2010).

Dicho de otro modo:

Para vencer la tuberculosis, el problema es llegar a tiempo...para llegar a tiempo se tenga el ánimo alerta, mediante una inteligente sospecha (Cartilla Sanitaria, 1939: 41).

Por un lado, la idea de “llegar a tiempo” refiere a cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar, utilizar y, eventualmente, castigar; pero se dirige también a la multiplicidad de los sujetos, no resumidos a cuerpos, sino en la medida en que forman una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida – nacimiento, muerte, reproducción, enfermedad, etc.– (Foucault, 1976). La vigilancia simultánea en ambos registros, el anatomopolítico –individual– y el biopolítico –global, colectivo–, es necesaria para “llegar a tiempo”.

El planteo del tiempo, por su parte, se relaciona con la idea de recuperación del sujeto y su reincorporación a la raza nacional. La concepción de que la intervención será mejor cuanto antes se identifique al enfermo, al inmoral, al descuidado, etc. y la tarea de modificar ese estado y hacerlo recuperable, además de disminuir su peligrosidad en relación al resto de la población:

Siendo la tuberculosis una enfermedad cuyos primeros síntomas pasan generalmente inadvertidos, fácil es comprender la importancia de hacer un diagnóstico precoz, cuyos resultados positivos serían evitar sus progresos e impedir su propagación. Esta afección se revela a menudo por la tos; por lo tanto no debe descuidarse ningún resfrío o catarro que se prolongue por varias semanas, debiendo consultarse al médico (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929:25).

Hacerse radiografías de pulmón en forma periódica, aun sintiéndose en plena salud. Ello permitirá siempre una actitud positiva y útil. ...si hay algo siempre se habrá "llegado a tiempo", lo que significa una curación pronta y fácil, segura y barata: suma de inapreciables ventajas de la que sólo se puede disfrutar mediante una sospecha inteligente y cauta (Cartilla Sanitaria, 1939: 43).

La idea de la acción temprana también se vinculaba al momento de la vida de los sujetos con los cuales se interviene, ya que cuanto más reciente haya sido la adquisición de un mal hábito, más efectivas resultarán las intervenciones para la modificación del mismo.

En este punto, acción temprana y herencia juegan un papel importante. Si bien durante este período se reconoció que la tuberculosis no era una enfermedad que se transmitía por herencia, sí se consideraba que algunos sujetos estaban más predispuestos a contraerla o a contraer otras enfermedades (el vínculo entre predisposición al contagio y herencia fue abordado en el capítulo anterior). La enfermedad, vehiculizada por la herencia, alcanzaba un carácter inquietante al manifestarse más allá del individuo. "La locura, el alcoholismo, la tuberculosis, la sífilis se convirtieron en patologías que lejos de agotarse en el individuo enfermo, se transmitan durante generaciones degenerando la raza" (Campos Marin, 1998: 337).

Pero no sólo la herencia representaba un factor importante. También los factores sociales ocupaban un lugar importante, como la miseria, las condiciones de trabajo y las transgresiones morales, que fueron tomadas como causa y síntoma de degeneración. En definitiva, "la degeneración aparecía ante los médicos del cambio de siglo como un confuso cajón de sastre, en el que cabían enfermedades concretas, debilidades difusas o penosas condiciones sociales" (Campos Marin, 1998, 337).

Del funcionamiento de los dispositivos:

Analizar el funcionamiento cotidiano de los dispositivos (las actividades, la disposición del espacio, el uso del tiempo, las tareas, los discursos que circulaban, etc.) nos permitió

visualizar de modo concreto ciertas estrategias y prácticas normalizadoras y moralizantes. A modo de ejemplo y por la información obtenida, nos centramos en la descripción de las Escuelas preventivas, las colonias para niños débiles y los lactaiums. Estos dispositivos estaban dirigidos hacia un grupo particular de niños asociados a la noción de “infancia débil”. Dentro de la categoría de debilidad se agrupaban una serie de condiciones físicas y morales, vagamente definidas (enfermedad, desnutrición, niños rebeldes, anormales, deformaciones, niños con caja torácica pequeña, respiración anormal, malos hábitos de higiene, sucios, desobedientes, etc.). Sin embargo, como lo evidencian documentos de la época todos tenían por finalidad “combatir la tuberculosis”:

Estas instituciones, llamadas preventivas, fueron creadas por las municipalidades sociedades de beneficencia o autoridades escolares: dispensarios de lactantes, gota de leche, copa de leche, cantinas escolares, escuelas al aire libre, escuelas para niños débiles, colonias de vacaciones etc., están inspiradas en el mismo propósito de combatir la tuberculosis (Cartilla profiláctica popular contra la tuberculosis, 1929: 29).

Hacia el año 1939, en la entonces Capital Federal existían 6 escuelas para niños débiles. Las mismas tenían el siguiente funcionamiento:

Funcionan todo el día, de las 8 de la mañana a las 5 de la tarde (...) Los niños reciben la enseñanza normal durante la mañana, y por la tarde, reposo, juegos y manualidades (...) Cada Escuela tiene un médico y un ayudante (...) En la escuela se les hace helioterapia¹ y a los que necesitan, mediciones tónicas. Toman en la escuela desayuno, almuerzo y merienda. Las condiciones de alimentación se han establecido teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas del niño débil. Las clases se dan al aire libre por maestras y Visitadoras de Higiene (Boletín del Museo Social, 1936: 295).

El aire libre, el reposo, la alimentación, y las prácticas higiénicas ocupaban la mayor atención en estas escuelas:

El régimen de vida diaria es el común en las escuelas de este tipo; aseo y desayuno al entrar a clase, por la mañana; labores de enseñanza y ejercicios físicos, luego; baño de sol y ducha subsiguiente, al finalizar la mañana; almuerzo y descanso (siesta), al medio día; a continuación, trabajos manuales (jardinería, huerta, costura y tejidos, cestería, etc. Y, por último merienda y salida (Revista La Obra, 1932: 101).

Se entendía entonces, que a través de estas actividades y prácticas instructivas, los niños fortalecían su organismo y también adoptaban valores morales considerados adecuados. Este fortalecimiento implicaba para los higienistas de la época, una práctica preventiva en tanto disminución de las posibilidades de contagio de tuberculosis.

El manejo del tiempo en los dispositivos

¹ Helioterapia o baños de sol, un tipo de terapia que consiste en realizar reposo bajo el sol.

El manejo del tiempo aparece asociado a la disciplina y al aprendizaje de ciertas prácticas. El manejo del tiempo para cada tarea, así como de los horarios de descanso y aseo, se daba de manera rigurosa y en repetición continua. El tiempo demarca por un lado un aprendizaje de la rutina considerada correcta, dividiendo el día en momentos (el momento de descansar, el de dormir, el de trabajar, el de aseo personal), anulando la capacidad de los sujetos de determinar el propio manejo del cuerpo en el tiempo. Y por el otro la cantidad de tiempo que se dedica a una u a otra cosa, la administración del tiempo de ocio, de trabajo, de limpieza, etc.

Escuela preventiva, horario:

7hs – Levantarse, Higiene general, Lavado de boca, dientes, limpieza de uñas, etc.

7.30hs – Desayuno al aire libre

8 a 10hs – tareas intelectuales activas, bajo la arboleda.

10 a 11.30 – Baños de sol. Ejercicios respiratorios. Recreo libre.

11.30 a 12.30 – Almuerzo al aire libre

12.30 a 16 – Reposo al aire libre, bajo los árboles, ejercicios respiratorios.

16 a 16.30 – Baños, Merienda

16.30 a 17- Trabajos mentales pasivos. Estudio de lecciones. Trabajos escritos

17 a 18 – Recreo. Juego libre

18 a 19 – Recreo pasivo

19 a 19.45 – Cena. Lavado prolijo de la boca

20 a 20.30 – Cinematógrafo, Lecturas Morales e Instructivas. Completar deberes.

21 hs – Silencio General (Las escuelas preventivas en la lucha contra la Tuberculosis, 1925: 139).

De la misma manera en las Colonias para niños débiles:

Distribución de las horas del día en la Colonia de Necochea²:

Siete horas: levantarse, aseo limpieza de los dientes, explicación de su importancia; 8 horas, desayuno; 9hs, salida a la playa, 9 a 10.30 aereo y helioterapia bajo la vigilancia del médico; balneoterapia, 11.15hs lista y aseo de las manos; 11.30 almuerzo; hasta las 14.30hs, descanso, 15hs baño higiénico y recreo en las salas de juego (este baño puede hacerse día por medio); 15.30hs, merienda; 16 a 18hs playa aereo y helioterapia, juegos. 18.30hs regreso al establecimiento aseo general con explicaciones de su importancia, 19hs comida, 20hs salas de juego, juegos reposados, declamación, monólogos y música, 21hs dormitorios, descanso (Revista de Servicio Social del Museo Social Argentino, 1937: 23).

En relación a la utilización del tiempo, se refleja en las fuentes recabadas la noción de tiempo disciplinario abordada por Foucault.

Entre los procedimientos que recupera Foucault para dar cuenta del tratamiento disciplinario del tiempo, nos interesa detenernos en la técnica de *utilización exhaustiva del tiempo*, precisamente por el carácter, la impronta positiva que el mismo presenta en las disciplinas. No sólo se trata de un tiempo que debe sustraerse al ocio ya que en el derroche del tiempo está presente un peligro, una falta moral, pero también un

² La Colonia estaba situada en Necochea pero dependía de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, los niños y niñas residentes en la misma eran derivados a la Colonia de Necochea para el verano.

desperdicio económico. También en tanto la disciplina procura una economía positiva del tiempo, se plantea un aumento de la utilidad del tiempo disciplinario (en cuanto a la organización de los momentos y actividades).

La disciplina recopila la dispersión temporal, clasificándola y estableciendo segmentos. De esta forma se mantiene el dominio sobre la duración de las actividades, incluso en aquellas que se consideran libres o espacios de no-actividad. Así, el poder se articula directamente sobre el tiempo, y de esta manera asegura su control y garantiza su uso.

Otra de las técnicas del tratamiento del tiempo en la disciplina es el *ejercicio*. El ejercicio se caracteriza por la asignación de tareas repetitivas pero diversas, que se dirigen hacia un objetivo. En el caso de las Colonias de Vacaciones, las actividades planteadas como ejercicios tenían objetivos pedagógicos, en el sentido de incorporar ciertas pautas y costumbres. Por ejemplo: el aseo tenía un tiempo específico de ejecución y se realizaba en un momento particular del día, y a su vez iba acompañado de explicaciones sobre su importancia. De esta forma, el cumplimiento de las actividades marca en el cuerpo la adquisición de un saber y de un comportamiento “adecuado”.

El manejo del espacio

Otro aspecto de los dispositivos es la preocupación por el “espacio”: sus características y forma en la que los sujetos se distribuyen en el mismo. Esta preocupación se resolvía a través de varias técnicas (Foucault, 2002), entre ellas: el principio de *clausura*, el principio de *localización elemental o división en zonas* y el de *emplazamiento funcional*.

El principio de *clausura* implica la idea de encierro, como técnica general de control sobre los cuerpos. Al interior del espacio clausurado reina la disciplina. Y la clausura es, aunque no la única, una de sus condiciones de posibilidad ya que es al interior de un espacio cerrado que se hace posible el despliegue del conjunto de las técnicas.

El principio de *localización elemental o división en zonas*, apunta a establecer un lugar, una ubicación específica para cada individuo encerrado. Para hacer posible la administración de los cuerpos en relación con las necesidades de la disciplina. Con esto se busca optimizar las distribuciones, vigilar y controlar la circulación y el asentamiento, y desalentar las unificaciones aleatorias o disruptivas. En el caso de las Colonias de Vacaciones, se demuestra el uso del espacio en la siguiente imagen:



Foto del Archivo General de la Nación Argentina: Colonia para niños débiles del Parque Avellaneda: los niños a la hora del almuerzo.

En esta imagen se puede ver la disposición a la hora del almuerzo: los niños y niñas separados en espacios diferenciados, sentados en mesas diferentes con un pasillo amplio por el cual se ve transitar a los adultos (quienes por sus vestimentas inferimos son los profesionales). Se aprecia que esta distribución del espacio se conforma para optimizar la observación y vigilancia sobre los niños.

Por último, el principio de *emplazamiento funcional* se refiere al provecho que puede sacar la disciplina respecto del espacio. Se codifica la arquitectura de las instituciones para fijar los espacios y los individuos en el espacio. Así como debe ser posible dividir el espacio en zonas para la distribución eficaz de los cuerpos, la grilla espacial resultante también debe estar dotada de esa eficacia.

En relación a las características del espacio, tanto en las escuelas, como en las Colonias de verano, la idea de crear un espacio aséptico y propicio para el desarrollo de los niños es repetida:

Las colonias de Vacaciones constituyen...la primera línea de defensa contra la tuberculosis⁷. Sacar los niños de la promiscuidad de la calle y evitarles los peligros de la insalubridad de las habitaciones urbanas, para que beneficien durante el curso de sus vacaciones de algunas semanas de una vida técnicamente organizada y celosamente vigilada, ya sea en el campo o a la orilla del mar o en la montaña, es consolidar su salud y aumentar su resistencia (Boletín del Museo Social, 1938: 167).

Este espacio aséptico tiene como condición el principio del encierro nombrado anteriormente, lo cual implicaba la separación de los niños de sus espacios de vida cotidiana: la calle, las habitaciones urbanas donde residían, etc.

A su vez, se consideraba a la escuela como un espacio propicio para la enseñanza de medidas higiénicas y profilácticas:

Parece absolutamente innecesario insistir, ante médicos, higienistas y educadores, sobre la fase educativa de la escuela. Todos estamos hoy de acuerdo en que en ella, en todos sus grados, desde la primaria hasta la superiores, deben enseñarse las nociones simples pero fundamentales de la higiene y de la profilaxis (Aráoz Alfaro, 1939: 34).

La enseñanza se dirigía específicamente a determinados sujetos. Asimismo, se resaltaba como necesaria la instrucción en las clases populares de las nociones higiénicas, como “remedio contra la tuberculosis”:

Por mi parte hace ya muchísimos años que vengo diciendo, que el principal remedio contra la tuberculosis, como contra el paludismo, el alcoholismo y otros grandes males sociales es la instrucción popular y que ella debe hacerse, ante todo y sobre todo, en la escuela, de una manera simple, objetiva y constante (Aráoz Alfaro, 1939: 34).

La escuela debía ser “sana, higiénica y bien dirigida” (Aráoz Alfaro, 1939: 34). El proyecto era más amplio: la enseñanza de la escuela buscaba esparcir en el pueblo los conocimientos higiénicos, y desde la figura del niño, que era el sujeto directo sobre el que se aplicaba su pedagogía. El niño gobernado a través de la escuela era también la piedra de toque para el gobierno de la familia. La organización de la familia en torno al niño, y la importancia que éste adquirió, llevó a que se incorporen directrices moralizantes en las familias, necesarias por la falta de vigilancia de los padres, por su ignorancia, descuido o su moralidad malvada. Escuela y familia se configuraban así, como “instituciones socializadoras, regeneradoras y educadoras, pero también como espacios de control social blando” (Huertas, 2005: 380):

Es necesario que en cada casa de cultura se impartan aquellas nociones educativas que, infiltrándose por esa vía en el seno de cada familia, alcancen la médula misma de la sociedad a la que van dirigidas. (Cartilla Profiláctica, año 1939: 43).

La importancia de la mirada atenta:

En línea con lo expuesto anteriormente, respecto a la “mirada atenta” que es condición necesaria para el funcionamiento de la campaña preventiva, la supervisión, vigilancia y control permanente de los niños en las Escuelas y Colonias estaba siempre presente:

Los niños son observados y seguidos muy de cerca desde el punto de vista médico e higiénico, consignándose en las fichas individuales los datos para el contralor de los

progresos que experimentan y las necesidades particulares que tienen, a cuyos efectos son examinados los alumnos con mucha frecuencia y, en los casos que lo requieran, con toda asiduidad (Revista La Obra, 1932: 101).

La confección de fichas, registros, historias clínicas –individuales y familiares– historias sociales, etc. estaba presentes en todos los dispositivos abordados. Esto está vinculado con la anatomopolítica como una forma de ejercicio del poder que se ejerce a través de la individualización de los sujetos. Sin embargo la estrategia se completa también en relación a una tecnología de seguridad o biopolítica, en tanto los datos consignados en aquellos documentos sirven de base a estrategias que se dirigen a la población, utilizándose para confeccionar estadísticas y cuantificaciones, cuyo objetivo varía desde el análisis de la organización de la población en el territorio hasta el de provocar alguna modificación en el destino biológico de la especie (Foucault, 2002).

En relación a la confección de fichas y legajos individuales, los encargados de estas tareas en las Escuelas fueron los Servicios médicos sociales, conformados por médicos, asistentes sociales y/o visitadoras de higiene. En este caso el objetivo de las intervenciones se vinculaba a la vigilancia de la salud en términos de prevención y la detección de las posibles desviaciones:

Art. 40 – La Dirección de maternidad e infancia propenderá a que todo Jardín de Infantes, Escuela primaria o de Enseñanza media posea médico y Servicio Social propios, encargados de orientar la educación higiénica y de efectuar el examen del niño a su ingreso, así como durante su permanencia en la escuela, a fin de vigilar el normal desarrollo del educando y prevenir, en lo posible, las desviaciones de su salud y de su desarrollo o corregirlas cuando se hubieran manifestado.

Art.41 – Sobre la base de la libreta sanitaria individual, el Servicio médico social escolar, llevará el legajo individual del niño, en el que se anotarán los datos de orden somático, psíquico, médico y pedagógico, comprobados al ingreso y durante su desarrollo ulterior. (Revista de Servicio Social del Museo Social Argentino, 1937: 156).

La confección de estos registros y fichas incluía datos de los sujetos que terminaban de construir una historia respecto a cada individuo, enfocándolo desde el saber médico que incluía dentro de sí aspectos psíquicos, somáticos, pedagógicos, etc. A su vez este registro permanente permitía identificar cualquier situación considerada como potenciales desviaciones y corregirlas a tiempo. En un mismo movimiento, al efectuar las fichas y registros, el individuo se convertía en sujeto de un dispositivo (con un número de legajo y con una ubicación espacial asignada dentro del mismo –una sala particular, un lugar en la mesa, un pupitre en el aula, etc. –). Por otro lado, en esta instancia el sujeto se convertía en uno más de un grupo delimitado, constituyendo la población específica sobre la cual opera el dispositivo.

Reflexiones finales

En primera instancia, consideramos que los dispositivos de prevención de la tuberculosis se crearon y desarrollaron dentro de un proyecto preventivo que buscaba responder a la urgencia de una epidemia. A su vez se articularon entre sí y con otras campañas preventivas (antialcohólica, antisifilítica, antivenérea) dentro de proyecto de nación que perseguía el sostenimiento de un modelo de acumulación capitalista. Estas campañas, de las cuales el Estado era garante, implicaban la aplicación de pautas normalizadoras y moralizantes (Murillo, 2001).

Los dispositivos abordados en este capítulo, a través de diversas prácticas y discursos pretendieron (y a nuestro entender lograron) instalar una forma de concebir a la familia, al obrero, a la mujer, a la infancia. Se conformaron así tipos ideales de estos sujetos, a partir de los cuales los dispositivos desarrollaron las estrategias normalizadoras y moralizantes ya mencionadas. De esta manera se construyó una idea de la familia tradicional, del obrero trabajador como proveedor de la familia y responsable de ciertos cuidados higiénicos, de la mujer como protectora y responsable del hogar, la higiene y la salud de su familia, de una infancia obediente, sana, fuerte. Hacia estos tipos ideales se pretendía dirigir a la población.

Por otro lado, los dispositivos de prevención de la tuberculosis formaron parte de estrategias anotomopolíticas y de seguridad. Algunas de las prácticas desplegadas por estos dispositivos eran individualizantes y se centraban en la conformación de determinados cuerpos. Para esto se realizaban seguimientos personalizados y familiares, llevando adelante acciones orientadas a la educación sanitaria de los sujetos, la conformación de una moral adecuada, la incorporación de determinadas pautas de higiene, la vigilancia de los enfermos potenciales, la intromisión en los hogares tuberculosos, entre otras.

A su vez, estas estrategias también se dirigían a la población en general y buscaban llevar un control de la misma en relación al impacto de la epidemia. Todo esto, en vistas a conformar una raza Nacional, sana, fuerte y avanzada. Esta preocupación se vinculaba con el sostenimiento de un proyecto político-económico, que implicaba un país agroexportador con un determinado nivel de industrialización, inserto en el mercado mundial en el marco de un sistema capitalista creciente.

Bibliografía:

- Armus, D. La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Buenos Aires, Edhasa, 2007.
- Campos, R. De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940). En Revista Frenia, Vol. 1, Fascículo 1, España, 2001, págs. 37-64.
- Di Liscia, M. Desde fuera y desde dentro. Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940). En: Patologías de la patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012: pp. 125-153.
- Donzelot, J. La policía de las familias. Valencia, Pre- Textos, 1998.
- Foucault, M. Saber y verdad. Madrid, La Piqueta, 1985. Foucault, M. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Argentina, Siglo XXI, 2002.
- Foucault, M. Saber y verdad. Madrid, La Piqueta, 1991.
- Huertas, R. Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma. En: Cuerpo, biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX. Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.
- Marx, K. La acumulación originaria, capítulo XXIV, en El Capital. Editorial Siglo XXI, 2004.
- Murillo, S. La ciencia aplicada a políticas sanitarias en Argentina y su relación con la escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1869-1905). Tesis de Maestría en Gestión y Política de la Ciencia y la Tecnología. Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Mimeo, 2001.
- Murillo, S. Sujetos a la incertidumbre. Buenos Aires, Centro Cultural de la Cooperación, 2003.
- Talak, A. M. Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en Argentina (1900-1940). En: M. Miranda & G. Vallejo (comps.). Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino. Buenos Aires, Siglo XXI, 2005: pp. 563- 599.