DIFICULTADES Y DESVELOS DE UN ESTADO INTERVENTOR. INSTITUCIONES, SALUD Y SOCIEDAD EN EL INTERIOR ARGENTINO. LA PAMPA, 1930-1946.

María Silvia Di Liscia*

Resumen

Este artículo presenta un análisis de las instituciones sanitarias en relación con el Estado y la sociedad civil en el interior argentino (específicamente, La Pampa), de 1930 a 1946. Las políticas sanitarias, implementadas durante los gobiernos autoritarios territorianos, estuvieron basadas en la gestión de los recursos nacionales y en la profusión publicitaria de los logros como adquisiciones propias para legitimar el discurso oficial. Las principales instituciones surgieron a partir de una preocupación estatal para paliar las consecuencias de la crisis económica y demográfica y pueden representarse en el desarrollo de una estadística sanitaria, en el intento por programar un sistema hospitalario coordinado y en campañas de atención primaria en las áreas rurales y entre los barrios más empobrecidos de la capital pampeana. Dichas políticas, vinculadas mucho más a un control burocrático que al crecimiento presupuestario, no llegaron a cubrir a toda la población que, en algunos casos, incrementó su dependencia de sistemas de salud privados; aunque de un carácter diferente a períodos anteriores.

Palabras clave: Estado, interior argentino, salud, instituciones.

Abstract

This paper presents an analysis of health institutions, and their relationship with the State and civil society in the Argentina hinterland (specifically, in La Pampa), from 1930 to 1946. Health policies, implemented during authoritarian territorial governments, were based on the management of national resources, and on the abundance of advertising concerning a series of achievements as their own acquisitions to legitimate official discourse. The main institutions emerged from an official concern to alleviate the consequences of economic and demographic crises, and they can be represented in the development of a health statistics, in the attempt to plan a coordinated system of hospitals, and in campaigns for elementary care in rural areas and within the most impoverished neighbourhoods in the capital city of the territory. Such politics, linked much more to burocratic control rather than budgetary increasing, did not manage to cover the whole population which, in some cases, depended increasingly upon private health care systems; though differently from previous periods.

Key Words: State, Argentina hinterland, health, institutions.

* Facultad de Ciencias Humanas, UNLPam.. Dirección postal: Gil 353, Santa Rosa, LP (6300). Correo-e: silviadi@fchst.unlpam.edu.ar. Agradezco la información brindada por Ana M. Rodríguez, los comentarios de Susana Belmartino y la lectura atenta e inteligentes sugerencias de Andrea Lluch y Lucía Lionetti.

I. Introducción

El proceso de conformación del Estado-nación en Argentina ha recibido numerosos aportes de los investigadores; en un arco de interpretaciones que va de la consideración de la construcción del control monopólico de la represión, la gestión burocrática y la afirmación política de los derechos en el sistema capitalista, a las dudas sobre los alcances concretos de ese control y de su repercusión en la sociedad civil. A esta situación se agregan por un lado, la estructura específica del Estado en los Territorios Nacionales, formados con posterioridad a 1884, donde a las carencias administrativas se sumaron problemas presupuestarios, de transporte y de autonomía y vinculación con el eje político y burocrático de decisión nacional. Por otro lado, es preciso considerar el debate sobre las modificaciones del Estado en los años treinta y de lo que se ha dado en llamar el Estado "social" o "providencial", que, el caso particular del interior argentino, puede analizarse de acuerdo a la complejización creciente en la burocracia más que en el expendio de los recursos públicos[1] y al papel central que asume el discurso y la función oficial, en la medida que la "razón de Estado" establece la legitimación de la administración pública y suministra el poder simbólico frente a los distintos grupos sociales en pugna con el mismo ideal racional y público (Bourdieu, 1996: 139-140).

En Argentina, el trabajo de Oszlak (1997) se centró en su establecimiento y organización, pero desde entonces, el Estado no estuvo en el foco historiográfico. Una visión crítica de este proceso obliga a reconsiderar el alcance de la estatidad, sobre todo, en relación con la implementación de las políticas sociales y la expropiación social, nunca total ni absoluta sino progresiva y transaccional. Las políticas sanitarias han sido unas de las más destacadas en la observación historiográfica de las transformaciones estatales del siglo XX, sobre todo a partir de 1930, cuando el Estado asume un rol central (ver al respecto Suriano, 2004: 33-47).

En los gobiernos radicales anteriores a los años treinta, y a pesar de las promesas electorales, se estaba todavía lejos de formar una administración pública eficiente, pero la demanda por la racionalización del aparato administrativo seguía sin traducirse en normas generales de procedimiento y las denuncias de manejo político discrecional siguieron siendo frecuentes. Las transformaciones fueron puntuales y localizadas, por lo cual,

[1] Se trata de un debate centrado en las posibilidades reales del "Estado Social", que no es un gran "donador" de bienes sobre los sujetos sino, como señala Robert Castel, de un Estado calculador, parsimonioso, que busca ajustes mínimos, desconfiado con los recursos que da a los sujetos; el Estado social no es magnificente, pero sí innovador, en la medida que da un giro a la relación entre capital-trabajo (Castel, 1997: 270). De acuerdo a Weber, las funciones básicas de los Estados modernos son el establecimiento del derecho, la protección de la seguridad personal y del orden público, la defensa de los derechos adquiridos, el cuidado de los intereses higiénicos, pedagógicos y políticos, es decir, las diferentes ramas de la administración pública y sobre todo, la protección militar. Todos los desempeños estatales aparecieron como previsibles, calculables y racionales en el fundamento de las sociedades modernas, sin los cuales las instituciones pierden legitimidad ante la población, provocando la multiplicación de iniciativas contrarias a las leyes y debilitando la cohesión del tejido social (Weber en Sidicaro, 2002: 22-23 y 63-64).

sectores de racionalidad convivían con agencias estatales ineficientes y superpobladas, o ineficaces por falta de personal. La imagen, muchas veces, era de una pesada maquinaria estatal, complicada con la "empleomanía" y otros vicios de funcionamiento, como el uso de un sistema clientelar y la carencia de la competencia técnica como requisito de acceso (Persello, 2000, 86-89). En los años treinta, diferentes intelectuales del amplio espectro nacionalista argentino proponían mayor intervención estatal. La regulación del capital así como las políticas sociales requerían una decisión, que la derecha planteaba como "utilitaria" y finalmente, se transformó en el estandarte de los gobiernos autoritarios. Uno de los "profesionales de la defensa", como el presidente Justo, había sido el invocador de la futura realización de una gran "revolución desde arriba", para luchar a favor de la justicia social (Halperín Donghi, 2000, sobre todo 211-212).

Las políticas a nivel nacional repercuten, sin embargo, de manera desigual en las áreas del interior, sobre todo en los Territorios Nacionales. Estas regiones constituyen ámbitos políticos con un desarrollo paralelo y a la vez, diferente a las provincias históricas, con escasa población urbana, incipiente administración pública y sin participación electoral salvo en el ámbito municipal y nacional, entre otras características distintivas,[2] donde la crisis económica sin duda afectó de otra manera a la población. Como ha planteado Belmartino (2004: 260), las transformaciones producidas entre los años veinte y cuarenta, pueden haber tenido relativa simultaneidad en diferentes sociedades, pero esto no oculta la presencia de situaciones particulares, las cuales pueden ser significativas en relación con la administración de la crisis, las condiciones de su superación así como las alternativas de crecimiento económico y bienestar social. Al plantear, tal como se hace en este artículo uno de los "escenarios específicos" de este proceso, pueden destacarse algunas particularidades históricas del desarrollo de las políticas institucionales estatales.

En otros trabajos (Di Liscia, 2004, 2005), se dio cuenta de las dificultades de la conformación sanitaria anterior a los años treinta en los Territorios nacionales, especialmente en el de la Pampa,[3] y se esbozaron los nuevos desafíos iniciados en ese período, en relación con la extensión del la atención hospitalaria y la vacunación, el surgimiento de una sensibilidad social frente a las enfermedades infecciosas y la atención maternal e infantil (ver un listado de instituciones, pertenencia y surgimiento en el Cuadro nº 5).

[2] Sobre los Territorios Nacionales existe desde hace poco tiempo una producción académica considerable, que aún no ha abordado aspectos similares a los que presentamos aquí. Ver como ejemplo Leoni de Rosciani, 2001.

[3] En 1913, se crea la primera institución estatal sanitaria, la Asistencia Pública, dependiente del Departamento Nacional de Higiene, cuyas amplias funciones abarcaban la vacunación, la atención por consultorio externo, el peritaje legal y la internación; con un personal que oscilaba entre 1 a 2 médicos y de 2 a 4 enfermeros. Las instalaciones era pobres y la institución no contó con edificio propio hasta 1939. La insuficiente atención pública se debió a que no era un punto especial para los funcionarios del Territorio, tampoco un reclamo de los médicos, de otros agentes sanitarios o de intelectuales y notables. Las razones pueden ser variadas, y sirven para caracterizar la agenda sobre instituciones sanitarias en La Pampa, incompleta en relación con la organización y sostén estatal. Se puede referir así a la atención médica fuera del Territorio, en el caso particular de los sectores más altos de la sociedad pampeana y también sus empleados (ver al respecto Lluch, 2004), a las instituciones privadas de reemplazo, como mutualidades y sociedades de beneficencia, a los recursos presupuestarios territorianos, al imaginario y percepción sobre la salud de diversos actores, tanto públicos como privados y finalmente, a actores sanitarios "paralelos", como policías y maestros, que acompañaron y extendieron el brazo estatal.

En este artículo, se estudia con mayor énfasis la etapa 1930-1946, anterior a la irrupción del peronismo, considerando las modificaciones producidas tanto por el impacto de políticas sanitarias nacionales como por su adaptación en el interior regional en un conjunto diverso de instituciones –municipales, nacionales, privadas-, y actores, como funcionarios, médicos y auxiliares femeninas, entre otros. La salud y la asistencia social, que aparecieron en la agenda oficial desde mediados de los años veinte, se transformaron en tema preponderante de la mano de un proyecto gubernamental autoritario, durante los gobiernos territorianos de Pérez Virasoro y Miguel Duval.

En ese momento, la percepción de dos problemas complicaba el panorama regional en La Pampa, todavía Territorio Nacional en 1930 y Provincia recién en 1952. Por un lado, la significativa pérdida demográfica, producto de la dura crisis agroclimática y los cambios en los mercados internacionales de productos primarios en los primeros años de la década del '30, afectando en especial a las áreas rurales. El impacto agrario de una sequía prolongada en las pequeñas localidades urbanas y el campo. Por otro, las severas diferencias intra-regionales entre el Este agrario, relativamente moderno y urbanizado; y el Oeste pastoril, con un marcado atraso económico y dispersión demográfica.[4] Para solucionar estos graves problemas, las élites gobernantes regionales idearon un modelo de gestión del Territorio en su conjunto, a fin de resolver la atención sanitaria primaria de los sectores más desprotegidos, también objeto de debate de la prensa territoriana.

La multiplicidad de fuentes que se utilizan, tanto de orden nacional como regional, cualitativas y cuantitativas, permiten establecer la formación y modificación institucional, las opiniones de diversos sectores respecto de la salud y el papel de los funcionarios del área política, en especial, el de los gobernadores.[5] En primer lugar, se estudia la sistematización de la información estadística para detectar y evaluar la morbilidad y mortalidad de los pampeanos. Asimismo, se analiza el uso otorgado a esos datos por las políticas posteriores. En segundo lugar, se propone reconstruir la estructura institucional y sus deficiencias. Finalmente, se enfatizan los paliativos propuestos para resolver los problemas; que pasan por la realización de visitas a las familias necesitadas en las localidades urbanas y en campañas sanitarias por las áreas rurales.

---

[4] De acuerdo al régimen hídrico, se localizan las siguientes regiones: 1. Región subhúmeda seca, de mayores posibilidades agropecuarias, sobre todo para el cultivo de forrajes y cereales; la zona con aptitud agrícola puede desplazarse hacia el Oeste, en una línea hipotética que pasa por Victorica-General Acha y al Sur de Jacinto Araoz (Departamentos de Loventué, Utracán, Guatraché, Hucal), 2. Región semiárida, cuyas posibilidades climáticas desde el punto de vista hídrica, permiten solamente realizar una explotación racional del campo natural y siembras de forrajeras resistentes a la sequía (límite al oeste: Departamento de Chicalcó, Puelén y Curacó), y 3. Región árida: Zona desértica que sólo permite una explotación ganadera rudimentaria, de baja receptibilidad (en **Inventario Integrado**, 1980: 29). La región subhúmeda seca se encuentra en el Este, y constituye sólo un cuarto del total del territorio y las regiones semiáridas y áridas, componen el Oeste del Territorio. (Ver Mapa en Anexo 2).

[5] En especial, el material oficial publicado por el Departamento Nacional de Higiene entre 1935-1940, los Censos Territoriales de 1935 y 1942, los registros del Departamento Nacional de Higiene (Asistencia Pública, Fondo Salud, Archivo Histórico Provincial, en adelante, AHP) de 1933 a 1941, en particular: Libro de Vacunación y Asistencia Pública, las **Memorias de los Gobernadores** (Pérez Virasoro, 1938 y Duval, 1941, 1946). Se relevaron asimismo periódicos: **La Arena, Gobierno Propio, La Reforma, La Capital** y el Archivo de la Sociedad Española de Socorros Mutuos de Santa Rosa (Estatutos y Memorias) y el Fondo Justicia, (Expedientes varios, AHP) .

II. Detectar y medir. La enfermedad y muerte en números.

La falta de información estadística sobre morbilidad en general y mortalidad infantil fue una característica de la etapa anterior a los gobiernos autoritarios de los años '30 y '40. Los censos territoriales de 1912 y 1920 no tomaron estas variables; y tampoco lo hizo el III Censo Nacional de 1914. La información referida a nacimientos y mortalidad general, que concentraban los Registros Civiles de La Pampa, fue enviada desde principios del siglo XX a los centros administrativos nacionales, como el Departamento Nacional de Higiene –dependiente del Ministerio del Interior- y la Comisión Nacional de Asilos y Hospitales –dependiente del Ministerio del Exterior. Pero de hecho, no fue publicada regularmente en los boletines de difusión del Departamento Nacional de Higiene hasta 1930. Esta situación da pie para reflexionar sobre los problemas administrativos en los Territorios Nacionales para el mismo Estado central y para la burocracia de las gobernaciones, carentes de una documentación fundamental para la organización de la tarea sanitaria, así como sobre la situación de inferioridad frente a las provincias históricas, que tenían registros estadísticos de este tipo.

En el decenio 1921-1930, no hay datos estadísticos para ninguno de los Territorios Nacionales, incluido el de La Pampa, en relación a la mortalidad por tuberculosis e igual situación sucede entre 1918-1928 para las mismas áreas respecto a casos de neumonía,[6] sífilis y otras venéreas. Este desconocimiento, fruto de la incapacidad burocrática de gobiernos locales con escaso presupuesto, se produce paralelamente a la obsesión médica a nivel nacional por las enfermedades pulmonares crónicas, centrado en un discurso higiénico y eugénico sobre el riesgo de la debilidad racial (ver al respecto Armus y Belmartino, 2001).

El mapa de la tuberculosis publicado por los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* en 1935, colocaba a La Pampa dentro de las regiones con los índices más bajos (6 a 9 por 10.000); las más altas eran las provincias de Salta y Jujuy (21 a 24 por 10.000 defunciones). Sin embargo, eso no impidió que los médicos y gran parte de la opinión pública territoriana hicieran suya una preocupación por el crecimiento alarmante de esta enfermedad, y, desde mitad de los años '20, intentaran forzar una mayor participación estatal en las decisiones sanitarias. En 1924, un estudio de dos reconocidos médicos del Territorio, Mario Cabella y José Oliver, publicado en una revista médica de circulación nacional, *La Prensa médica argentina*, daba cuenta del peligro que suponía la tuberculosis entre los escolares pampeanos. La investigación, realizada en una escuela marginal de Santa Rosa por profesionales de la Asistencia Pública, concluía sobre "*el enorme porcentaje de reacciones positivas de Mantoux, en completa armonía con las malas condiciones de vivienda, de alimentación y de higiene en general en que se ven obligados a vivir la mayoría de los niños concurrentes a la escuela*". Los médicos trataban de fundamentar, "*con la elocuencia de los números*", la necesidad de crear un dispensario de lactantes y otro para enfermos de pulmón, proyectos ambos que habían enviado sin éxito al Departamento Nacional de Higiene (en Di Liscia, 2007).[7]

---

[6] Ver **Anales del Departamento Nacional de Higiene**, vol. XXXVII, 1935 y **Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene**, vol. XXXIX, 1937.

[7] Otro sector preocupado fue el de los maestros; en 1936, Pedro Barrancos fundó y presidió una Mutualidad Antituberculosa en un pequeño pueblo del Sur-este, Jacinto Araoz (**Gobierno Propio**, 13-11-1936). Además,

Con respecto a las enfermedades venéreas, un censo sobre los enfermos y mortalidad era muy difícil de realizar. Aún en las áreas urbanas con mayor cobertura institucional, denunciar la sífilis era una cuestión difícil, estrechamente vinculada a la prostitución y por lo tanto, con un alto rechazo social. Sin embargo, en la Asistencia Pública, hubo años en los que se atendieron más de tres centenares de pacientes con esa patología (309 enfermos en 1939, ver Duval, 1941: 265). La profilaxis antivenérea constituyó uno de los objetivos médicos de los años veinte; a la aprobación de una legislación eugénica, como el Certificado Médico Prenupcial, se unió una campaña de profilaxis y de atención dirigida a ampliar la información de la población y el control médico de los casos detectados. Hacia 1940, con un optimismo quizá excesivo, las autoridades del Departamento Nacional de Higiene señalaban que la población argentina, por su composición predominante de raza blanca, podía hacer frente a la sífilis.[8] Sin embargo, se llamaba a continuar detectando los casos y controlando la medicación de los ya diagnosticados a partir de la intervención concreta de las visitadoras de higiene, cuestión sobre la que se volverá posteriormente,

Además de las enfermedades "sociales", cuyo origen y dispersión tiene en la época interpretaciones tanto médicas como morales, la mención a otras patologías, como la viruela y la peste, sirven también como asidero para formalizar la preocupación sobre el Territorio en su conjunto. La limitación de las tasas de morbilidad y mortalidad por estas dos causas se debió al impacto revolucionario de la vacunación y de la higiene. La primera permitió extender el número de personas inmunes a la viruela, la segunda, el control de las ratas (*Ratus domesticus sp*), vector principal de la peste. La extensión de la vacunación en el Territorio, como hemos señalado (Di Liscia, 2007), fue parte de un proyecto sanitario iniciado en los años '20. Los organismos médicos públicos, como la Asistencia Pública, la propusieron como una de las principales actividades a realizar, desplazando a otros agentes estatales, y ésta siguió siendo la tónica principal en los años '30 y '40.[9] Ante la aparición de casos de viruela "negra", médicos de la Asistencia Pública visitaron los posibles lugares de infección para llevar tranquilidad a la población.[10]

Los casos de peste constituyeron una cuestión aparte. La investigación médica se llevó a cabo fuera del Territorio, y quizás son parte del descubrimiento inicial de otra patología, la Fiebre Hemorrágica. La confusión entre ambas se debe a la similar sintomatología y al vector que la trasmite, otro roedor, en este caso, salvaje. La investigación fue realizada por el médico M. de la Barrera, quien viajó a La Pampa en 1934 y 1935 enviado por el presidente del Departamento Nacional de Higiene, Miguel

maestros y médicos fueron los que organizaron de manera conjunta los primeros comedores escolares y luego, fueran sensibles a la percepción de una "niñez débil", para la cual gestaron escuelas y colonias de niños débiles (Di Liscia, 2007).

[8] En el Territorio, las instituciones antivenéreas eran 9 (7 hospitales y 2 dispensarios); el total nacional de centros alcanzaba a más de 700, de los cuales sólo 56 estaban en Capital Federal. En relación con el Certificado Médico Prenupcial, se señalaba que en 1935, los matrimonios habían sido de 1103, cifra que descendió a 990 en 1939 (**Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene**, año IV, feb. 1940, nº 2: 460-461).

[9] Ver Departamento Nacional de Higiene, Santa Rosa, Registro de Vacunados y Re-Vacunados, 1913-1933, Fondo Salud, AHP. En el orden nacional, en el Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene, (año IV, nº 1, 1940) figuran para 1939 casi 5000 vacunados y el envío de 22.950 dosis.

[10] "Anoche regresaron los doctores Cabella y Korn. Se comprobó que no hay viruela negra en el Oeste". *La Arena*, 21-03-1939.

Susini. La muerte de un niño de Lihuel Calel, atribuida en el hospital de Bahía Blanca a la peste, se unió a otros casos también mortales en el Noroeste del Territorio (Telén, Victorica, El Odre, Luan Toro) y fuera de él, en las provincias de Jujuy, Santiago del Estero y Córdoba. El estudio de Barrera en el Territorio pampeano señalaba la inexistencia de Rattus doméstica y, a la vez, el contacto directo que habían tenido los enfermos, niños y trabajadores del hacha, con roedores salvajes- cuises o tucu tucu- (*Microcavia australis salina, Graomys grisoflavus*). En el extenso y documentado artículo, el investigador hacía hincapié en que no se trataba de una epidemia de peste como las habituales, producto del contacto entre las ratas y los pobladores, a través de los zooparásitos. Los roedores silvestres no entraban a las viviendas cuando los habitantes estaban presentes, por lo tanto, la enfermedad se había transmitido como una zoonosis y había pasado por la manipulación que niños y hacheros hacían de los animales.

Las descripciones sobre las formas de vida y costumbres de los pobladores rurales saturan el texto, de manera tal que además de un relato científico se incorpora una denuncia a la crítica situación social de los habitantes. Las viviendas, en Lihue Calel, estaban en la mayor pobreza y abandono; los hacheros de Luan Toro viven en "*toldos*", "*malísimas construcciones de paja o barro*", su actividad es muy dura y mal remunerada. La profilaxis de la enfermedad, denominada "*peste rural*", debía empezar por la eliminación de todos los roedores, pero para el médico, las probabilidades de lograrlo en el campo eran muy bajas, dado el hábitat de los mismos y su acelerada multiplicación.[11] Por tanto, en el análisis de casos de peste en La Pampa, se llamaba la atención sobre la posibilidad de nuevas infecciones mortales entre los pobladores más pobres, carentes de toda atención médica y las mínimas condiciones higiénicas.

La medición de la mortalidad infantil, uno de los registros más significativos sobre la esperanza de vida y la adquisición de pautas de conducta higiénicas modernas de toda una sociedad, tampoco se realizó de manera sistemática hasta 1925,[12] a pesar del reclamo de los mismos funcionarios. A partir de ese momento, la Asistencia Pública fue la encargada de relevar y enviar esa información a los organismos nacionales de los cuales dependía y de divulgar en el ámbito local, para ser publicada en la prensa o en las *Memorias de los Gobernadores*.

Un dato a destacar es que la publicación recién se realizó en 1938; a partir de ese momento, el registro sobre mortalidad infantil es actualizado incluso mensualmente. Si se observa el inicio y el final del período 1925-1937 para Santa Rosa, hay una mejora substancial en los índices, ya que la reducción es del 50%. Las fluctuaciones no indican una mejora progresiva sino avances y retrocesos, fruto de las patologías estacionales que afectan a la población infantil, como la gastroenteritis y diversas enfermedades pulmonares. En el caso de la difteria, resulta alarmante la mortalidad a finales de los años '30, que se cobra 47 víctimas entre niños de 0-2 años (ver Cuadro nº 1). El registro se llevó a cabo entre los infantes de la Capital del Territorio, que gracias al Centro Maternal y la

[11] J. M. Barrera, "La peste rural en la República Argentina", en **Boletín Sanitario**, Departamento Nacional de Higiene, Suplemento, 1937, p. 468-484.

[12] En 1934, en la visita del Presidente Nacional de Higiene a La Pampa, Dr. Miguel Susini, se señalaba *"Estamos ante el siglo del Niño: la mortalidad infantil es un problema pavoroso en nuestro país donde llega a 230/240 por mil"* (**La Arena**, 10-12-1934). Los registros de ilegitimidad, que también se relacionan con la mortalidad infantil, son muy altos; se menciona a 255,04 en 1935 y a 272,76 por mil en 1939 para la Pampa (**Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene**, año IV, feb. 1940, nº 2: 460-461).

Asistencia Pública, tenían la mayor cobertura gratuita respecto a atención médica de todo el Territorio.

La situación debió ser mucho peor fuera de la Capital. En la nota general publicada en *La Arena*, con el título "Indice de Mortalidad Infantil del Territorio", se registraron las defunciones por Departamento, lo cual permite una comparación regional. En los Departamentos del Oeste y el Sur-oeste (Cura-có, Loventué, Limay Mahuida, Puelén, Utracán) los índices iban del 71,42 al 128, 20 por mil en niños de 0-1 año. En el Departamento Capital, situado en el Este, la mortalidad infantil alcanzaba al 101,12 por mil, en Rancul y Maracó, era del orden del 87,25 y 74,57 por mil respectivamente (ver Cuadro nº 2).

A partir de 1913, la Asistencia Pública, registró mensualmente los pacientes atendidos en consultorio externo e internados, muchos de los cuales ingresaban a causa de heridas por armas blancas, caídas del caballo y abortos. Entre las patologías, la difteria encabeza la lista a partir de 1930 y hasta 1943; la siguen la sífilis, blenorragia, tuberculosis, gripe y coqueluche.[13] Las frecuentes epidemias de difteria en el Territorio están documentadas sobre todo en la prensa, pero la preocupación sanitaria por el Oeste del Territorio apareció de manera decisiva en la prensa y entre los funcionarios a partir de los años treinta.

En ese momento, ya se perciben las disparidades entre el Este, vinculado a la actividad agrícola cerealera, y el oeste, en las orillas del Río Atuel y más allá, en el límite con la provincia de Mendoza. La actividad pastoril era el único y escaso recurso de los dispersos pobladores de una extensa y árida región con localidades como Santa Isabel, La Reforma y la zona de las sierras de Lihue Calel; la inexistencia o mal estado de los caminos hacía de estas localidades y de las áreas rurales anexas un "*desierto, escasamente poblado*"[14] (ver Cuadro nº 3). Desde 1933, las denuncias sobre epidemias van unidas a la desprotección de la población del oeste,[15] carente de medios económicos y de posibilidades físicas de desplazamiento para asistir a centros sanitarios del Territorio; y se transformarán en los principales argumentos para el intento de transformación institucional de los años cuarenta.

III. Instituciones y problemas

En el Estado territorial, la salud no apareció como un déficit con responsables y posibles soluciones hasta los años veinte; y aún así, pasaron casi otros veinte años para que se observaran algunas modificaciones en un esquema basado en la beneficencia privada y

[13] Departamento Nacional de Higiene, Pacientes Hospitalizados, Fondo Salud, AHP (1913-1942), Departamento Nacional de Higiene, Centro de Higiene Maternal e Infantil, Movimiento de 1942, Informe de Mario Cabella, (09-02-1943), Fondo Salud, AHP.

[14] Sobre la demografía del Territorio, y a manera de ejemplos: En el Censo Territorial de 1920, (total de habitantes: 122.535), localidades del Este como Santa Rosa, Capital del Territorio, tenían 5563 habitantes, General Pico, 6449; otras del Oeste, como Colonia Puelches, 186 y Santa Isabel, 317. Sobre el poblamiento de algunas localidades del Oeste, ver Lluch, 2002.

[15] **Gobierno Propio**, 14-01-1936, **La Arena**, 24/08/33, 26/12/1934.

municipal.[16] La estructura institucional sanitaria pasó de ser un conjunto heterogéneo e incompleto, con organización predominantemente local y cierto financiamiento nacional, a adquirir una entidad, al menos discursiva, de orden territorial. Como han señalado Armus y Belmartino (2001), la demarcación de nuevos centros obedeció, en el ámbito nacional, a la extensión de la atención hospitalaria de los sectores medios. En el Territorio, la situación fue diferente, en la medida que dicha expansión se realizó hacia el interior, en localidades con escasez o inexistencia de servicios y profesionales. La búsqueda entonces no es exactamente de nuevos usuarios de los hospitales públicos, sino cubrir las necesidades donde no había centros de salud; en los cuales el médico, si estaba presente, competía a veces sin éxito con practicantes no autorizados de la medicina popular.[17] La cantidad de profesionales fue insuficiente; los porcentajes de médicos por habitante, a pesar de aumentar entre 1935 a 1947, seguían siendo bajos (ver cuadro nº 6), aunque coincidían con los totales generales para todo el país.[18]

En 1933, en el registro realizado por el Director de la Asistencia Pública, aparecen 6 instituciones sanitarias y sólo 100 camas; siete años después, la totalidad de servicios sanitarios eran 14, uno con entidad nacional (Hospital Regional) (ver Cuadro nº 5). En ese momento, existían todavía 7 hospitales de beneficencia y 2 municipales, así como 3 dispensarios y la Asistencia Pública ya mencionada. Algunas instituciones privadas se fortalecieron, pero en virtud de la expansión de una clientela alejada de los centros del Litoral y de las expectativas de los profesionales médicos. En General Pico, ciudad del Noreste del Territorio, se fundó en los años treinta una Mutualidad que diez años después tenía 5000 asociados, un edificio de 4 plantas y 52 camas (Duval, 1941: 275). Para una ciudad que contaba con cerca de 10.000 habitantes,[19] la cantidad de miembros es abrumadora, aunque se considere entre los mismos a los habitantes rurales o de localidades cercanas.

Las estadísticas públicas, tanto las volcadas en las *Memorias* como en planillas y libros del Fondo de Salud suelen ser exhaustivas en relación a los pacientes atendidos, las inyecciones y vacunas y mucha otra información, que expresa una expansión pública considerable, sobre todo en comparación con los sistemas privados. En Santa Rosa, como ejemplo, en 1928, la Sociedad Española de Socorros Mutuos había pagado los gastos médicos de todos los socios que lo habían requerido (98 socios); en 1930, la Sala de Maternidad, atendida por las damas de beneficencia, registraba la atención de 46 partos (43 con resultado positivo), de mujeres solteras en su mayoría.[20] Cinco años después, los servicios públicos atendían a más de 300 madres, y en consultorios externos, a 16.311

[16] Esta cuestión es preciso observarla en relación con la situación política de los gobernadores del Territorio. Desde finales del siglo XIX, eran nombrados por el PE nacional, sin intervención de la población local ya que la organización territoriana excluía otras elecciones que no fuesen las municipales; las principales preocupaciones sociales parecieron ser aquéllas derivadas de la seguridad y la educación de la población (ver al respecto los registros de los gobernantes en **Memorias de Gobernadores**, en Lluch, 2005).

[17] Sobre curanderismo, ver **La Arena**, 09/09/1933, 13/09/1933, 15/09/1933, 27/07/1934 y Expedientes sobre Ejercicio Ilegal de la Medicina, Fondo Justicia, AHP, 1923, 1928.

[18]. En 1934, había en Argentina 0, 8 médicos por 1000 habitantes, que se incrementaron a 1, 2 veinte años después (en Andrenacci, Falappa y Lvovich, 2004).

[19] En 1920, General Pico tenía 6.449 habitantes y Santa Rosa, 5.563; en 1935; 9.797 y 10.326; en 1947; 11.121 y 14.623, respectivamente (Ander Egg, 1958).

[20] Sociedad Española de Socorros Mutuos, Memoria administrativa, año 1928 y Registro Sala de Maternidad, AHP, Comisión Damas de Beneficencia, 1929-1935.

enfermos por año, situación que difícilmente podía acercarse a las cifras de los sectores no oficiales (Pérez Virasoro, 1938: 180).

Es interesante advertir que algunas instituciones limitaban la atención de pacientes con alcoholismo, venéreas y otras enfermedades sociales; estas políticas de exclusión de la cobertura estaban fundadas en la escasez de recursos y en los costos de atención hospitalaria, por un lado, y por otro, en la intención educadora que formó parte del movimiento mutual. No se trata de instituciones que se negaran a atender sino de políticas mutuales de exclusión de cobertura, fundadas en la escasez de recursos y los costos de la atención hospitalaria por un lado, por el otro en la intención educadora que formó parte significativa del movimiento mutual. Por ejemplo, en 1926, el "Reglamento Social" de la Sociedad Española indicaba expresamente esa situación, endureciéndola respecto a normas anteriores, ya que en sus inicios, se cubrían los gastos de médico y farmacia a enfermos con esas patologías aunque sin reconocerles derechos a hospitalización.[21]

Los registros sanitarios oficiales no siempre presentan las dos variables más básicas para el análisis sanitario: cantidad de camas y médicos. Hacia 1938, se computaron 89 profesionales, y la cantidad de camas era de 398 en total (ver Cuadro nº 5), pero por ejemplo, la *Memoria* de Duval (1941:275), registra los empleados del hospital en detalle y los enfermos internados durante 1939 (más de 1000), pero no las camas de la institución. En 1940, el Departamento Nacional de Higiene censaba 380 camas en total; el descenso puede deberse tanto a un subregistro anterior como a la concentración de camas en el Hospital regional y limitación del Hospital de Beneficencia de Santa Rosa, que desde 1938 no recibió subsidios nacionales.

Las instituciones estaban concentradas en el Este del Territorio. Incluso áreas intermedias, como el departamento Utracán, lugar de la antigua capital del Territorio, General Acha, tenían una marcada escasez de instituciones y médicos, mientras que los departamentos del Oeste estaban totalmente al margen de cualquier servicio sanitario. Entre 1939 y 1945, la Gobernación envió a todas las municipalidades notas donde se requería información sobre diferentes aspectos locales –caminos, actividades, empresas, escuelas, cantidad de población y muchos más tópicos -, entre los cuales se incluían hospitales y médicos.

Los gobernadores del Territorio, nombrados por el PE y sin un presupuesto acorde a sus expectativas, se limitaban a establecerse durante el tiempo que duraba el mandato sin realizar modificaciones substanciales en la vida institucional del Territorio. El exiguo presupuesto y la imposibilidad de recaudación impositiva no les permitía avanzar sobre reformas de envergadura, por ejemplo, en la realización de obras públicas que, a su vez, implicaran la acumulación de poder político y aceptación social.[22] A partir de los años treinta, los gobernadores tuvieron un protagonismo más notorio, manifestado, por ejemplo, en la elaboración de Censos Territoriales (1935 y 1942) y en la publicación de ejemplares de las *Memorias* del gobierno, en textos de circulación nacional y regional, lo cual no

[21] El "Reglamento Social" figura en las Planillas de Servicio Médico de 1926. Ver asimismo Estatuto de la Sociedad Española de Socorros Mutuos (1894).

[22] El presupuesto de 1937 se adjudicaba a los siguientes rubros: sueldos personal administrativo, tropa de policía, personal obrero y de maestranza; gastos generales (construcción edificios de comisarías, adquisición de mobiliarios y camiones) y para sueldos y gastos de los juzgados de paz y registro civil, por un total de $2.027.344 (Pérez Virasoro, 1938).

había sucedido hasta entonces (Pérez Virasoro, 1938 y Duval, 1941, 1946). Antes de este período, las *Memorias* se presentaban a la administración central y, si bien su difusión era pública, se hacía muchas veces sólo a través de la prensa. Durante el gobierno de Evaristo Pérez Virasoro (1933-1939), iniciaron entonces los cambios, enfatizados en la gestión de Miguel Duval.

Este gobernador, general retirado, estuvo en funciones desde julio de 1939 hasta julio de 1946. Por lo tanto, su gobierno atraviesa las instancias políticas de las presidencias de Ortiz, Castillo, Ramírez, Rawson, Ramírez y Farrell, hasta ser reemplazado por Perón (Santesteban, 2004: 60). Durante la gestión de Duval, hubo una transformación en la forma de hacer política; en la medida que el gobernador intentó mantenerse en contacto con el interior, y plasmó en la prensa todas las gestiones realizadas a nivel nacional, que en cierta medida, intentaban replicar al dirigente populista.[23] Enrique Stieben, ideólogo e intelectual del régimen, señalaba hacia 1939: "*Toda realización de mayor o menor volumen, que los gobiernos provinciales pueden llevar a cabo por su cuenta, en un territorio nacional deben ser tramitadas ante el gobierno de la Nación. Sabiendo esto, es fácil comprender cuánto puede hacer un gobernador progresista, empeñoso, dinámico y resuelto y cómo puede quedar todo dormido en un territorio por la incuria del gobernante*" (Stieben, 1939).[24]

En parte, ya el anterior mandatario había hecho una política de comunicación similar, con frecuentes apariciones en la prensa, manifiesta preocupación por cuestiones sociales y por describir la tarea de gobierno minuciosamente, a partir de las *Memorias* (ver Di Liscia, 2004, 2005). Pero a finales de los años treinta, el impacto de una política con criterios populistas, de base militar y autoritaria, llega a La Pampa y se instala definitivamente en la gobernación.

La intencionalidad de Duval, en principio, fue generar una comunicación más fluida entre las localidades y el centro político regional. La correspondencia entre la Gobernación y las municipalidades entre 1939-1941 da cuenta de esa finalidad y a la vez, de la escasez de información existente para gobernar. Algunos de los jefes de consejos municipales, jueces de paz o comisarios de policía -dependiendo del status de la localidad-, referían la sorpresa por el requerimiento. Por ejemplo, en lugares donde no había vías de comunicación o dependencia pública alguna, se señalaba "*Es zona de bosques únicamente y el ganado existente es natural de la misma*".[25] En otros, se declaraba la urgente necesidad y el contacto frecuente con el gobernador en las gestiones.[26] En relación con las

[23] En 1943, se produjo una "revolución nacional", de la cual emergió el entonces Coronel J. D. Perón. Su propuesta era intervenir y regular las relaciones entre capital y trabajo, para evitar el malestar de las masas y el estallido social, así, el Estado debía terminar con la pasividad frente a la disparidad social, salir de su indiferencia y actuar como regulador de las relaciones sociales. En economía, significaba entonces coordinar las iniciativas de sus agentes para estimularlas o corregirlas; y sobre todo, planificar y regular buscando el "*equilibrio del cuerpo político*" (Altamirano, 2001, 22-25).

[24] Agradezco a María Lanzillota esta información.

[25] Notas y solicitudes del Gobernador a Municipalidades y Comisiones de Fomento, AHP, Fondo Gobierno, Rucanelo, 12-12-1939.

[26] "*Tratándose de vecinos pobres en su mayoría, porque son peones de estancia con sueldos ínfimos, recurren con frecuencia a la caridad de esta comisión de fomento, la que no puede negar el socorro porque ello supondría desamparar al ser humano que merece tanto y más atención, según nuestro criterio, que la obra vial (...) Se puede subvencionar en un futuro a un profesional para que venga una vez por semana y trataremos de instalar una Sala de primeros auxilios. Empero, entendemos, como nos hizo comprender S.S. que la solución*

instituciones sanitarias, 23 localidades consultadas en esos dos años respondieron negativamente y 5 de manera afirmativa,[27] tanto del Este como del Oeste del Territorio.

Entre 1942-1945, se repitió el requerimiento, y 2 de esas localidades declararon una Sala de primeros auxilios (Parera, Guatraché), fundada en 1942; en otros casos, se reiteró su falta (Agustoni). La diferencia en esta solicitud es que fue acompañada de un formulario muy detallado, directamente enviado por la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. Sobre esta nueva institución es preciso hacer un breve comentario. La decisión de concentrar dos macro-organismos nacionales, el Departamento Nacional de Higiene y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, surgió hacia 1940, el proyecto de unificación planteaba la dependencia de este organismo a partir del Ministerio del Interior y el PE[28] y se sancionó, con algunos cambios, en 1943. En 1944, se volvió a desdoblar en Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior, y Dirección General de Asistencia Social, dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión; que absorbió los bienes de la Sociedad de Beneficencia y diferenció la política asistencial de la sanitaria, operando luego con la Fundación Eva Perón. Esta serie de transformaciones sucesivas culminaron con la creación de la Secretaría de Salud Pública en 1946, luego con rango ministerial bajo Ramón Carrillo, en 1949 (Torrado, 2003: 625, Ramacciotti, 2001, Andrenacci, Falappa y Lvovich, 2004: 103-104).

Por lo tanto, estamos frente a un proceso nacional de centralización administrativa de las instituciones y a una inclusión de La Pampa en las políticas sanitarias nacionales, que, en el caso particular del Territorio, dio mayor protagonismo al Gobernador. Su papel fue fundamental sobre todo en relación con el financiamiento, ya sea al otorgar presupuesto para nuevos edificios o proyectos de salud, como para los subsidios necesarios para mantener las obras en marcha. Veamos esta situación en relación con dos grandes centros, el Hospital Común Regional de La Pampa y el Hospital Centeno, de General Pico, y el proyecto de creación de salas de primeros auxilios en el Territorio, donde se vincularon la tarea estatal con la privada.

El Hospital Común Regional, programado en 1918 e inaugurado finalmente en 1938 en Santa Rosa, Capital del Territorio, parecía reducido e insuficiente para las necesidades de la población pampeana siete años después. Inicialmente, contaba con consultorios externos, dos salas generales, para varones y mujeres y un total de 200 camas. En una larga nota, se señalaban las ventajas de su inauguración, habida cuenta que la ciudad contaba sólo con los servicios del Hospital de Beneficencia. El mismo había

está en la instalación de un sala más completa por parte de la gobernación. A este efecto, estamos dispuestos a donar el terreno y con mucho entusiasmo haremos algún beneficio para reunir el fondo inicial para costear la obra. Y sabiéndonos estimulados por el Sr. Gobernador, haremos estos trámites con mayor entusiasmo y con fe" (Notas y solicitudes del Gobernador a Municipalidades y Comisiones de Fomento, AHP, Fondo Gobierno, Sarah, 18-11-1941).

[27] Entre 1939-1940, no tienen ni hospital ni sala de primeros auxilios: Catriló, Embajador Martini, Guatraché, Ingeniero Luiggi, El Odre, Vértiz, Dorila, Speluzzi, Agustoni, Santa Isabel, Parera, La Copelina, Monte Nievas, Loventuel, Anguil, Eduardo Castex, Rucanelo, Conhelo, Miguel Cané, Santa Terresa, Quetrequén, Sarah, Limay Mahuida. Tienen hospital Victorica, Bernasconi, Telén, Winifreda y Trenel, con el esfuerzo conjunto de municipalidades y sociedades de beneficencia (ver Notas y solicitudes del Gobernador a Municipalidades y Comisiones de Fomento, AHP, Fondo Gobierno, referidas a cada una de ellas, 1939-1945).

[28] Ver "Proyecto de Ley para la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social", presentado por Juan Jacobo Spangenberg, en: **Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene**, año IV, feb. 1940, nº 2, p. 538-565.

perdido a principios de los años cuarenta el subsidio nacional y tenía funcionamiento errático (*La Arena*, 1940-1941). Para el periódico, el Hospital Común posibilitaría la consulta a una multitud que se desplazaban a otros centros, sobre todo la Capital Federal y a la vez, implicaría un incremento de las rentas para Santa Rosa, proveniente de los enfermos del interior, que viajaran para atenderse (*La Arena*, 11/01/1938). Los supuestos beneficios económicos se unían, en este discurso, a la expansión de la atención sanitaria a un núcleo mayor, de clase media, que podía abonar los gastos del traslado fuera del Territorio.

El proyecto de ampliación del Hospital, enviado por Duval al Ministerio del Interior para su aprobación, incorporaba una sección para maternidad y niños, con 103 camas. La justificación era el supuesto aumento de población de Santa Rosa, la afluencia de localidades vecinas y la instalación del Regimiento 13 de caballería. Pero no mencionaba el pabellón de infecciosos, cuya necesidad se hacía imperiosa en ese momento, cuando no había sitio en ninguna institución, ni pública ni privada, para esos enfermos. El pabellón se inauguró en 1944 para internación de tuberculosos y funcionó durante pocos años, hasta que la medicación pudo hacerse por consultorio externo, entonces, pasó a ser el sitio de pacientes psiquiátricos (Di Liscia y Bassa, 2004). La existencia de una sola institución para infecciosos en todo el Territorio era un problema grave; de muy difícil solución con las condiciones técnicas y las dificultades para el traslado existentes en ese momento.[29]

El Hospital Centeno de General Pico constituye un caso aparte, pues a diferencia del Hospital Regional, que surgió como institución estatal, se trata de un centro sanitario sostenido con subvenciones municipales y de la sociedad de beneficencia, localizado en una de las primeras ciudades del Territorio. Las dificultades atravesadas por el Hospital Centeno aparecieron frecuentemente en la prensa a nivel local y nacional. El inicio de esta puesta en la agenda pública se debe al debate sobre el anuncio del mismo gobernador de mejoras públicas. Los diarios *Noticias Gráficas*, de Buenos Aires, *La Nueva Provincia* de Bahía Blanca, y *La Reforma, Zona Norte, La Arena* y *La Capital,* de General Pico los dos primeros y Santa Rosa los dos últimos,[30] publicaron artículos sobre la necesidad del subsidio entre mayo de 1943 y septiembre de 1945.

La coincidencia temática, sin embargo, no significaba acuerdo en toda la prensa. Mientras que los diarios de Buenos Aires funcionaban como portavoces del discurso oficial, generalmente ensalzando la labor del Gobernador Duval, los diarios de General Pico hacían una crítica más profunda, sobre todo, en relación con el abandono de las

[29] Las denuncias sobre la imposibilidad de internación de enfermos infecciosos son numerosas, tanto en los años veinte (**Germinal**, 23/04/1927, 13 a 19/05/1927) como en los treinta (**La Arena**, 28/01/1939: "*Los enfermos infecciosos no tienen espacio ni en el Hospital de Beneficencia ni son admitidos en el Hospital Regional*" y en los cuarenta (**La Arena**, 16/01/1941). Sucede lo mismo respecto a los enfermos mentales, a quienes se negaba el ingreso en la mayoría de las salas de primeros auxilios y hospitales del interior del territorio (en Di Liscia y Bassa, 2004).

[30] **La Reforma** ha sido caracterizado como un periódico localista, cuyas opiniones y notas pueden mostrar realmente el pulso de la comunidad de General Pico (Nervi en Etchenique, 2001). **Zona Norte** tiene un carácter más global, así como los dos periódicos de Santa Rosa, **La Arena** y **La Capital**. Otro diario mencionado aquí, **Gobierno Propio**, fue el continuador de **La Autonomía** y como éste, su objetivo era fomentar la provincialización del Territorio en la opinión pública. Un listado de la prensa pampeana puede consultarse en Etchenique, 2001 y 2003.

instituciones sanitarias y la decisión de los vecinos de sostenerlas sin apoyo.[31] Estos textos son significativos porque se presentaban luego de "cinco años" de gestiones infructuosas por obtener recursos del Estado, con una acalorada defensa a la intervención privada y un juicio contundente contra el gobernador.

En realidad, lo que se le criticaba al mandatario principal era su fracaso como gestor, más que al Estado su responsabilidad sobre la salud de la población. Muy pocos días después de la llamada a la iniciativa comunitaria del cronista de *La Reforma,* el Ministro de Obras Públicas de la Nación, General Pistarini, aprobó un subsidio de $350.000 para La Pampa, que de acuerdo a *La Nueva Provincia* y *La Arena* era la cifra reclamada por Duval. Parte de la misma fue al Hospital Centeno, sin que hubiera más intervenciones contra el apoyo "*desde arriba*", como señalaba la prensa.

Por mucho tiempo, y con el auspicio de la prensa, los vecinos más encumbrados de distintas localidades pampeanas organizaban reuniones y fiestas para sostener las Salas de primeros Auxilios y los hospitales locales. Las municipalidades y comisiones de fomento estimulaban estas actividades, vinculadas al esfuerzo y organización de mujeres de las Sociedades de beneficencia locales, con la finalidad de obtener fondos que de otra manera impedían el funcionamiento de las pequeñas pero únicas posibilidades sanitarias para gran parte de la población. En los años treinta y cuarenta, tanto Pérez Virasoro como Duval gestionaron y publicitaron la gestión de diversos subsidios a entidades semi-privadas. Pero también intentaron forjar una reglamentación acorde con los nuevos tiempos.

Una visión tecnocrática se observa en las notas enviadas desde el gobierno central del Territorio a las diversas Sociedades de Beneficencia y Municipalidades con el objeto de recabar información, por un lado, y para ajustar el control, por el otro. A partir de un caso específico, las irregularidades de la Sala de Primeros Auxilios de Doblas, es posible observar las posibilidades que se abrían a los profesionales médicos para lucrar obteniendo réditos de las instituciones locales supuestamente gratuitas. En este caso en particular, la investigación se llevó a cabo luego de las denuncias de un escándalo porque la Sala se había transformado en un "*verdadero sanatorio particular*" en beneficio del médico a cargo. Desde 1936 a 1940, Pedro Novick, director y médico, se había negado a atender pacientes de escasos recursos y les había cobrado a otros por los servicios, tanto en dinero como en trabajo. Innumerables fojas del expediente daban cuenta de los testimonios de pacientes y familiares sobre el pago realizado y además, se adjuntaban los registros del personal y la Comisión Directiva, que carecía de personería jurídica y no tenía constancias

[31] Se remarcaba así que habían fracasado las gestiones a favor de nuestro hospital de cinco años; era lamentable "*el estado en que está prestando las funciones el actual nosocomio (...) aunque el hospital ha sido siempre sostenido sin apoyo oficial, ahora la colaboración privada es insuficiente por la cantidad de enfermos y en la práctica, porque se ha convertido en un verdadero hospital regional (...) desconsuelan estas cosas y desconsuela más aún cotejarlas con el éxito que las gestiones del Gobernador actual de La Pampa general Duval ha obtenido a favor de empresas o iniciativas menos indispensables (...) no se ha puesto en ello toda la pasión que corresponde*" (**La Reforma**, 31-07-1945). En septiembre del mismo año: "*El espíritu de empresa (...) Hemos hecho nosotros, solos, los que no efectuaron los gobiernos, en infinidad de circunstancias. Hemos sabido suplir esa acción ausente, con nuestro esfuerzo y nuestra capacidad. Todo ello nos dio un tinte especial que nos reconocieron por siempre, dentro y fuera de la ciudad. ¿No seremos capaces, ahora, de solventar nuestros propios problemas? ¿Hemos cambiado tanto que ahora nos resignamos a esperarlo todo "de arriba"?*"(**La Reforma**, 08/09/1945).

de balances durante los 4 años de funcionamiento.[32] La conclusión del proceso administrativo fue la necesidad de contralor de las instituciones que recibían subsidios nacionales, tal como era el caso de la Sala de Primeros Auxilios de Doblas. Los $1200 que recibían anualmente no podían ser parte de un sistema con tan altos niveles de corrupción, que permitía el enriquecimiento ilícito del personal. Para la Gobernación, la situación podía cambiar si se instituía un sistema reglamentarista; es decir, la posibilidad de un monitoreo a distancia a partir de un régimen burocrático. Así, se insistió en que Hospitales y centros de salud tuvieran obligatoriamente un reglamento con las instrucciones de funcionamiento, como condición para recibir subsidios.

La base estaba, en este caso, en la legislación nacional, ya que en 1931, se aprobó la reglamentación del funcionamiento de las clínicas y consultorios médicos en Capital Federal y Territorios Nacionales y la de las Asistencias Públicas nacionales, que especificaba los deberes de los funcionarios de mayor y menor jerarquía así como a quién debía atenderse.[33] Uno de los primeros reglamentos de La Pampa fue el del Hospital Municipal de Trenel, aprobado en 1938, en el cual el personal era designado por el presidente el Consejo Municipal. En los 57 artículos, se organizaba toda la estructura del centro de salud; las funciones, derechos y deberes de empleados y enfermos eran minuciosamente reglamentados, hasta el punto de prohibirles a los pacientes hacer comentarios de asuntos políticos o religiosos.[34] Uno de los últimos, en relación con el período estudiado, es el de la Sala de Primeros Auxilios de Guatraché, de 1951. En el art.19, se afirmaba que los enfermos estaban obligados a obedecer las órdenes del médico y "*recogerse para la oración*", y en el art. 20, que "*la más amplia libertad de cultos regirá dentro de esta institución*".[35] Las dos posturas, a favor o en contra de la religiosidad, indicaban un deseo de regir las conductas de los pacientes que iba más allá de la salud corporal, y que se entremezclaba con una serie de puntualizaciones sobre la comida, los horarios, las visitas y los tratamientos, cuya base era estimular a la obediencia indiscutida a la autoridad médica.

Al margen de la preocupación por un ordenamiento moral de los pacientes, los reglamentos también dejaban en claro la necesidad de regular en las instituciones públicas la atención de los más carenciados. En este sentido, las indicaciones nacionales enfatizaban atender a los que presentaban "*certificado de pobreza expedido por la policía del*

[32] Expedientes C-1740-1940, febrero 1941. Sobre Irregularidades en la Sala de Primeros Auxilios de Doblas. Elevados por Miguel Duval, 28/04/1941. En el Expediente consta por ejemplo que "*María González, madre del menor Ramón Pacheco, de 8 años de edad, manifiesta que al concurrir al consultorio del Dr. Novick, éste se negó a atenderlo debido a que es pobre*" (....) "*Bonifacio Serfus declara que en febrero del año pasado tuvo que internar en la sala a sus dos hermanos, Isabel y Adam, 8 y 15 días, que tiempo después el mismo Dr. Novick le dijo que había que pagar esa cura, y como sabían que era pobre y carecía de dinero lo hiciera con trabajo, llevando a la Sala ladrillos y cal, en viajes por valor de $ 50*". En otras localidades, es posible registrar también irregularidades similares. En Santa Rosa, el periódico *Germinal*, entre los años 1928 y 1929, dio abundantes muestras de corrupción de médicos, que debían atender gratuitamente a enfermos en la Asistencia Pública y que solicitaban dinero a cambio a pacientes carenciados.

[33] Ver **Recopilación de Leyes, reglamentaciones, decretos y resoluciones en vigencia**, Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires, T. I, 1938, p. 366-371.

[34] Notas y solicitudes del Gobernador Miguel Duval a las Municipalidades y Comisiones de Fomento, Fondo Gobierno, AHP. El informe presentado ante el requerimiento gubernamental por la Municipalidad de Trenel es uno de los más exhaustivos, y anexa el citado Reglamento.

[35] Reglamento sobre salas de Primeros Auxilios, Guatraché, diciembre 1951, Fondo Gobierno, AHP.

Territorio"[36] y sobre todo, se prohibía cobrar por la atención, incluso recibir propinas. Sin embargo, la lejanía con los centros de atención de mayor complejidad así como el crecimiento de la clientela hospitalaria, provocaron que las Salas de primeros auxilios y los hospitales de las localidades del interior de La Pampa generaran dos sistemas de internación: uno gratuito, para enfermos sin recursos, y otro pago, con "*pensionistas*" o pacientes particulares, que debían abonar por día.[37] Esto último proporcionaba los intersticios para crear un sistema paralelo y abrir el camino al pago ilegal de los servicios de salud, situación difícil de resolver con las posibilidades reales del Estado en ese momento.

La existencia de un sistema sanitario basado en la previsión social también es significativa. Desde finales del siglo XIX, las asociaciones de inmigrantes instrumentaron las mutualidades, con formas de autogestión, en casos de enfermedad, pérdida del trabajo y otras eventualidades. Tal como expresa Belmartino para el Litoral argentino, esas organizaciones crecieron en los años veinte en complejidad, y, dada la demanda poblacional, también se incrementaron sus problemas financieros (2005: 32 y 74-76). En el caso del Territorio, la Sociedad Española de Socorros Mutuos representa un ejemplo de estas instituciones, ya que uno de los principales objetivos fue, desde su fundación en 1894, la atención médica de sus asociados, además de cubrir medicamentos, operaciones, rayos x, parteras y otros gastos, como la internación.[38] Entre 1935 y 1938, hubo un aumento significativo de las erogaciones hasta 1939, cuando disminuyeron en un 50 % los gastos de farmacia, operaciones y rayos X y un 38 % los de servicios médicos (ver cuadro nº 7). Esta disminución se debió, seguramente, al impacto del nuevo hospital regional, habilitado ese año, pero es singular que, en 1942, los socios volvieran a utilizar el sistema mutual, incrementando las consultas médicas, de parteras y los gastos de farmacias. Los gastos de operaciones y rayos x, sin embargo, no volvieron a los niveles de años anteriores, debido quizás a que la complejidad hospitalaria no podía tener igual nivel de competencia privada, al menos en este período.

También es preciso señalar la confluencia de los profesionales en la atención pública y privada, situación ya observada en otros ámbitos nacionales. Los médicos que figuran en las *Memorias de la Sociedad Española* son los mismos que atendían en la Asistencia Pública, en el caso de la capital del Territorio, y en esa coincidencia, se señalaron casos flagrantes de corrupción pública. Así, la prensa socialista denunció profusamente a finales de los años veinte que, al menos, un facultativo nombrado en la Asistencia, utilizaba el tiempo y los recursos de esa institución para pacientes de la mutual española e incluso, hacía de ese lugar un consultorio para su provecho profesional.[39]

Los recaudos de la Gobernación para limitar los excesos y dar un uso "racional" a los recursos en los años '40 tuvieron influencia en la creación de un Plan de Asistencia

[36] **Recopilación de Leyes, reglamentaciones, decretos y resoluciones en vigencia**, Departamento Nacional de Higiene, Buenos Aires, T. I, 1938, p. 366.

[37] Reglamento sobre salas de Primeros Auxilios, Trenel, 1938, Fondo Gobierno, AHP, Reglamento sobre salas de Primeros Auxilios, Guatraché, octubre 1944 y Reglamento sobre salas de Primeros Auxilios, Guatraché, diciembre 1951, Fondo Gobierno, AHP.

[38] **Memoria de la Sociedad Española de Socorros Mutuos**, Santa Rosa, 1894.

[39] En los Estatutos de 1928, figuran como médicos los doctores Mario P. Cabella, Juan C. Oliver y Luis Moré; éste último apareció denunciado en varios artículos en **Germinal** (ver abril-mayo de 1928), donde se focalizaba el fraude en elementos y atención espúrea a pacientes privados.

Hospitalaria. El proyecto, ampliamente publicitado por Duval en sus Memorias y en la prensa, incluía la construcción de salas de primeros auxilios "*con internado para enfermos indigentes*" en varias etapas: Plan A (de ejecución inmediata), para 7 estaciones sanitarias en diferentes loealidades, 2 del Este y 5 del Oeste. Plan B (de ejecución mediata), en 37 localidades, y mejoramiento de otras 7, además de incluir entre estas medidas a los 10 hospitales y salas sostenidos por asociaciones filantrópicas, como el Hospital de Niños de Santa Rosa, el Hospital Centeno de General Pico, el de Colonia Barón, Macachín y varios más (Duval, 1946:40-42).

Cada localidad debía tener un centro sanitario, sostenido por subsidios nacionales pero bajo el control de la Gobernación. Se fundaría una "Comisión Territorial de Beneficencia", a fin de distribuir los fondos entre las distintas entidades y con la presidencia del mismo gobernador, quien también acercaba un reglamento, a tono con los que han sido citados anteriormente. La diferencia estribaba en que el médico director debía ser designado por la autoridad central territorial, -no por los consejos municipales, o, como antes, por las Sociedades de Beneficencia- y con esto, el gobernador se aseguraba que el personal y los recursos pudieran estar bajo su égida.

La argumentación era el contralor de los subsidios estatales y también, cuando el subsidio no existía "*porque no es prudente dejar librado al manejo discrecional y sin control de personas o de entidades privadas, fondos provenientes de colectas y suscripciones populares levantadas con fines filantrópicos, ni se puede dejar al arbitrio exclusivo de particulares, la facultad de prestar o no ayuda social, con dineros públicos o con medicamentos que provee gratuitamente la Dirección Nacional de Salud Pública*" (Duval, 1946: 39-40). Así, la centralización se volvía una norma de acción pública y el representante político del PE podía obtener mayor manejo presupuestario, pero los límites de estas políticas continuarían siendo las reales posibilidades de aplicación dada la relativa experiencia pública y la intervención de la sociedad civil.

IV. La atención sanitaria: Del centro a los márgenes

El proyecto de creación de una red institucional primaria en todo el Territorio, plasmado en las Memorias hacia 1946, tuvo como antecedentes otros intentos, más modestos, de planificación sanitaria. Las características ecológicas y productivas de La Pampa, que ya se han señalado en la primera parte, unida a los problemas de transporte, impusieron en los funcionarios la noción de la "visita" y la "campaña" como prioridad para la atención inicial de la población que estaba lejos de las ventajas higiénicas. La segunda medida, sobre todo, implicaba la inversión de la lógica de la medicina hospitalaria y de las tendencias de los años treinta y cuarenta en las áreas del litoral, ya que eran médicos y personal técnico quienes se desplazaban para cubrir las distancias geográficas y también culturales que los separaban de los pacientes.[40]

[40] Sobre campañas sanitarias en los espacios rurales, ver para América Latina los intentos de integrar culturas indígenas y populares de áreas con un gran atraso económico y social a los Estado-nación (en relación a Perú, Cueto, 1997), a partir incluso de la intervención de fundaciones extranjeras, como es el caso de la Fundación Rockefeller en México (Birn, 2003) y del avance del Estado con un criterio nacionalista en el interior (en Brasil, ver Hochman, 1998, Lima y Hochman, 1996, 2004). En Argentina, no hay hasta el momento trabajos de

IV. 1. *Visitas*

En el ámbito nacional, la preocupación por la extensión de conductas médicas a la totalidad de la población, para evitar enfermedades contagiosas y prácticas morales "viciosas", llevó a la conformación, entre otras medidas, de la profesión de Visitadoras de Higiene.[41] Su origen tiene relación con una visión de género muy particular, que planteaba la necesidad de incorporar la abnegación femenina y el cuidado científico para un seguimiento sistemático de la población indigente, a fin de encauzar conductas "peligrosas" (prostitución, criminalidad, ilegitimidad, abandono infantil, entre otras), generalizando las pautas higiénicas en la población.

En la Capital del Territorio pampeano, estas auxiliares sanitarias dependían de la Asistencia Pública, del Centro de Higiene Maternal e Infantil (creado en 1930), y del Consejo Nacional de Educación. En 1934, se observa su actuación institucional con internos,[42] pero parte importante de su tarea se desarrollaba fuera de los centros sanitarios y asistenciales, en contactos con familias con problemas de salud que requerían un seguimiento periódico. Entre 1938 y 1943, en los *Cuadernos* que las mismas Visitadoras debían completar, se registra minuciosamente la tarea realizada con una finalidad burocrática, ya que debían ser a su vez revisados por los médicos de la Asistencia Pública. Los *Cuadernos* no permiten inferir si las visitas se realizaban a toda la población de Santa Rosa o sólo a casos detectados en los barrios periféricos de la ciudad. Aparentemente, el recorrido realizado incluía a familias de diferentes sectores sociales, con un seguimiento mayor de "casos sociales", es decir, problemas graves de salud presentes o futuros, dadas las carencias socio-económicas avistadas.

La tarea sanitaria incluía visitas periódicas para recordar sobre la vacunación contra viruela y difteria, llevar la medicación en enfermedades como la tuberculosis y las venéreas; realizar el control de los embarazos y de los partos, observar la alimentación de bebés y niños pequeños –con vigilancia del peso, altura y otras variables de crecimiento normal-, además del orden y limpieza de las viviendas y de la higiene personal, de ropas, calzado, etc. Por otro lado, las Visitadoras también se encargaban de encomendar la consulta profesional, actuando en este sentido como eficaces intermediarias entre médicos y familias. Su formación técnica y su capacidad maternal "natural" las hacía doblemente

---

tanta especificidad que refieran a estos aspectos, centrales en los años treinta y cuarenta. Podrían observarse antecedentes en el caso del paludismo en el NO argentino (Adriana Alvarez, comunicación personal) y respecto a la atención de la viruela a principios del siglo XX (Di Liscia, en prensa).

[41] Más precisiones sobre las visitadoras (planes de estudio y características) y sobre las fuentes documentales escritas por ellas en su tarea diaria, en Di Liscia y Billorou, 2005. Se han rescatado nueve cuadernos escritos por cinco mujeres, que describen diariamente la tarea realizada y realizado una breve biografía a partir de testimonios orales y rescate de documentación fotográfica alusiva. Por lo cual, es posible afirmar su pertenencia a sectores medios de la población y su vinculación directa a los profesionales médicos en la obtención y mantenimiento de su tarea como visitadoras. Sólo una de las cinco tenía el título de visitadora, el resto eran maestras o amas de casa, y también, esposas o hijas de médicos que cumplieron funciones dentro de la Asistencia Pública (por ejemplo, Mercedes Mallo de Korn y Sara Baigorri de Acuña, esposas respectivamente de los médicos Korn y Acuña).

[42] **La Arena**, 21/08/1934. Una descripción de la actividad del Hogar Maternal e Infantil, institución derivada del Centro en 1939, en **La Arena**, 19/01/1939. En ambas notas se menciona la tarea de la Sra. De Ulibarri, visitadora, y del director de la Asistencia Pública, M. Cabella.

útiles. Así, vigilaban que los partos fueran realizados por parteras autorizadas y estaban obligadas a denunciar la atención ilegal de los nacimientos. Se ocupaban también de legalizar los matrimonios, sobre todo ante la presencia de hijos en la pareja, y de conseguir víveres en casos desesperados.[43]

Al salir de los centros sanitarios e ir hacia los pacientes, la labor sanitaria se complejizaba mucho más. Unida a la percepción de una multiplicidad de factores que afectaban la salud, la justificación para tal medida era detectar los problemas antes de que se hiciesen más profundos y la vez, proporcionar cierto "orden" social. El registro burocrático de la tarea diaria quizás proporcionaría una sensación de control total sobre las familias de una localidad pequeña, como era Santa Rosa en los años treinta y cuarenta, pero una lectura atenta de las fuentes permite a su vez observar las dificultades de la extensión de la medicalización. Así, la negativa a la vacunación, al uso de remedios y a la atención médica gratuita, unida a la permanencia de prácticas populares en la atención del parto y de niños pequeños, forman parte de la resistencia de los sectores más carenciados a la injerencia del Estado en su vida familiar.[44]

Los documentos escritos por las Visitadoras permiten también observar cierta división en la atención médica, entre quienes pueden pagar por ella y quienes son "*pobres de solemnidad*". Ante la mejora, a veces momentánea, de la situación laboral y económica, las familias dejaban de confiar en los centros públicos y se esforzaban por consultar un especialista privado, no solamente por reconocerle mayor capacitación sino porque depender de los recursos estatales simbolizaba también la exclusión y marginación social, ante sí y frente a los demás.[45]

IV.2. *Campañas*

Si bien las visitas sanitarias cumplían un rol importante dentro de la Capital del Territorio, la denuncia de epidemias y otros graves problemas sanitarios impulsaron la organización de un servicio fuera de Santa Rosa. En las notas alarmantes sobre la situación de abandono de la población que se repiten una y otra vez, la solución parecía ser las "*giras periódicas*"[46] de un equipo de técnicos y médicos. Desde los años treinta, ya habían

[43] Como ejemplo: "*Rodríguez Pilar: Se le visita y se encuentra solamente a los niños solos aparentan buen estado. Elba Ester Lastre: Se visita este nacimiento la madre nos manifiesta que fue atendida por la Sra. de Pavanello, tenemos la imprecion (sic) que el parto fue atendido por persona no calificada. Se hace presente la denuncia al Dr. Cabella para que tome las medidas del caso. Tamborini Eduardo: Se le visita y la madre nos dice que no lo trae al Centro porque se encuentra bien, para nosotros tiene mal aspecto pálido y desnutrido*" (Enero 19 de 1943, Cuaderno nº IX, Libertad Kelly, en Fondo Salud, AHP).

[44] Ver Junio 24 de 1938, Cuaderno nº I, Elena Zucca, en Fondo Salud, AHP, Febrero 7 de 1939, Cuaderno Nº 2, Elena Zucca, en Fondo Salud, AHP,

[45] Junio 2 de 1938, Cuaderno 1, Elena Zucca, en Fondo Salud, AHP: "*Poncela Juana: La niña no concurre desde hace un año se invita a la madre que la traiga a este Centro por que tiene los ojos enfermo (sic). Promete traer su hijo. La situación económica de los padres es buena".García Elba: Cuando nació se le hizo una visita y se le dejó Cartillas. La niña tiene 10 meses y toma pecho sólo y en forma desordenada. El aspecto de la niña es pálido tiene 2 dientes se para pero no camina. Se invita a la madre que haga examinar a su hija por médico se la habla de esta institución. Nos manifiesta que ella la llevará a médico particular*". Citas similares en todos los Cuadernos.

[46] "*El Oeste sin atención médica: La gente sin trabajo, alcoholizados, viven de cazar animales salvajes, se curan con curanderos, viven en promiscuidad con miserias y vicios*" (**La Arena**, 23/03/1939). "*Anoche regresaron los Doctores Cabella y Korn (...) en el recorrido por el Oeste, Cabella nos expresó que había*

aparecido menciones a desplazamientos del Director de la Asistencia Pública, M. Cabella, con fines de inspección y de vacunadores a diferentes localidades del interior pampeano (*La Arena,* 17/12/1934 y 26/12/1934).

Cinco años después, la prensa daba cuenta de un nuevo servicio, que periódicamente iba a recorrer el Oeste, a cargo del Dr. Korn y de visitadoras de higiene (*La Arena,* 03/02/1939). La organización incluía "*equipos automotores*", de los que se prometían 6 y fueron finalmente 2; uno donde viajaba el médico y su familia y otro donde viajaban los enfermeros, vacunadores y el chofer.[47] Estos viajes incluían localidades al margen del ferrocarril, que dependían de otros medios de transporte, más rápidos y confiables que el caballo pero más caros y difíciles de mantener con los recursos territoriales.[48]

Hacia 1942, se organizó un servicio dependiente del Consejo Nacional de Educación. En el listado de profesionales que realizaban la revisión médica a todos los escolares del Territorio, se incluye a 5 médicos de zona rentados, 3 odontólogos, 1 visitadora dietista, 3 visitadoras y 8 médicos, *ad-honorem,* y durante ese año, se atendieron 4490 niños en 104 escuelas, además de la atención realizada en domicilios y consultorios locales.[49]

Según una Visitadora Escolar, la tarea realizada incluía en Santa Rosa el dictado de conferencias, y en el interior del Territorio, la realización de "*campañas sanitarias*", casi exclusivamente de vacunación y atención odontológica.[50] En las Memorias, el Gobernador de entonces destacaba la tarea casi misional del servicio, ya que se menciona que las brigadas de especialistas, "*provistos de consultorios rodantes, recorren hasta los más apartados parajes del Territorio llevando los recursos de la ciencia a los escolares más pobres*" (Duval, 1946: 45).

A pesar de tan halagüeñas frases, profesionales y técnicos se encontraron con que, en realidad, las posibilidades de acceso al interior del territorio se complicaban por las características ecológicas y la inexistencia de los caminos, a lo cual se agregó la falta de combustible para los vehículos.[51] En el Territorio, las únicas vías de comunicación estaban

---

constatado también la existencia de enfermos crónicos y que había visitado a numerosas familias que viven en la mayor indigencia a las cuales hizo observaciones sugiriendo métodos de trabajo, higiene y medios de vida" (**La Arena**, 21/02/1939). Ver también **La Arena**, 23/02/1939.

[47] Mercedes Mallo, Visitadora de Higiene, acompañaba al marido en las giras con sus hijos, tal como aparece en fotografías de la época (en Di Liscia y Billorou, 2005). La prensa realizó una amplia cobertura (**La Arena**, 03/02/1939).

[48] Dentro de esta lógica, está la organización del Servicio de Aviación Sanitaria, creado en 1940 en colaboración entre el Departamento Nacional de Higiene y la Dirección General de Aeronáutica Civil (Aviación Argentina, Decreto Reglamentario, Buenos Aires, junio de 1941). Hay menciones en la prensa de la implementación del servicio pero no de su uso en el Territorio.

[49] Comisión Nacional de Ayuda Escolar, Nota del Dr. Julio Tapia al Gobernador Duval, 26/08/1943. AHP, Fondo Gobierno.

[50] Entrevista a Elvira del Viso de Lizárraga, Visitadora escolar, 02/04/05.

[51] El director del servicio señalaba que "*las actividades del personal técnico que colabora en esta obra no ha sido suficientemente intensa como el suscrito hubiera deseado, pues se ha tropezado con el inconveniente que supone la falta de material de trabajo, licencias prolongadas por parte del personal (visitadoras de higiene), y entorpecimiento en la movilización del camión médico odontológico durante los primeros meses, debido a la escasez de nafta a la falta de conductor*" (Comisión Nacional de Ayuda Escolar, Nota del Dr. Julio Tapia al Gobernador Duval, 26/08/1943. AHP, Fondo Gobierno).En **La Capital** del 26-09-1942, se señalaba "*Consultorio médico del Odontología, creado en 1941. A pesar de lo dicho por el Inspector del CNE de que la*

abiertas para la producción agrícola-ganadera del Este y para la explotación maderera del cercano Oeste a partir del ferrocarril.[52] Por lo tanto, la prometida expansión de una cultura médica moderna se hacía errática y en condiciones difíciles, ya que los mismos pobladores debían trasladarse de sus viviendas, dispersas en un área muy amplia y concentrarse en el momento que llegaban las brigadas sanitarias.[53]

De hecho, las dificultades del interior no podían resolverse con campañas generales, de atención primaria, que consistían sólo en una revisión general de los niños de un lugar o de todo el núcleo familiar. Dadas las pésimas condiciones sanitarias y sociales de la población, sobre todo la del Oeste, las giras no fueron más que un paliativo, que no podían dar solución a cuestiones estructurales, como la instalación de médicos o el sostenimiento de instituciones permanentes, ni a cuestiones estructurales, como la desnutrición, el analfabetismo, y, en general, el pauperismo, según se denuncia una y otra vez en las fuentes. A finales del período, los habitantes mantenían todavía prácticas médicas populares, detectadas años atrás,[54] y la profesionalización era una utopía, ya que la atención médica seguía siendo una responsabilidad familiar, porque no había médicos que se sintiesen atraídos ante una clientela tan dispersa y escasa de recursos.

Algunos funcionarios, entre ellos los jueces de paz, que representaban al Estado en todas sus formas, ejercían además como enfermeros y brindaban los únicos cuidados médicos en casos desesperados.[55] El reclamo continuó siendo por médicos permanentes, apoyados por el Estado con cargos, premios o subsidios dado que la actividad privada era un sostén impensable en el Oeste pampeano (*La Arena*, 14/11/1939), y también, por un uso racional de los recursos públicos. Curiosamente, otro juez de paz, señalaba que ante un paciente grave, no habían podido consultar con la Asistencia Pública por la radio de la policía para recibir los consejos del médico y trasladarlo a General Acha.[56]

A fines del período estudiado, un criterio militarizado del servicio se instaló en la Gobernación, a tono con la problemática social a nivel nacional. Dos ejemplos sirven para abonar esta cuestión. En primer lugar, la donación de sueldos militares al fondo de Subvenciones para financiar instituciones benéficas (ver Duval, 1946:43), publicitada para ampliar el apoyo social. En segundo lugar, hacia 1944, la flamante Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social inició una intensa campaña de vacunación antidiftérica y

---

niñez escolar está celosamente vigilada, el Servicio Médico Escolar carece de elementos esenciales; falta una oficina y un consultorio en Santa Rosa, instrumental y medicamentos".

[52] Hacia 1945, sólo estaba por pavimentarse la ruta nº 5 (Santa Rosa-Buenos Aires), de las 9 rutas restantes (35, 148, 159, 152, 154, 22 y 25) comunicaban el Este y las provincias vecinas. Sólo 2 rutas (150-143) comunicaban algunas localidades del Oeste (Stieben, 1946: 282-284).

[53] En Puelén, por ejemplo, el corresponsal de *La Arena* señalaba que a pesar de haber sido creado un cuerpo de médicos y visitadoras dotado con medios para giras periódicas, los pobladores no habían tenido la suerte de la visita, y también han caído en el vacío los pedidos para crear puestos sanitarios (24-08-1939).

[54] En 1909, quien luego fuera médico en la Asistencia Pública de Santa Rosa, denunciaba que en los pueblos del Oeste no había médicos ni podía haberlos porque el curanderismo invadía los pueblos y la campaña (**Anales del Departamento Nacional de Higiene**, 1909: 269).

[55] En un artículo escrito por el vecino cercano al Río Salado, se aclamaba la figura de un Juez de Paz, don Luis Gómez, quien podía tanto "*otorgar una guía de campaña, aplicar una inyección antipestosa, auxiliar a una madre en un parto, labrar un acta de matrimonio (...) siendo allí la función pública un verdadero apostolado*". Allí, donde un médico es "*un verdadero acontecimiento*" y la población ha sido diezmada por epidemias, los habitantes pueden contar con su carácter bondadoso, con su botiquín y su auxilio (**La Arena**, 02-08-1939).

[56] Notas y solicitudes del Gobernador Miguel Duval a Municipalidades y Comisiones de Fomento, Limay Mahuida, en AHP, Fondo de Gobierno.

antivariólica en las áreas rurales, "*utilizando los equipos móviles y otros equipos mecánicos disponibles*". Las dieciséis giras estaban planeadas y marcadas en un mapa *ad hoc*, que se agregaba al Expediente, en una nota firmada por el Mayor Iñíguez. En este caso, el Territorio debía acompañar y brindar alojamiento, información y locomoción.[57] Pero la organización escapaba a la visión regional y se incorporaba a una sistematización mayor y centralizada de la salud. Los médicos militares adquirieron así un papel más destacado,[58] en una estrategia política que los convertía en la salvaguarda del recurso más preciado de la patria: su población.

Reflexiones finales.

En los años treinta, se inició en La Pampa un proceso de transformación política, sin participación electoral. A través de la intermediación del gobernador, quien asumió en los cuarenta un protagonismo fuera de lo común, el Estado tuvo una presencia y dinamismo mayor. Sin embargo, las posibilidades de actuación autónoma estaban limitadas al presupuesto, dependiente de las decisiones nacionales, tanto en los ámbitos legislativos como del PEN y a las propias condiciones estructurales del Territorio, donde la comunicación era una utopía difícil de lograr.

En el caso particular de las instituciones sanitarias, el impacto del Estado no llegó a toda la población. Por un lado, se mantuvieron instituciones de sostén y organización de los centros sanitarios, como las sociedades de beneficencia, las municipalidades y las mutualidades, pero con un papel restringido a partir de la planificación y la centralización gubernamental, que se puede ver más claramente en el caso de las asociaciones benéficas. Por otro lado, existía ya una clientela de clase media; y muchos de los profesionales que ejercían en el ámbito público, como la Asistencia, hospitales y salas de primeros auxilios, también lo hacían en consultorios y sanatorios privados o atendían a mutualidades.

Las políticas públicas trataron de medicalizar a las clases populares, pero no fueron tan exitosas en los sectores medios. La atención de enfermedades venéreas y de la tuberculosis, así como el énfasis en el control epidemiológico a partir de campañas de vacunación y la inclusión infantil temprana, significó la posibilidad de beneficios médicos a desplazados completamente del sistema médico oficial. En la Capital territoriana, les aseguró el acceso a medicamentos y cuidado que no tenían posibilidades de obtener en otras instituciones, ya que las sociedades benéficas locales tenían recursos e infraestructura muy limitadas. En el caso de la Mutualidad, estaban especialmente excluidas las patologías sociales, muchas de las cuales fueron justamente el eje de las políticas sanitarias de los años treinta y cuarenta, a partir de las "visitas" higiénicas.

---

[57] Nota nº 1077, Exp. 7096-D-944, Buenos Aires, 12/02/1944. Firmado: Mayor Miguel Iñíguez, en AHP, Fondo Gobierno.

[58] En el caso de La Pampa, quienes realizaron estos viajes fueron el médico-Coronel Valentino y su esposa, también visitadora de higiene, durante la segunda mitad del '40. Sobre el interés de los médicos militares en la salud de la población del interior, se pueden consultar los artículos de Eugenio Galli, Director General de Sanidad en los **Anales de Biotipología Eugenesia y Medicina social** (ver sobre todo, año I, nº 3 y nº 9 y sobre todo, José Mendilaharzun ("Los déficit de aptitud para el servicio de la Armada y la morbilidad tuberculosa durante el servicio"), en la misma publicación (nº 93, 1940). En relación a las actividades sanitarias y de investigación, ver la **Revista de Sanidad Militar**, publicada desde 1891, especialmente los años 1938 a 1946.

Para los sectores medios, deseosos de una atención más especializada sin el consiguiente desplazamiento fuera del Territorio (lo cual ya era una promesa en los años cuarenta), asistir a las consultas en los centros públicos significaba compartir los espacios con los más carenciados y bajar en la escala social, así como someter sus propios cuerpos al escrutinio oficial, situación a la que no podían negarse quienes deseaban obtener cuidado y medicamentos sin cargo. Las instituciones privadas que surgieron en esos años tenían como función evitar el traslado y permitir el acceso local a las ventajas de la modernidad médica. Estos centros, ya no bajo el control de las sociedades de beneficencia sino de empresas y con un Directorio a cargo de profesionales y administradores, se analizarán en futuros trabajos, puesto que constituyen casos interesantes para observar los nuevos rumbos del sistema sanitario argentino en el interior del país.

En el intento de reglamentar las prácticas de las asociaciones y en la divulgación de las acciones de gobierno, tanto en la prensa como en publicaciones *ad hoc,* se observa el sesgo particular de este Estado "social", en la medida que no hay, como asegura Castel en relación al análisis mayor del Estado-providencia, dispendio ni gasto excesivo en el accionar. Lo que existe entonces es la afirmación de la noción de un poder supra-individual sobre las asociaciones y decisiones personales, pero cuyos deseos superan las posibilidades de realización. La preocupación por la extensión de derechos básicos de salud, vivienda y trabajo proporciona el marco de interpretación sobre lo "social", e implica funciones más extensas del Estado. Si bien en el ámbito municipal de los años veinte, algunos gobiernos, sobre todo los socialistas, habían impulsado medidas en ese sentido, fueron los gobiernos autoritarios de los años treinta y sobre todo, en los cuarenta, los que intentaron formalizar un sistema estatal sanitario, unido a instituciones vinculadas con la salud y lo social, como los comedores escolares, las colonias de niños débiles y colonias de vacaciones.

De todas maneras, en cada una de estas instituciones se puede observar la intervención de las comunidades locales en su origen y mantenimiento, lo cual implica entonces una permanente relación y modificación de la sociedad y el Estado. Otros actores perdieron peso relativo en esta pulsión sanitaria más dinámica, como las sociedades de beneficencia, sin desaparecer por completo. No aparecieron, como tampoco lo habían hecho en el período anterior, instituciones religiosas a cargo de hospitales u otros centros sanitarios, aunque restaría por explorar la influencia de la medicalización higiénica, en los mensajes y prácticas de "civilización" de los proyectos religiosos de los colegios salesianos, por su expansión en áreas con débil presencia estatal.

Las estadísticas sanitarias sirvieron como andamiaje teórico para otorgar valores numéricos a problemas graves de morbilidad y mortalidad; primero se puede observar cierta invisibilidad censal y luego se utilizan las cifras como herramienta en las futuras políticas sanitarias. La captura de información a nivel territorial fue justamente uno de los mayores aportes de este período, y se convirtió en un reclamo constante de la Gobernación hacia las entidades públicas y privadas. La Pampa, de acuerdo a los índices de fertilidad y mortalidad infantil nacional, estaba dentro del nivel medio y no en los niveles preocupantes de las provincias del Norte argentino. Un registro pormenorizado de los valores, sobre todo los de mortalidad, se transformó en un objetivo político, y su publicidad formó parte de la necesidad de demostrar una mayor sensibilidad social.

Llama la atención, sin embargo, que no hubiera una preocupación por medir el desarrollo del proceso de medicalización, con el registro de la cantidad de camas y

profesionales sanitarios por habitante. En las *Memorias* y Censos Territoriales, los datos son erráticos y difíciles de coordinar con otras agencias y estadísticas nacionales. Entre 1933-1938, se observa un aumento de camas y luego, hacia 1940, un leve descenso que puede deberse a dificultades del mismo funcionamiento burocrático. A pesar de ello, se incrementaron las instituciones públicas y se pusieron en marcha proyectos sanitarios innovadores, como las visitas y las campañas sanitarias, con brigadas de especialistas en una lucha real y simbólica contra la enfermedad, la pobreza y los "vicios" sociales. La prensa apoyó estos esfuerzos, sin dejar de criticarlos en sus alcances reales, y, en ocasiones, dejando entrever las pulsiones localistas por sobre objetivos más generales de funcionamiento, que podían complicar dichas resoluciones.

Las diferencias entre las regiones del Territorio, sobre todo el Este vs. el Oeste, sin embargo, no estaban claramente distinguidas en las cifras sino en la percepción de los funcionarios, especialistas y en la opinión pública. Las llamadas de atención permanente a los problemas del "Oeste", contrastan con un proceso de crisis agrícola en el Este, ya que, paralelamente a este fenómeno, el número de habitantes iba en descenso. Por lo tanto, el marco general que sirvió de argumentación no fue sólo la protección de los niños, las madres y los trabajadores, así como de otros sectores en riesgo social. Esta expansión pública, aún relativa e insuficiente, se inició durante el despoblamiento a raíz de la crisis agrícola de mediados de los años treinta.

Paradójicamente, el desarrollo no se dio por la presión demográfica y la modernización urbana, como había sucedido en las ciudades del Litoral, sino por la inversión de este proceso. Esta situación presentaría un punto de comparación que diferenciaría la intencionalidad política en las áreas centrales de desarrollo económico respecto de las políticas sanitarias de los Territorios Nacionales, como el de La Pampa. Así, el fortalecimiento del control en las instituciones sanitarias se incluye dentro de medidas más amplias, tendientes a generar a partir de los años treinta y para la población más pobre, un espacio protegido de los avatares económicos, impensable con anterioridad. Resta aún por distinguir el éxito de las políticas al menos en su impacto demográfico, difícil de observar con las estadísticas disponibles hasta el momento, pero queda claro su papel institucional, en la medida que colocaron al Estado como el principal árbitro en las cuestiones sanitarias, brindando a los agentes públicos un peso social más significativo.

Anexo 1
Cuadro n° 1.
Mortalidad Infantil Santa Rosa, C/1000(1925-1937)

Fecha	0-1 año	1-2 años	Total Nac	Total def 0-1 año	Total def 1-2 años
1925	154,46	17,85	336	52	6
1926	93,95	17,44	334	32	6
1927	132, 27	16,21	370	49	6
1928	156,91	18,64	376	59	7
1929	119, 80	17,11	409	49	7
1930	85,67	15,93	502	43	8
1931	83,12	16,92	421	35	7
1932	69,71	43,58	459	32	2
1933	67,50	21,90	474	32	10
1934	80,78	10,91	458	37	5
1935	97,50	79.82	441	43	33
1936	57,91	12,84	468	27	6
1937	95,23	16,67	420	40	7

*cada 1000 nacidos vivos.
Fuente: Pérez Virasoro, 1938.

Cuadro n° 2.
Mortalidad infantil en la Pampa por Departamentos (1938)*

Departamento	Total nac	Nacidos muertos	Defunc De o-1 a.	Defunc De 1-2 a.
Atreucó	**198**	**50,50**	**60,60**	**20,20**
Capital	**445**	**17,92**	**101,12**	**15,07**
Caleu Caleu	**3**	-	-	-
Catriló	145	34,48	62,06	-
Chalileo	94	-	106,38	21,26
Chicalcó	33	-	60,60	30,30
Chapaleufú	233	55,50	38,62	8,58
Conhelo	358	64,17	72,68	11,17
Curacó	65	15,38	76,92	15,88
Guatraché	307	42,34	94,46	16,28
Hucal	372	21,50	59,13	5,37
Loventué	257	50,58	128,40	77,82
Lihue Calel	7	-	-	-
Limay Mahuida	70	-	71,42	14,28
Maracó	295	33,89	74,57	6,77
Puelén	58	-	120,68	-
Quemú Quemú	234	25,63	89,73	4,27
Rancul	298	43, 01	87,25	6,71
Realicó	279	25,09	35,84	3,58
Toay	112	29,46	39,28	-
Trenes	193	36,26	36,26	-
Utracán	346	60,69	124,27	34,68
Total	**4402**	**36,54**	**79,22**	**11,12**

*cada 1000 nacidos vivos.
Fuente: **La Arena**, 29-06-1939.

Cuadro nº 3
Población de la Pampa (1895-1947)

Fecha	Total población	Nativos	Extranj	% Extranj
1895	25914	21363	4551	17,5
1912	88683	56137	32546	36,7
1914	101338	64287	37051	36,5
1920	122535	85470	37065	30,2
1935	175077	142045	33032	18,9
1942	167352	141945	25470	15,2
1947	169480	146875	22605	13,3

Fuente: Ander Egg, 1958: 57

Cuadro nº 4
Población de la Pampa, Departamentos seleccionados* (1920-1942)

Fecha	**Departamento**	**Población**
1920	Maracó (E) Chicalcó (O)	10459 769
1935	Conhelo (E) Lihue Calel (O)	15458 1130
1942	Capital (E) Chicalcó (O)	17336 1037

* Se seleccionaron los Departamentos más poblados y los menos poblados de acuerdo a los censos territoriales 1920, 1935 y 1942. **Fuente**: Ander Egg, 1958. Elaboración propia.

Cuadro nº 5
Instituciones sanitarias en la Pampa, 1933-1940

Fecha	**Total**	**Pertenencia**		**Camas**	**Localidades**
		Estatal	**Privada**		
1933	6	1	5	100	General Acha Victorica Santa Rosa (2)* General Pico Macachín
1935	10	3	7	181	General Acha Victorica Santa Rosa (3) General Pico (3) Macachín Trenes
1938	14	7	7	398	General Acha Victorica Santa Rosa (4) General Pico (3) Macachín Trenel Eduardo Castex Villa Alba Bernasconi
1940	14	7	7	380	S/d

* Los números entre ( ) señalan la cantidad de instituciones en cada localidad, cuando excede 1 (uno). **Fuentes: Primera Conferencia Nacional de Higiene Social**, Buenos Aires, 14-15 de octubre de 1933; Pérez Virasoro, 1938; **Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene**, Año IV, 1940. Elaboración propia.

Cuadro nº 6
La pampa: población y profesionales sanitarios, 1935-1947

Fecha	Total Población	Total Prof. Sanitarias	Prof. C/ 1000 Hab.	.Total Camas	Camas C/1000 Hab
1935	175.077	146*	0,8	181	1,03
1947	170.549	237	1, 3	S/d	S/d

*de los cuales, 73 son médicos. **Fuentes**: Ander Egg, 1958; Pérez Virasoro, 1936, 1938. Elaboración propia.

Cuadro nº 7
Registro de Gastos de la Sociedad Española de Socorros Mutuos (1935-1943)*

Año	Farmacia	Médicos	Operaciones y Rayos X	Partera
1935	638,59	2555	1675,50	30
1936	727,34	3163,51	503,09	60
1937	828,28	2432	1915,60	30
1938	1707,36	3613,45	1413,40	-
1939	869,98	2250	710, 10	-
1940	875,88	1543,50	-	40
1941	1167,99	2160	951,50	40
1942	1391,82	2160	254,20	80

*: en $ m/n.
Fuente: Memoria de la Sociedad Española de Socorros Mutuos, Santa Rosa, 1943. Elaboración propia.

Bibliografía y Fuentes

Fuentes editas e inéditas

Anales de Biotipología Eugenesia y Medicina social, Biblioteca Facultad de Medicina, UBA, 1933-1940
Anales del Departamento Nacional de Higiene, Biblioteca Facultad de Medicina, UBA, 1900-1935
Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene, Biblioteca Facultad de Medicina, UBA ,1937-1943.
Censo General del Territorio Nacional de la Pampa. Año 1942, T. I, Población, Miguel Duval, General de Brigada, Ministerio del Interior, Gobernación de La Pampa.
Diario **Germinal**, Partido Socialista Popular, Santa Rosa. Serie 1927-1928.
Diario **La Arena**, Archivo del Diario La Arena, Santa Rosa. Serie: 1933-1946.
Duval, Miguel, **Memoria Gráfica. Período de Gobierno 1939-1945**, Santa Rosa, Gobernación de la Pampa, República Argentina, Ministerio del interior, 1946.
Duval, Miguel, **Memoria presentada al Superior Gobierno de la Nación, Período: 1940-1941**, Santa Rosa, Talleres Gráficos de la Gobernación de la Pampa, 1941.
Fondo Gobierno, AHP, Santa Rosa, Notas e informes. Serie: 1933-1946.
Fondo Justicia, AHP, Santa Rosa: Expedientes de Ejercicio Ilegal de la Medicina, 1924-1928.
Fondo Prensa, AHP, Santa Rosa, Diarios: La Reforma, Gobierno Propio, n^{os} seleccionados.
Fondo Salud, AHP, Santa Rosa: Cuadernos de las Visitadoras, Cuadernos y registro del Hogar Maternal, Libros y registros de vacunación e internación. Serie: 1900-1944.
Pérez Virasoro, Evaristo, **Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación**, años 1936-1937, Santa Rosa, Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa, 1938.
Revista de Sanidad Militar, Biblioteca de la Facultad de Medicina, UBA, 1938-1946,
Sociedad Española de Socorros Mutuos, Santa Rosa: Memorias y Estatutos, Serie: 1894-1943.
Stieben, Enrique, **El pasado y el presente de La Pampa**, Conferencias radiales, L.R.A., Radio del Estado, Publicación dispuesta por el Gobernador del Territorio, General de Brigada D. Miguel Duval, como suplemento de la Memoria Gubernativa, 1939.
Stieben, Enrique, **La Pampa. Su Historia. Su geografía. Su realidad y porvenir**, Buenos Aires, Peuser, 1946.

Bibliografía

Altamirano, Carlos
2001 **Bajo el signo de las masas (1943-1973)**, Buenos Aires, Ariel Historia.

Ander Egg, Ezequiel
1958 **La Pampa. Esbozo preliminar para un estudio de su estructura socio-económico,** Volumen 1.Demografía, Santa Rosa, Gobierno de la Provincia de la Pampa.

Andrenacci, Luciano, Fernando Falappa y Daniel Lvovich
2004 "Acerca del Estado de bienestar en el peronismo clásico (1943-1955)", en J. Beltranou et al, **En el país de no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en la Argentina,** Buenos Aires, Prometeo, pp. 83-114.

Armus, Diego y Susana Belmartino
2001 "Enfermedades, médicos y cultura higiénica" en Alejandro Cattaruzza, (dir), **Nueva historia argentina. Tomo 7. Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943),** Buenos Aires, Sudamericana, pp. 283-329.

Belmartino, Susana

2004 "La emergencia del Estado social en Argentina: construcción de nuevas relaciones Estado/sociedad en salud", en Adriana Alvarez et al. (ed.), **Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX**, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, pp. 257-290.

Belmartino, Susana
2005 **La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos**, Buenos Aires, Siglo XXI.

Birn, Anne E.
2003 "Revolution, The Scatological Way of The Rockefeller Foundation's Hookworm campaing in 1920 Mexico", en Diego Armus, (ed.), **Disease in the History of Modern Latin America. From Malaria to AIDS**, Durham and London, Duke University Press, pp. 158-182.

Bohoslavsky, Ernesto y María Silvia Di Liscia
2005 "Introducción. Para desatar algunos nudos (y atar otros)", en María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky, (eds.), **Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940,** Buenos Aires, Prometeo- EDULPAM-UNGS, pp. 9-22.

Bourdieu, Pierre
1996 **Cosas dichas,** Barcelona, Gedisa.

Castel, Robert
1997 **La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado**, Buenos Aires, Paidós Estado y Sociedad.

Cueto, Marcos
1997 **El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX,** Lima, IEP.

Di Liscia, María Silvia
2004 "Médicos y maestros. Higiene, eugenesia y educación en Argentina, 1880-1940", en María Silvia Di Liscia y Graciela Nélida Salto, (eds.), **Higienismo, educación y discurso en la Argentina, 1870-1940,** Santa Rosa, Edulpam, pp. 37-64.

Di Liscia, María Silvia y Daniela Bassa
2004 "Tiempos y espacios de reclusión. Sobre marginación, locura y discurso médico en el interior argentino. La Pampa, 1898-1930" en Adriana Alvarez et al. (ed.), **Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX**, Mar del Plata, Universidad Nacional de Mar del Plata, pp. 47-69.

Di Liscia, María Silvia y María José Billorou (eds.)
2005 *Cuadernos* **de las visitadoras de higiene. Fuentes para una historia regional de género,** Santa Rosa, Edulpam, Cuadernos del Instituto nº 2.

Di Liscia, María Silvia
2007 "Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el Territorio pampeano (1884-1933)", en Di Liscia, María Silvia, Andrea Lluch y Ana Lassalle, (ed.), **Al oeste del paraíso. La transformación del espacio natural, económico y social en la Pampa Central (Siglos XIX-XX),** Santa Rosa, EDULPam, pp. 67-81.

Di Liscia, María Silvia
(en prensa) "Imaginarios y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX", **Entrepasados**, Revista de Historia, Buenos Aires.

Etchenique, Jorge

2001 **Pampa central, primera parte (1884-1924). Movimientos provincialistas y sociedad global**, Santa Rosa, Nexo.

Etchenique, Jorge
2003 **Pampa central, segunda parte (1925-1952). Movimientos provincialistas y sociedad global**, Santa Rosa, Nexo.

Halperín Donghi, Tulio
2000 **Vida y muerte de la República verdadera (1910-1930),** Buenos Aires, Ariel Historia.

Hochman, Gilberto
1998 **A era do saneamento**, Hucitec-ANPOCS, Sao Paulo.

Lima, Nísia T. y Hochman, Gilberto
2004 "'Pouca saúde e muita saúva': sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais" en Hochman, Gilberto; Armus, Diego (orgs.) **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina,** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 493-525.

Lima, Nísia T. y Hochman, Gilberto
1996 "Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República" en Maio, Marcos Chor; Santos, Ricardo Ventura (orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro, Fiocruz/Centro Cultural Centro do Brasil, pp. 23-40.

1980 **Inventario Integrado de los recursos de la Provincia de La Pampa. Clima, geomorfología, suelo y vegetación,** Buenos Aires, Instituto de Tecnología Agropecuaria-Provincia de la Pampa-Universidad Nacional de La Pampa.

Leoni de Rosciani, María Silvia
2001 "Los Territorios Nacionales", en **Nueva Historia Argentina,** Academia Nacional de la Historia, T. VIIII, 4ta parte: La Argentina del siglo XX, 1914-1983; Buenos Aires, Planeta, pp. 43-76.

Lluch, Andrea M.
2002 "Un largo proceso de exclusión. La política oficial y el destino final de los indígenas ranquelinos en La Pampa: Colonia Emilio Mitre", **Quinto Sol. Revista de Historia Regional,** año 6, nº 6, pp. 43-68.

Lluch, Andrea M.
2004 **Comercio y Crédito en La Pampa a inicios del siglo XX. Un estudio sobre el papel económico de los almacenes de ramos generales**, Tesis Doctoral, Programa Inter-universitario de Doctorado en Historia, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Tandil.

Lluch, Andrea M. (ed.)
2005 **Memorias de Gobernadores del Territorio Nacional de La Pampa, siglo XIX,** Santa Rosa, Edulpam-Gobierno de la Pampa.

Otero, Hernán
2004 "La transición demográfica argentina a debate. Una perspectiva especial de las explicaciones ideacionales, económica y política institucionales" en Hernán Otero, **El Mosaico argentino. Modelos y representaciones del espacio y de la población, siglo XIX-XX,** Buenos Aires, Siglo XXI, pp. 71-170.

Oszlak, Oscar
1997 **La formación del Estado argentino. Orden, progreso y organización nacional**, Buenos Aires, Planeta.

Persello, Virginia

2000 "Los gobiernos radicales: debate institucional y práctica política", en R. Falcón, (dir.), **Democracia, conflicto social y renovación de ideas (1916-1930),** Nueva Historia Argentina, tomo 6, Buenos Aires, Sudamericana, pp. 58-99.

Ramacciotti, Karina
2001 "La política sanitaria argentina entre 1946-1954: las propuestas de Ramón Carrillo", en **Taller. Asociación de Estudios de Cultura y Sociedad,** nº 17, pp. 35-55.

Rodríguez, Ana M.
1997 **Informe Final. Beca de Iniciación Mujeres, Estado y Filantropía.** Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Santesteban, Leonardo
2004 "Duval, ¿el peronismo antes de Perón?", en **Historias de La Pampa desconocida. Ciclo de Charlas y debate sobre Historia Regional**, Santa Rosa, APE, pp. 18-33.

Sidicaro, Ricardo
2002 **Los tres peronismos. Estado y poder económico, 1946-55, 1989-99**, Buenos Aires, Siglo XXI.

Suriano, Juan
2004 "Los historiadores y el proceso de construcción del Estado social", en J. Beltranou et al, **En el país de no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en la Argentina,** Buenos Aires, Prometeo, pp. 33-53.

Torrado, Susana
2003 **Historia de la familia en la Argentina moderna, 1870-2000**, Buenos Aires, Ediciones La Flor.