

“Niños sanos para el progreso pampeano”. Las políticas de protección de la salud infantil en el Territorio Nacional de La Pampa en la primera mitad del siglo XX*

MARÍA JOSÉ BILLOROU IMAZ

Profesora de la Universidad Nacional de La Pampa (Argentina). Correo electrónico: majobillo@gmail.com. La autora es Magister en Estudios Sociales y Culturales de la Universidad Nacional de La Pampa (Argentina). Entre sus publicaciones recientes tenemos: “Las mujeres en los márgenes: Educación y salud en el interior argentino (1930-1945)” *Delaware Review of Latin American Studies*, Vol. 17 No. 2 (2016) y “Mujeres que trabajan. Las maestras pampeanas en la primera mitad del siglo XX” *Anuario de la Facultad de Ciencias Humanas*, N° XII (2015). Entre sus temas de interés están historia de la salud, historia social, historia de la infancia y género.

Recibido: 1 de septiembre de 2016

Aprobado: 26 de enero de 2017

Modificado: 8 de febrero de 2017

Artículo de investigación científica

DOI: <http://dx.doi.org/10.15648/hc.31.2017.3>

* Este artículo forma parte del proyecto: “Burocracias e instituciones en la Argentina: salud, educación, tecnología, seguridad y administración en contexto histórico (siglo XX)” financiado por la Universidad de La Pampa (Argentina).

Esta publicación está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0



“Niños sanos para el progreso pampeano”. Las políticas de protección de la salud infantil en el Territorio Nacional de La Pampa en la primera mitad del siglo XX

Resumen

Este trabajo busca analizar el impacto concreto de las políticas sanitarias y asistenciales, concebidas a nivel nacional, para el amparo de la infancia en un área del interior argentino, La Pampa. La creación de instituciones de protección a determinados sectores, considerados vulnerables, los niños y las madres, permiten estudiar, especialmente para el caso del Territorio Nacional de la Pampa, los alcances y los límites de las acciones estatales. Los Censos, las memorias de los gobernadores, las memorias de la Dirección de Maternidad e Infancia, la prensa médica, los registros del personal del Centro de Higiene Materno Infantil, muestran un entramado de actores y prácticas que constituyen la estructura institucional del cuidado infantil tanto a nivel nacional como local.

Palabras clave: Políticas sociales, Protección materno-infantil, Estado, La Pampa.

“Healthy children towards the progress in La Pampa”. Policies for the protection of children’s health in the National Territory of La Pampa in the first half of the 20th century

Abstract

This paper aims at analyzing the concrete impact of health and welfare policies conceived at the national level for the protection of children in an area of the Argentinean interior, La Pampa. The creation of institutions to protect certain sectors, considered vulnerable, children and mothers, allow to study the scope and limits of state actions, especially for the case of the National Territory of La Pampa. The Censuses, Governor’s Memoirs, Memoirs of the Maternity and Childhood Directorate, the Medical Press, and the Maternal and Child Health Center staff records show a network of actors and practices that constitute the institutional structure of child care nationally and locally.

Keywords: Social policies, Maternal and child protection, State, La Pampa

“Crianças saudáveis para o progresso dos Pampas”. As políticas de proteção da saúde infantil no Território Nacional dos pampas na primeira metade do século XX

Resumo

Este trabalho busca analisar o impacto concreto das políticas sanitárias e assistenciais, concebidas a nível nacional, para o amparo da infância em uma área do interior argentino, La Pampa. A criação de instituições de proteção a determinados setores, considerados vulneráveis, as crianças e as mães, permitem estudar, principalmente para o caso do Território Nacional, da Pampa, os alcances e os limites das ações estatais. Os Censos, as memórias dos governadores, as Memórias da Direção da Maternidade e infância, a Imprensa Médica, os registros de funcionários do Centro de Higiene Materno-infantil, mostram uma rede de atores e práticas que constituem a estrutura institucional do cuidado infantil tanto a nível nacional como local.

Palavras-chaves: Políticas sociais, Proteção Materno-infantil, Estado, La Pampa.

“Des enfants sains pour le progrès de la Pampa”. Les politiques de protection de la santé des enfants dans le Territoire National de la Pampa dans la première moitié du XXème siècle

Résumé

Ce travail cherche à analyser l'impact concret des politiques sanitaires et d'assistance sociale, conçues au niveau national visant la protection des enfants de la Pampa, en Argentine. La création des établissements de protection permettent l'étude des effets et limitations des actions gouvernementales dans certains secteurs considérés vulnérables (enfants et mères). Les recensements, les rapports des gouvernements, les rapports de la Direction de Maternité et enfance, la presse médicale, les registres du personnel du centre d'hygiène maternel et des enfants montrent toute une liste d'acteurs et pratiques constituant la structure institutionnelle du soin des enfants au niveau national et local.

Mots clés: Politiques sociales, Protection maternel et des enfants, État de la Pampa.

INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX, la creciente preocupación por la salud, la atención y la protección a la infancia convocaron la atención de la opinión pública y legitimaron la intervención estatal mediante la ejecución de políticas sanitarias destinadas al cuidado infantil. El colectivo médico cumplió un rol fundamental en ellas no solo como su ejecutor sino como su garante mediante la creación de un discurso científico sobre la crianza infantil. De esta manera, el cuidado infantil se transformó después de la Primera Guerra Mundial en un tema central de la agenda internacional y permitió la difusión de ideas, discursos y prácticas dentro de la comunidad científica.

Las políticas de protección a la infancia, originariamente urbanas, tuvieron como objetivo, en un primer momento, la reducción de su mortalidad pero además se encaminaron a responder a los desafíos de la presencia creciente de niños en su seno. De esta manera, se perfiló una nueva concepción de la infancia que remarcaba su diferenciación con el mundo adulto.

Sin embargo, hacia principios de siglo, los territorios nacionales, áreas de muy reciente poblamiento, parecían estar aisladas de estas iniciativas, debido a una visión benéfica e idílica de su entorno que las asociaba con ausencia de enfermedades y patologías. No obstante, hacia los años 30 del siglo XX, paulatinamente, estas ideas llegaron al Territorio Nacional de La Pampa y generaron la necesidad concreta del accionar público especialmente sobre los sectores populares, a partir de la instauración de instituciones sanitarias y del afianzamiento de la profesión médica.

El Estado nacional, a finales de la década de 1930, creó instituciones y gestó políticas públicas, de mayor alcance, para garantizar la salud y el bienestar infantil a lo largo del territorio argentino. Aunque las primeras iniciativas para la protección de madres y niños comenzaron hacia fines del siglo XIX, su acción se había circunscrito a las principales ciudades del Litoral, especialmente Buenos Aires. La preocupación por el futuro de la población argentina basada en razones morales y políticas (en consonancia

con las ideologías médicas eugénicas¹) promovió en el Territorio Nacional de La Pampa una atención privilegiada a los niños de madres pobres. Su funcionamiento efectivo dependió de un entramado de relaciones suscitadas entre diferentes jurisdicciones; de esta manera colocó la ejecución concreta de las políticas de protección y asistencia a la niñez tanto en los distintos agentes estatales como en la comunidad. Dentro de una estructura sanitaria en ciernes, —en 1930—, se creó un centro maternal transformado en 1937 en un Centro MaternalInfantil, dependiente de la Dirección de Maternidad e Infancia, al cual se anexó un Hogar MaternoInfantil. La concepción de la labor a realizar se encontraba fuertemente anclada en experiencias urbanas; la posibilidad de atender a una población diseminada en un territorio dilatado con desigualdades regionales, que como la prensa local describía, dificultaba “la intervención rápida de los centros, cuando la ayuda debe ser llevada a lugares distantes y despoblados”² solamente se esbozó en los inicios de la década de 1940 con el desarrollo de Campañas Sanitarias. Estos habitantes, con graves necesidades estructurales, desnutrición y pauperismo, permanecieron aislados y olvidados.

Este artículo analiza la construcción de una incipiente política de protección materno-infantil en un área del interior argentino, La Pampa³, que a

1 La teoría eugenésica fue elaborada por Francis Galton a fines del siglo XIX, quien la consideró como la ciencia del mejoramiento del linaje y sostuvo la importancia de la herencia en la obtención de todos los caracteres de los seres vivientes, de manera que la influencia del medio resultaba mínima en el desarrollo de los individuos. La finalidad de la eugenesia, entonces, era utilizar todos los medios que puedan razonablemente utilizarse para hacer que las clases más útiles para la comunidad contribuyan más que lo que es su proporción a la siguiente generación. Armando García González y Raquel Álvarez Peláez, *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)* (Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999), XXIII-XXIV. El abordaje de la teoría eugenésica provocó una distinción entre los diferentes alcances desarrollados por los países anglosajones y latinos en su conceptualización e implementación. Nancy Leys Stepan, *“Hour of eugenics”: Race, Gender and Nation in Latin America*. (Ithaca: Cornell University Press, 1991). Discutido por una serie de trabajos. Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (comp.), *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. (Buenos Aires: Siglo XXI de Argentina Editores, 2005), Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (dirs.), *Una Historia de la Eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales* (Buenos Aires: Biblos, 2012).

2 “Pueblos sin defensa médica”, *La Capital*, Santa Rosa, 7 de junio, 1939, 2.

3 El Territorio Nacional de La Pampa, localizado en el centro de la Argentina, comparte rasgos físicos, ambientales, históricos y geográficos con distintos espacios; al noroeste presenta características de la llanura pampeana, al extremo oeste, del área cuyana y al centro sur, del ambiente patagónico. El proceso de conquista de los pueblos originarios y ocupación militar de los territorios, conocido como la “Conquista del Desierto” en 1879, provocó el repoblamiento junto a la ocupación de las tierras

partir de su condición legal de territorio, posibilita no solo considerar la planificación de las políticas sanitarias y asistenciales concebidas a nivel nacional para el amparo de la infancia sino su puesta en práctica en un dilatado espacio con una población radicada en pequeñas localidades. Hasta los años 50, la mayoría de los habitantes pampeanos vivían en áreas rurales, las ciudades concentradas en la franja este del territorio eran incipientes: solo dos de ellas tenían diez mil habitantes, el resto no superaba los cinco mil habitantes; en ellas la vida cotidiana giraba en torno a la llegada del ferrocarril, la siembra y la cosecha⁴.

Los censos, las memorias de los gobernadores, las memorias de la Dirección de Maternidad e Infancia, la prensa médica, los registros del personal del Centro de Higiene Materno Infantil, muestran un entramado de actores y prácticas que constituyen la estructura institucional del cuidado infantil tanto a nivel nacional como territorialiano.

1. LAS POLÍTICAS NACIONALES POR LA SALUD INFANTIL: EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE

A principios del siglo XX, en el mundo occidental, el desarrollo de la salud infantil respondió a diferentes factores, entre ellos el impulso brindado por el movimiento higienista –debido a sus dimensiones poblacionales y raciales– y el proceso de medicalización que afectó a la sociedad. El higienismo señaló la importancia de la protección física de la niñez, especialmente de aquellos sectores más pobres y vulnerables; sus prácticas apuntaban al fortalecimiento del cuerpo, el contacto intenso con el aire y el sol, el

despojadas. El Estado Argentino los incorporó mediante la Ley N°1532 de 1884 como Territorios Nacionales; situación que implicó la adopción de un tipo de organización político-administrativa caracterizada por la centralización del poder. Los habitantes de los Territorios Nacionales no podían elegir autoridades para la Gobernación, directamente nombradas por las autoridades centrales y a nivel nacional carecían de representación parlamentaria; sus derechos políticos estaban restringidos. De esta manera, se impulsó la puesta en marcha de un proyecto modernizador mediante la subordinación de las nuevas sociedades a la autoridad nacional. Andrea Lluch, y Claudia Salomón Tarquini, ed.. Historia de la Pampa. Sociedad, política y economía desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización (ca. 8000 AP a 1952) (Santa Rosa: EdUNLPam, 2014).

4 María Silvia Di Liscia, Claudia Salomón Tarquini y Stella Cornelis, “Estructura social y población”, en Historia de la Pampa II. Sociedad, política y economía de la crisis del treinta al inicio de un nuevo siglo, eds Andrea Lluch y María Silvia Di Liscia, (Santa Rosa: EdUNLPam, 2011), 59-60.

desarrollo de hábitos cotidianos de disciplina, higiene personal, conducta y una alimentación adecuada⁵. Sin embargo, a partir de 1920 estimuló la creación de una red de instituciones de asistencia y prevención, destinadas a responder a los cambios que la modernización había provocado⁶.

La Salud Pública incorporó tempranamente la especialización médica para crear una medicina de la infancia gracias a razones morales y políticas, en consonancia, desde luego con ciertas novedades técnicas y científicas. El sistema tradicional de atención a la salud en Argentina estaba basado en la figura del médico, que ejercía su tarea generalmente solo o con uno o dos médicos asociados. Sin embargo, desde comienzos de siglo XX, existieron centros de atención especializadas en donde comenzaron a diferenciarse algunas especialidades; entre las primeras se encontraban la atención de niños⁷.

Dentro de esta incipiente especialización de la práctica médica, el cuidado de la salud materno-infantil, paulatinamente, se fragmentó en numerosos saberes expertos; la obstetricia reivindicó para sí la atención del nacimiento y de los primeros momentos de la vida humana; simultáneamente la pediatría centralizó el cuidado de la salud durante la niñez. Hacia 1920, el proceso de construcción de la pediatría como especialidad médica se había consolidado; en tanto resultado del triunfo de una serie de argumentos fundados en el estatuto social específico de la infancia por sobre aquellos otros que defendían el carácter común del cuerpo de niños y adultos y, por

5 Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (Buenos Aires: Edhasa, 2007), 97-98.

6 Diego Armus, “El descubrimiento de la enfermedad como problema social”, en *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Nueva historia argentina. Tomo 5 (dir.) Mirta Lobato (Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2000). Adriana Álvarez y Daniel Reynoso, “Entre el abandono y la debilidad. El cuidado de la salud en la primera infancia, 1920-1930”, en *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX* eds. Isabella Cosse, Valeria Llobet, Carla Villalta y María Carolina Zapiola (Buenos Aires: Teseo, 2011).

7 Esta organización se debió a que las bases científicas técnico-científicas de la práctica profesional no requerían todavía instalaciones complejas ni estimulaban la división en especialidades. La profesión médica estaba coordinada por redes informales de referencia entre generalistas y especialistas, y por relaciones flexibles de equipo médico y entre médicos y hospitales. Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos* (Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005), 24-25.

lo tanto, una atención clínica común a pacientes de cualquier edad⁸. Desde sus inicios la práctica médica pediátrica estuvo muy vinculada a actividades de carácter educativo⁹.

En Argentina, el grupo médico se asoció con el Estado¹⁰ debido a la importancia adquirida para el Estado del área de atención a la salud y del control higiénico de la población, a la luz de la aparición de la cuestión social a fines del siglo XIX. La modernización del país trajo aparejados nuevos problemas, derivados sobre todo de la inmigración, la urbanización descontrolada y de una incipiente industrialización. La sociedad, cada vez más compleja y heterogénea, requirió de una actividad gubernamental más amplia y sofisticada que estimuló la creación de organismos específicos para canalizarla; de esta manera, aumentó la influencia del naciente entramado profesional, en especial del colectivo médico¹¹.

Durante el período de entreguerras, se consolidó el proyecto político de un grupo de médicos quienes, a partir del Departamento Nacional de Higiene, intentaron responder a los problemas sociales y ampliar la estructu-

8 El proceso de consolidación de la pediatría como especialidad médica implicó la obtención de algún grado de legitimidad, tanto al interior del campo científico profesional de la medicina, como afuera y más allá del mismo. María Adelaida Colángelo, “El saber médico y la definición de una ‘naturaleza infantil’ entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX en la Argentina”, en *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX*, eds. Isabella Cosse, Valeria Llobet, Carla Villalta y María Carolina Zapiola (Buenos Aires: Teseo, 2011), 109-110.

9 Esteban Rodríguez Ocaña, “La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea”, *DYNAMIS Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam* Vol. 23 (2003):33-34.

10 La relación entre el Estado y la profesión médica adquirió dimensiones particulares en Argentina. En gran medida, la consolidación del Estado argentino fue posible gracias al aporte de grupos de intelectuales y profesionales que orientaron su actividad hacia cuestiones específicas, se integraron a los estamentos superiores y cumplieron un papel fundamental como articuladores de ideas y prácticas institucionales en boga a nivel internacional. De esta manera, participaron en el complejo proceso de consolidación y adquisición de autonomía de determinados campos de saberes y prácticas específicas, paradójicamente tributarios del propio afianzamiento estatal. Así, el proceso se desarrolló bajo una doble dimensión: la constitución del grupo profesional al mismo tiempo que la constitución del aparato estatal; ambos aspectos se fortalecieron mutuamente. Ricardo González Leandri, “El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900”, *Anuario de Estudios Americanos*. Tomo 61-2 julio-diciembre 2004:573.

11 Ricardo González Leandri, “Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX” en *La cuestión social en Argentina. 1870-194*, eds. Juan Suriano (Buenos Aires: Editorial La Colmena, 2000).

ra burocrática del Estado en su calidad de expertos. El protagonismo de los médicos en la gestación de políticas públicas se acentuó en la década de 1930 debido a una serie de procesos. Por un lado, la creciente intervención estatal en la sociedad extendió el papel de la burocracia, por el otro, la demanda oficial de profesionales respondió a una nueva noción de la salud concebida como valor integral y absoluto¹².

En 1923 el Departamento Nacional de Higiene, bajo la dirección de Gregorio Aráoz Alfaro¹³, reconocido defensor de la protección integral de la salud infantil, buscó con la creación de la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia tanto modernizarla como ampliar su campo de acción.

La institución del nuevo organismo dotado de una especialización en la organización burocrática respondió a varios factores. En primer lugar, intentó satisfacer las demandas existentes sobre la necesidad de extender las atribuciones del organismo para responder eficazmente a una realidad candente, la existencia de altas tasas de mortalidad infantil en todo el país¹⁴. En segundo lugar, adhirió a las ideas prevalecientes en el discurso médico internacional sobre la importancia del cuidado de la niñez¹⁵ y finalmente

12 Carolina Biernat, “El proyecto político médico” En el Departamento Nacional de higiene durante la entreguerra”, en *El Estado argentino y las profesiones liberales, académicas y armadas*, eds. Sabrina Frederic, Osvaldo Graciano Soprano. (Rosario: prohistoria, ediciones 2010). 144.

13 Pediatra e higienista, profesor honorario de la Facultad de Medicina, miembro de las academias de Medicina y Ciencias Morales y Políticas, presidente del Consejo del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia

14 Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960* (Buenos Aires: Editorial Biblos, 2013), 109.

15 La protección de la infancia adquirió un protagonismo después de la Primera Guerra Mundial a raíz de sus consecuencias demográficas. La creación de dos asociaciones internacionales, la *Union Internationale des Secours aux Enfants*, también conocida como *Save the Children* en 1919 por la iniciativa de Eglantyne Jebb y de la *Association Internationale pour la Protection de l'Enfance* por la decisión del gobierno belga en 1921 mostraron la importancia social de la defensa de la niñez. La Sociedad de las Naciones, formada en 1919, se transformó en el organismo responsable de la coordinación en el ámbito internacional de las acciones de protección a la niñez; para ello instituyó en 1926 un *Comité pour la Protection de L'Enfance* que funcionó como centro de estudio y documentación. Otras agencias de la Sociedad diseñadas para enfrentar problemas sanitarios, laborales y de cooperación cultural, igualmente, se ocuparon de la infancia. Las condiciones imperantes en Europa, donde la mortalidad infantil y la desnutrición se convirtieron en un problema urgente, guiaron las acciones a seguir. Eugenia Scarzarella, “Los pibes en el Palacio de Ginebra: las investigaciones de la Sociedad de las Naciones sobre la infancia latinoamericana (1925-1939)”, *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, Vol. 14, No 2 julio-diciembre (2003).

incorporó la experiencia exitosa llevada adelante por la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires¹⁶.

La nueva Sección del Departamento Nacional de Higiene encauzó sus acciones hacia la creación de los Centros de Higiene Maternal e Infantil. Estos establecimientos, nuevos modelos de gestión estatal de la salud, incorporaron los conceptos de higiene y medicina preventiva vigentes en Estados Unidos¹⁷. Sus acciones se dirigieron a la “protección y asistencia al niño dentro de la familia”; así, priorizaba la atención del núcleo familiar y no solo de niños y madres. La asistencia a la familia supuso “la existencia simultánea y relacionada de problemas diversos de orden económico, médico y social en una sola unidad familiar” y provocó transformaciones en la estructura institucional ya que surgió “la necesidad de una coordinación de todos los esfuerzos hacia un mismo fin”¹⁸. Se adoptaban las novedades institucionales y los logros alcanzados por la organización de salud norteamericana; la centralización de los servicios, su direccionamiento hacia un grupo más amplio, la familia, y la inclusión de la totalidad de las funciones: la asistencial, la educativa y la social. La adopción del modelo norteameri-

-
- 16 La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires descendió desde 1870 mucho más rápido que en el resto del país. En un primer momento, se desarrolló una fase de declive acelerado, entre 1890 y 1904. En menos de quince años los valores disminuyeron por debajo de 100 por mil. A partir de la década de 1920 se registró una fase de descenso sostenido, con variaciones relativas muy significativas a partir de la década de 1930. Esta disminución comprendió tanto las muertes por enfermedades endógenas como por patologías. A mediados del siglo XX, alcanzó valores por debajo de 40 por mil. De manera esperada, el descenso una vez iniciado, se sostuvo a lo largo del tiempo. Marcela Nari, *Las políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*, (Buenos Aires: Biblos, 2004), 27. Ver también Victoria Mazzeo, *Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires (1856-1986)* (Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1993), y Wanda Cabella y Raquel Pollero, “El descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires entre 1890 y 1950”, Ponencia presentada en el I Congreso de la Asociación latinoamericana de población ALAP, realizada en Caxambú, Brasil del 18 al 20 de septiembre de 2004.
- 17 En Estados Unidos, los dos primeros “Centros de Salud” fueron erigidos simultáneamente en las ciudades de Pittsburgh y Filadelfia hacia 1912 y rápidamente se difundieron hacia otras ciudades norteamericanas; para 1915, funcionaban ya organismos semejantes en Nueva York y Baltimore. Estas instituciones representaban las nuevas concepciones de medicina social y preventiva que llamaban la atención de los higienistas argentinos
- 18 Alberto Zwanck, “La Unidad Sanitaria en la Asistencia de la Maternidad y de la Infancia. Resumen de la Conferencia Pronunciada en la Sociedad de Puericultura”, *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo IX (1943): 1-3.

cano¹⁹ de atención a la salud por parte de los organismos dependientes del Estado nacional respondió por una parte al período en que fueron implementados, finales de la década del 30, período en el cual la influencia estadounidense se fortaleció. En segundo lugar, a la eficiencia mostrada por el Estado norteamericano en responder a las consecuencias sociales de la crisis del 30, especialmente en las zonas rurales. Finalmente a las ventajas que este modelo presentó para resolver, a través de una única dependencia múltiples funciones con poco personal.

De esta manera, los nuevos establecimientos no solo incorporaban los conceptos de higiene y medicina preventiva modernos, sino que presentaban una serie de ventajas frente a las instituciones urbanas creadas hasta el momento.

En primer lugar, se adecuaban a los limitados recursos²⁰ con que contaba el Departamento Nacional de Higiene. Su localización en un pequeño poblado a partir del cual ejercía una zona de influencia permitía la puesta en práctica de políticas de salud sin demasiada inversión inicial; así, “la campaña se divide en zonas tributarias de un Centro de Higiene Maternal e Infantil, desde donde se irradia una acción constante”.

En segundo lugar, su gestión se dirigía hacia la familia “desde el período preconcepcional”, por lo tanto, incluía bajo una misma institución diferentes especialidades (la obstetricia, la puericultura, la pediatría), impedía la superposición de prácticas y reforzaba la acción de los escasos agentes

19 Estados Unidos, con un énfasis en el desarrollo técnico en aparatología, con organismos estatales de protección y asistencia a la infancia presentados internacionalmente como activos y eficaces y con una política de captación-cooptación; planteó un nuevo modelo para la protección a la infancia que atrajo la atención de los médicos argentinos para plasmarlo en sus instituciones. María José Billorou “El niño es un todo y debe ser servido como tal. Las relaciones entre el Children’s Bureau y la Dirección de Protección a la Primera Infancia”, en *Historias de salud y enfermedad en América Latina*, eds, Adrián Carbonetti; y Ricardo González Leandri (Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, CONICET, 2008).

20 Dicha repartición solo contó para implementar su labor con una exigua cifra anual en el presupuesto del Departamento Nacional de Higiene bajo el título de “servicios de puericultura”. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, “La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)”, *História, Ciências, Saúde- Maguinhos* Vol. 15, N° 2, abril-junio (2008): 335.

sanitarios, que en muchos casos no poseían una formación tan especializada. En tercer lugar, comprendió diferentes funciones: la asistencial, la educativa y la social; “todos los aspectos organizados de la asistencia ejercida” pero la flexibilidad de los nuevos establecimientos permitía su adaptación “en su organización a las diversas necesidades de cada lugar”²¹. El nuevo modelo de gestión permitía con el personal disponible ampliar las prestaciones a través de la centralización de los servicios y facilitaba el acceso de una población dispersa y con dificultades de transporte y movilización a instituciones de salud próximas.

La experiencia norteamericana brindaba así posibilidades de extender las políticas generadas en los centros urbanos a pequeñas poblaciones del interior del país en el contexto argentino de inexistencia de medidas uniformes y extensivas que alcanzaran a todos los grupos necesitados. La acción de los agentes sanitarios, fundamentalmente, de los médicos y las visitadoras sociales, se convirtió en el eje central que posibilitaba “llevar los beneficios de la obra a los rincones más alejados y apartados”²².

Los servicios localizados en los Centros Maternales e Infantiles dependientes del Departamento Nacional de Higiene ofrecían un modelo de curso de acción que priorizaba las necesidades locales e intentaban adaptarse a la compleja superposición de jurisdicciones en juego en el territorio argentino. Se establecieron tres Centros: uno, en San Juan, otro, en Mercedes (Corrientes) y el último, en Santa Rosa (La Pampa).

2. EL CENTRO DE HIGIENE MATERNAL E INFANTIL EN EL TERRITORIO NACIONAL DE LA PAMPA: “EL MÁXIMO DE RESULTADOS CON EL MÍNIMO DE GASTOS”

Los primeros servicios de salud en el Territorio Nacional de La Pampa, incipientes hospitales y salas de primeros auxilios, surgieron a partir de la iniciativa de la sociedad civil. Así, entre 1884 y finales de los años 20, las

21 Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia”, en *Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura* (Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli, 1941), 164-165.

22 Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 164-165.

mismas comunidades a través de asociaciones locales de beneficencia con apoyo de los municipios organizaron y gestionaron una rudimentaria red de instituciones de salud en la franja este y noreste de La Pampa²³. Las situaciones cotidianas de enfermedad que afectaban a los vecinos, generaron soluciones que utilizaron las donaciones, los subsidios de diferentes sectores sociales y las arcas de los municipios como fuentes de financiamiento para organizar y sostener la atención de la salud²⁴. Recién en 1894, el Estado consideró necesaria la institución de un cargo específico para supervisar la salud del Territorio Nacional, el médico de la gobernación, con amplísimas funciones²⁵.

En gran medida, estas iniciativas descansaron en un diagnóstico sobre la “salud territorialiana” a partir de la inexistencia de epidemias en una zona con pequeños núcleos urbanos y con una población rural no contaminada debido a su activo contacto con una naturaleza pujante y sana. El campo, idealizado como un espacio de salud y de armonía, se convirtió para una parte de la sociedad argentina y de sus sectores dirigentes en un destino terapéutico, reformador y moralizante; la combinación de la vida al aire libre, fuente de salud y la posibilidad de trabajar en la campaña aseguraban al mismo tiempo una existencia más sana como la obtención de una profesión útil, adecuada y decente. Así, esta concepción junto a las limitaciones del Estado en el Territorio, tanto a partir de su representación

-
- 23 Esta zona formaba parte del conjunto espacial denominado “pampeano”, tanto desde una perspectiva natural como económico-social. Por lo tanto, concentró tanto la actividad agrícola-ganadera como la mayoría de los habitantes del Territorio. El Segundo Censo Nacional realizado en 1895, primero que recogió los datos demográficos del Territorio Nacional de La Pampa, estableció una población de 25.914 personas. El crecimiento demográfico fue constante hasta el año 1935, cuando alcanzó a 175.077 personas, según los datos del Censo Territorial de 1935 Evaristo Pérez Virasoro, Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación año 1935 (Santa Rosa: Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa, 1936), 42.
- 24 María José Billorou, María Silvia Di Liscia y Ana Rodríguez, “La disputa en la construcción de la cuestión social en el interior argentino. Tensiones entre el Estado y las mujeres (ca.1900-1940)”, en *Luchas, resistencias y representaciones. Argentina, siglos XIX y XX*, comp. por María Celia Bravo, Fernanda Gil Lozano y Valeria Silvina Pita (Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán, 2007).
- 25 El médico de la Gobernación respondía a las directivas del Departamento Nacional de Higiene y sus funciones abarcaban peritajes médico-legales, inspecciones sanitarias urbanas y epidemias. María Silvia Di Liscia, “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los territorios nacionales (1880-1940)”. *Salud Colectiva* Vol. 5 N° 2 mayo-agosto (2009):263.

política como de su estructura burocrática, obstaculizaron el desarrollo de un sector de profesionales de la salud que pudiera erigirse como agente social y político de nuevas políticas sanitarias²⁶. Otro factor que restringió una expansión dinámica de los organismos sanitarios radicó en las posibilidades existentes para los sectores altos y medios de la sociedad pampeana de acceso a los consultorios privados, y en casos de mayor complejidad, a la estructura porteña de servicios de salud.

El Departamento Nacional de Higiene, durante la dirección del doctor. José Penna, decidió en 1913 la instalación simultánea de Administraciones Sanitarias y Asistencias Públicas, a instancias del ejemplo de la ciudad de Buenos Aires, en siete capitales de Territorios Nacionales. La presencia de estos Centros Sanitarios concentró en una única institución varias funciones: control profesional, sanitario-higiénico y registro epidémico e intentó dar alcance nacional a sus políticas. Sin embargo, su tarea sufrió serias limitaciones: escasez de personal médico y técnico, insuficiencia de servicios de internación (solo algunas instituciones disponían de unas pocas camas para pacientes muy graves) e imposibilidad de atender a aquellos pobladores fuera de las pequeñas localidades donde se encontraban²⁷.

La fundación de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública en Santa Rosa significó el establecimiento de la primera institución sanitaria pública en La Pampa; sin embargo se instituyó como un centro modesto de escasa complejidad, casi una enfermería. En sus inicios, su personal se circunscribió a dos médicos y a dos auxiliares; la falta de personal profesional se constituyó en un rasgo inalterable de la institución en las primeras décadas del siglo. Hacia 1931, la planta estaba compuesta de dos médicos —el director y un subalterno—, el guarda sanitario-administrador, dos enferme-

26 En 1912, el I Censo Territorial señalaba 42 personas dentro de “profesiones sanitarias” (incluía además enfermeros, farmacéuticos, odontólogos, parteras, entre otras profesiones). En 1914, el III Censo Nacional señalaba 30 en esa categoría; que se incrementaron a 78 en el II Censo Territorial de 1923. María Silvia Di Liscia y Ana María T. Rodríguez “La cuestión social y las instituciones sociales”, en *Historia de la Pampa Sociedad, política y economía desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización* (ca. 8000 AP a 1952), ed. Andrea Lluch, y Claudia Salomón Tarquini (Santa Rosa: EdUNLPam, 2014), 447.

27 Las Asistencias Públicas se localizaron en Posadas, Resistencia, Formosa, Neuquén, Santa Rosa, Viedma, Río Gallegos y Trelew. María Silvia Di Liscia, “Cifras y problemas”, 264-265.

ros y dos sirvientes²⁸. Para 1943 estos exigüos recursos humanos apenas progresaron con la creación de un puesto técnico de gran importancia, el vacunador; al que se le habían sumado dos nuevos trabajadores dentro del personal auxiliar²⁹.

La emulación de una institución sobre la experiencia exitosa en una realidad urbana de grandes dimensiones, la ciudad de Buenos Aires, buscaba atender las necesidades de una población extendida en un amplio espacio. El Territorio Nacional de La Pampa estaba claramente diferenciado en dos áreas: una, más dinámica y con mayor densidad demográfica, al Este (donde se establecieron pequeñas localidades en los inicios del siglo XX como parte de la puesta en producción de las tierras y de la llegada del ferrocarril) y la otra menos desarrollada al Oeste (poblada por familias criollas e indígenas que practicaban la cría del ganado caprino en combinación con otras estrategias). El total de la población del Territorio Nacional de La Pampa alcanzaba 101.338 habitantes hacia 1914; en ese año 6.404 pobladores vivían en General Pico y 5.487 residían en Santa Rosa, las dos localidades principales de La Pampa³⁰. De esta manera, la creación de la estructura de servicios se adecuaba débilmente a la realidad local en tanto no respondía a la presencia de una población claramente rural extendida en un amplio territorio.

El Decreto 31.299 firmado por el presidente Uriburu³¹, que estableció la creación en 1930 del Centro para el Territorio Nacional de La Pampa, revelaba claramente las características enunciadas anteriormente. La multiplicidad de especialidades en su seno se observaba en la organización planeada. De tal manera, se proyectaba que el Centro contara con: consultorio pre-concepcional y pre-natal para mujeres grávidas, hogar-taller

28 “Nota del Departamento Nacional de Higiene” (27 de febrero de 1931), en AHP, Fondo de Gobierno, N° 41-E.

29 “Nómina del personal de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública del Territorio Nacional de la Pampa” (Año 1943), AHP, Fondo de Gobierno.

30 María Silvia Di Liscia y Andrea Lluch, “La población pampeana y sus transformaciones”, en *Historia de la Pampa. Sociedad, política y economía desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización* (ca. 8000 AP a 1952), eds. Andrea Lluch y Claudia Salomón Tarquini (Santa Rosa: EdUNLPam, 2014), 104-105.

31 “Decreto 31.299 H 1930”, Presidente Uriburu, AHP, Fondo de Gobierno.

para embarazadas y convalecientes, sala de partos, maternidad y asistencia domiciliaria, cantina maternal, baños, servicio odontológico, dispensario de lactantes, consultorios de enfermedades de niños con cocina de leche y servicio social anexo, pequeño hospital de niños (solos o con su madre según sea el caso), hogar para menores abandonados, cantina infantil y escuela de puericultura para madres y niñas.

Sin embargo, la estructura concebida por el Departamento Nacional de Higiene se encontró con inmensos desafíos para su adecuada concreción en La Pampa. En primer lugar, aunque la nueva institución obtuvo los recursos para su actividad de las autoridades nacionales, desde su inauguración fue indispensable para el efectivo funcionamiento del Centro la colaboración activa de la sociedad santarroseña: del Municipio, de los vecinos a través de una de las sociedades locales de beneficencia, de la Asociación de Damas Cooperadoras del Patronato de Menores y de pobladores locales en forma individual³².

En segundo lugar, la complejidad y multiplicidad de los servicios de salud planeados distó de aquellos efectivamente brindados; solo se instalaron la maternidad, el consultorio odontológico, la cocina de leche y los consultorios externos para el control ginecológico, del embarazo y de la salud del niño durante los dos primeros años de vida. En gran medida, como ya lo hemos señalado, se debió a la insuficiencia de personal médico y técnico pero también a la efectiva concurrencia de pacientes a la nueva estructura sanitaria.

La protección integral de la salud infantil incluía el control profesional sobre todo el proceso de reproducción y crianza en el cual la medicalización de los partos constituyó una parte. Sin embargo, la Maternidad rápidamente se convirtió en el centro de la acción sanitaria; el número de camas se reveló insuficiente por lo que fue constantemente ampliado ante una demanda creciente. Hasta su creación, la mayoría de los nacimientos

32 El vecino santarroseño, Alfonso P. Gamberini, dueño de la casa ocupada por el flamante Centro ante la imposibilidad de la Comuna de seguir abonando el importe del alquiler, hizo donación de seis meses de arrendamiento; de esta manera, impidió la clausura del servicio de asistencia y de protección a la madre y al niño.

ocurrían en los domicilios particulares, en muchos casos bajo la supervisión de la partera³³ y en menor medida, del médico. En el período de septiembre de 1932 a agosto de 1933, el 36 % de los nacimientos ocurridos en Santa Rosa fueron realizados en el Instituto Maternal³⁴. Su éxito podía deberse a múltiples factores, a la ausencia de establecimientos de salud, a las dificultades de los habitantes rurales de las zonas vecinas para lograr la supervisión de un parto en sus domicilios y a la inexistencia “de requisitos de ninguna índole” para la atención de las embarazadas en la Maternidad. No obstante, esta afluencia de pacientes no respondía a las expectativas de los médicos de “no esperar al último momento para su atención, sino de hacerse examinar previamente y con la mayor anticipación posible, a fin de orientar la mejor marcha de su embarazo”. Las mujeres utilizaron este servicio según sus necesidades y evitaron un control riguroso; para ello “solían preguntar, ya sea personal o telefónicamente, si tal o cual embarazada podía internarse”³⁵.

Los consultorios externos posibilitaron el establecimiento del examen médico como una práctica de rutina para los niños y niñas que supuso el triunfo de una visión, la médica, sobre la familia y la crianza³⁶. En 1933 el servicio de niños, dirigido al control de la salud de los pequeños para que “puedan capear la más tormentosa época de su vida, que son los dos primeros años” atendió tres mil trescientos setenta y siete consultas, el consultorio ginecológico realizó ciento ochenta y ocho consultas mientras que el servicio odontológico practicó cuatrocientas cincuenta y nueve consultas de mujeres y niños³⁷.

El objetivo principal del nuevo Centro de Higiene Maternal e Infantil, como ya lo planteamos, buscó combatir la mortalidad infantil, cuya causa

33 Los avisos clasificados de los principales diarios de Santa Rosa ofrecían diariamente los servicios de varias parteras que proponían distintas alternativas de atención; la atención en los hogares, especialmente rurales y la recepción de pensionistas.

34 Durante este lapso ciento sesenta y tres partos de los cuatrocientos cuarenta y tres nacimientos ocurridos en Santa Rosa se realizaron en la Maternidad. “Centro de Higiene y Protección Maternal e Infantil”, *La Arena*, Santa Rosa, 21 de agosto de 1934, 5.

35 “Centro de Higiene y Protección Maternal”, 5.

36 Esteban Rodríguez Ocaña, “La salud infantil”, 32.

37 “Centro de Higiene y Protección Maternal”, 5.

más frecuente radicaba en la alimentación. A partir del éxito logrado en la ciudad de Buenos Aires, se impuso una nueva prestación: la Cocina de Leche para la elaboración y el reparto de alimentos. En esta Cocina, se preparaban los alimentos indicados cotidianamente, en porciones divididas con la dosificación necesaria para la crianza de un niño sano. Al mismo tiempo, buscó transformarse en una escuela para las madres en la técnica dietética infantil. Si la madre se encontraba imposibilitada de alimentar naturalmente a su hijo, la Cocina de Leche dirigida por la preparadora que era el personal capacitado en la elaboración de las fórmulas alimenticias corrientes indicadas por el médico³⁸, proveía conjuntamente con las indicaciones médico-higiénicas, la solución del problema económico. Se entregaba diariamente, en el horario establecido, la ración para 24 horas repartidas en frascos y acondicionada en una canasta de alambre. El único desembolso requerido era un depósito en garantía de los frascos y canastas, devuelto al dejar de retirar el alimento. Durante 1933, ochenta niños recibieron cinco raciones diarias, lo que constituyó un total de cuatrocientas mensuales y doce mil anuales³⁹.

En el momento de su creación, el personal estaba compuesto por los doctores José Curci, Salvador T. Montoya y Luis Moré; los odontólogos Carlos E. Anello y Alberto Leiva; la obstétrica María Rivier de Goñi y las enfermeras Pilar País Colom y María de Amayor; todos trabajaban en forma *ad-honorem*⁴⁰. La totalidad de los nuevos cargos creados para el funcionamiento del centro continuaba sin percibir pago alguno por su trabajo. De esta manera, el Estado Nacional exigió la transformación de las funciones sanitarias, sin grandes erogaciones, a raíz de la insuficiencia de recursos asignados por el presupuesto a la repartición. Los médicos a cargo del funcionamiento de los servicios maternales-infantiles eran aquellos nombrados en la Asistencia Pública, el jefe del Centro, el Dr. Mario Cabella era el

38 Las preparaciones incluían desde simples diluciones de leche y agua, los preparados de leches modificadas como el bauberre, leche albuminosa, leche hipergrasosa de Gaing, entre otras, hasta el cocimiento de cereales y harinas.

39 Se utilizaron veintiséis mil litros de leche, ciento veinte kilos de leche en polvo y mil setecientos veinte kilos de harina para la elaboración de las raciones durante 1933. "Centro de Higiene y Protección Maternal", 5.

40 "Decreto 31.299 H 1930", Presidente Uriburu, AHP, Fondo de Gobierno.

Director de la Asistencia y el jefe de Clínica era el Dr. Serafín Lorenzano. Posteriormente se designó un médico exclusivo para el Centro, primero al Dr. Ovidio Andrada y luego al Dr. Segundo Taladriz⁴¹. Los profesionales, que ejercieron sus tareas en estas condiciones precarias e inestables, variaron a lo largo de los años. Alberto Leiva permaneció como odontólogo y Pilar País Colom continuó como enfermera. Una nueva partera Dina S. de Pavanello⁴² reemplazó a María Rivier de Goñi. Se incorporaron nuevas funciones a partir de la creación de innovaciones institucionales; a partir de la institución de la cocina de Leche se instituyó el cargo de preparadora de alimentos a cargo la Señora. Ana María G de Varela, y la labor social, responsabilidad de dos visitadoras, Margarita Eva Malaurie y Victoria Gómez. Las visitadoras⁴³, auxiliares sanitarias que se ocupaban sobre todo de los “casos sociales”, constituyeron una profesión absolutamente feminizada. Su origen tiene relación con una visión de género muy particular, que planteaba la necesidad de incorporar la abnegación y el cuidado higiénico-científico para un seguimiento sistemático de la población indigente. Finalmente el personal se completaba con un auxiliar, Carlos F. Cordes.

La nueva institución, modelo de protección a la infancia, adaptó las modernas ideas vigentes en el discurso médico internacional y nacional a las realidades posibles de ser implementadas en el Territorio Nacional de La

41 “Médico del Centro Maternal e Infantil”, La Capital, Santa Rosa, 17 de junio, 1939, 4.

42 Dina S. de Pavanello, inmigrante italiana, obtuvo su diploma en su país de origen y realizó su revalidación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Su trabajo en el Centro Maternal e Infantil respondió a una búsqueda de prestigio y de autoridad social más que la obtención de un trabajo remunerado. Su designación como partera en la sala de obstetricia del Hospital Regional en 1930 se presentó en la prensa local como “un acto de justicia”, ya que “después de largos años de prestar gratuitamente sus servicios en el Centro Maternal e Infantil, este nombramiento viene a significar su reconocimiento a los méritos tan desinteresadamente conquistados”. “Designación de la Sra. Dina de Pavanello”, La Capital, Santa Rosa, 4 de febrero, 1938, 4.

43 La higiene social y el interés en el cuidado infantil generaron una nueva carrera para las mujeres, como visitadoras sociales. Como respuesta a estas voces prestigiosas, que legitimaban sus pedidos en gran medida en la experiencia de Inglaterra, Estados Unidos, Francia, Bélgica, e incluso de Brasil y Uruguay, en 1925, se creó el Curso de Visitadoras de Higiene Social, en el Instituto de Higiene de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. Paulatinamente otras instituciones incorporaron la formación de personal auxiliar femenino. María Silvia Di Liscia y María José Billorou, “Una introducción. Las visitadoras. Los ojos de los médicos y las miradas sobre los pobres”, en Cuadernos de las Visitadoras de Higiene. Fuentes para una historia de género regional, ed. María Silvia Di Liscia y María José Billorou. (Santa Rosa: Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - Universidad Nacional de la Pampa, 2005), 11-12.

Pampa. El exitoso ejemplo urbano porteño debía irradiarse a los espacios recientemente poblados dependientes del Estado Central, los territorios, sin una información fehaciente de las necesidades concretas de los distritos a su cargo⁴⁴. Los problemas sanitarios pampeanos no fueron estudiados en su especificidad para brindarles respuestas efectivas, sino concebidos como laboratorio donde se aplicarían las fórmulas y estrategias adecuadas a la ciudad de Buenos Aires.

3. UNA NUEVA LEGISLACIÓN NACIONAL: LA LEY PALACIOS Y LA CREACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MATERNIDAD E INFANCIA

Se incorporó en la agenda de las instituciones de salud nacionales la necesidad de articular una política nacional de protección materno-infantil cuya construcción constituyó una doble novedad. En primer lugar, el sujeto de asistencia, el binomio madre-hijo cobró importancia a partir de nuevas preocupaciones demográficas y sociales, pero también del planteo de nuevas estrategias de protección y cuidado desde el discurso médico. En segundo lugar, el actor responsable de la asistencia; desde inicios del siglo XX, el Estado Nacional protagonizó un lento y conflictivo proceso de centralización de los servicios de salud y atención de madres y niños, en el cual el Departamento Nacional de Higiene ocupó un lugar central⁴⁵. Los primeros pasos se dirigieron a la creación de una estructura específica de mayor jerarquía, que sostuviera y dirigiera las nuevas líneas de acción⁴⁶.

En mayo de 1926 los doctores Aníbal Olarán Chans⁴⁷ y Luis Siri, responsa-

44 María Silvia Di Liscia, "Cifras y problemas", 271.

45 Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse*, 103-104.

46 Varios proyectos legislativos, en pos de lograr este objetivo, se presentaron en el Congreso Nacional durante este período sin suerte: el diputado radical Leopoldo Bard lo hizo en 1922, 1923 y 1926; el diputado Carlos Rodríguez en 1929 y finalmente, los diputados Ramón Loyarte y Benjamín González en 1932 Carolina Biernat, "El proyecto político médico", 146-147. Estos proyectos nacionales dialogaron con medidas provinciales aisladas. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse*, 113.

47 Aníbal Olarán Chans, pediatra y puericultor. Graduado en 1919 en la Facultad de Ciencias Médicas. Elaboró su tesis sobre "Climatoterapia de la tuberculosis en la República Argentina". Director General de Maternidad e Infancia de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Departamento Nacional de Higiene hasta 1946. Jefe de la Policlínica de Niños y Departamento del Lactante del Hospital Alemán. Autor de numerosos trabajos entre los que se destacaron, *Higiene y alimentación del Niño* con prólogo de Aráoz Alfaro *Quién es quién en la Argentina: biografías contemporáneas*. (1958-59) (Buenos Aires: G. Kraft, 1958-1959), 556-557.

bles de la Sección de Asistencia y Protección a la Maternidad y la Infancia del Departamento Nacional de Higiene, presentaron en la Sociedad Argentina de Pediatría un programa de asistencia y protección de la madre y el niño. Dicho proyecto, con el aval de la Sociedad, se remitió al Congreso Nacional; después de casi diez años, el senador Alfredo Palacios lo presentó a la Comisión de Legislación de la Cámara de Senadores. Por fin, luego de los trámites legales pertinentes, el 21 de diciembre de 1936 se sancionó la Ley de Protección Maternal e Infantil (12.341), conocida también como Ley Palacios, que implantó la Dirección de Maternidad e Infancia bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene. Un decreto reglamentario de marzo de 1937, elaborado por Anibal Olarán Chans y Luis Siri –designados Director y Subdirector de la nueva repartición–, reafirmó el carácter nacional de la nueva repartición del Departamento Nacional de Higiene y determinó su organización interna.

Sin embargo, en julio de 1937 el Patronato Nacional de Menores, organismo privado encargado de la asistencia de la infancia abandonada y delincuente, dependiente del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, planteó una oposición formal a la reglamentación de la Ley 12.341 debido a la existencia de una superposición de atribuciones entre el Patronato y la Dirección recién creada. La resolución a este conflicto, dada por el Decreto 5.520, del 15 de junio de 1938, estableció una nueva reglamentación de la ley “Palacios” en la que se reorganizó la Dirección y se restringió su incumbencia a los niños menores de 6 años⁴⁸.

Más allá de los conflictos planteados⁴⁹, la finalidad de la legislación era la institución de un organismo estatal nacional que estableciera políticas de protección a la madre y al niño. El objetivo central de la acción de la nueva Dirección, tal como emanaba del artículo tercero de la ley, era “propender al perfeccionamiento de las generaciones futuras por el cultivo armónico de la personalidad del niño en todos sus aspectos, combatiendo la morbilidad infantil en todas sus causas y amparando a la mujer en su condición de madre o futura madre”. Claramente, la nueva reglamentación

48 Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse*, 115-121.

49 Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, “La tutela estatal de la madre y el niño”; 337.

priorizaba los territorios nacionales como ámbito de acción de las instituciones sanitarias estatales.

El instrumento seleccionado por las autoridades de salud, gracias a la novedad científica que encarnaba como a las ventajas y capacidades que entrañaba, fue el Centro Maternal e Infantil. Como ya señalamos, la Dirección de Maternidad e Infancia, desde su creación, privilegió la creación de dichos establecimientos “dispersos en todo el territorio del país” como elemento organizativo central de su labor. La gran diversidad de la nación, “con características fundamentalmente distintas en sus diferentes zonas”, particularidades “de clima, de raza, de costumbres, de recursos y de cultura” requerían por lo tanto instituciones ágiles que brindaran “soluciones diversas adaptadas a las necesidades propias de cada región”⁵⁰. Además, estos organismos eran los únicos capaces de brindar una asistencia que contemplara los principios de la medicina social⁵¹ sostenidos en la Ley Palacios “no solo la protección sino la asistencia activa, aun bajo la faz médica, de la madre y del niño”⁵². Así, en correspondencia con los postulados centrales de la medicina social, las nuevas organizaciones se dirigieron hacia un sujeto colectivo, la niñez que debía ser preservada de la enfermedad, y fueron más allá de la asistencia hacia un sujeto individual: el enfermo que debía ser sanado.

Los logros alcanzados en la ciudad de Buenos Aires, especialmente por la labor de la estructura institucional municipal, la Dirección de Protección a la Primera Infancia, se convirtieron en objetivos a alcanzar en el ámbito

50 Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 164.

51 A partir de los años veinte, la medicina comienza a ocuparse de la problemática social vinculada a su área y esto se demuestra en los diferentes contenidos adjudicados al calificativo social. Un primer significado alude a aquellas conductas desviadas de las normas sociales, el alcoholismo, las enfermedades venéreas, la prostitución, las toxicomanías; un segundo sentido se aplica para la tuberculosis y la tercera acepción comenzó a utilizarse para la reivindicación de una intervención preventiva que preservara los intereses de la comunidad Susana Belmartino, “La emergencia del estado social en la Argentina: construcción de nuevas relaciones Estado/sociedad en salud”, en *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina del siglo XIX-XX*, editado por Adriana Álvarez, Irene Molinari, y Daniel Reynoso (Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004), 272.

52 Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 164.

nacional; ya que en el resto del país, la mortalidad infantil no descendió como en la ciudad de Buenos Aires⁵³.

Esta tarea, sin embargo, involucró muchas dificultades. La más perentoria, la insuficiencia presupuestaria⁵⁴. Así, solo existían cincuenta instituciones para todo el país, todas las provincias y territorios tenían uno, y en otros casos llegaban a cuatro centros por jurisdicción; distaba enormemente de las aspiraciones médicas de establecer una red de quinientos centros para cubrir todo el territorio nacional. Una iniciativa que intentaba paliar la insuficiencia de infraestructura fue la construcción de tres equipos de consultorios ambulantes de puericultura, con sedes en el norte, Salta; en el centro, San Luis y en el sur, Santa Rosa, la capital del Territorio Nacional de La Pampa. Se pretendía, con la menor inversión posible, atender las necesidades de la población del interior dispersa en un amplio territorio.

Al mismo tiempo, la restricción de los recursos disponibles se trasladó a las condiciones laborales para el ejercicio profesional del personal médico y técnico necesario para una eficaz obra de asistencia. Los sueldos exigüos

53 La situación presentó diferencias regionales nítidas. En la década de 1920, las provincias del norte argentino mantuvieron una mortalidad elevada, Tucumán, Salta, Catamarca, Jujuy entre los 150 por mil y los 200 por mil; situación sin casi variaciones vivieron las provincias de Cuyo, San Juan, Mendoza y San Luis, aunque en esta última el índice era de 124 por mil. Las provincias del Litoral, Entre Ríos, Corrientes y Santa Fe, ostentaban unos valores entre 100 por mil y 120 por mil. Los valores de Córdoba alcanzaban los 135 por mil. Solo la provincia de Buenos Aires había logrado descender este índice por debajo de los 100 por mil: 99 por mil Boris Fausto y Fernando Devoto, Brasil e Argentina. Un ensayo de historia comparada (1850-2002) (San Pablo: Editora 34, 2004), 155. El registro estadístico de la cantidad de niños menores de un año de vida muertos denunciaba graves fallas del aparato estatal. En primer lugar, la poca fiabilidad de los datos radicaba en gran medida, a la irregularidad en el registro de nacimientos así como de defunciones de niños, situación favorecida por la práctica de inhumar los fallecimientos en cementerios particulares. Hernán Otero, “La transición demográfica argentina a debate. Una perspectiva espacial de las explicaciones ideacionales, económicas y político-institucionales”, en *El mosaico argentino. Modelos y representaciones del espacio y la población*, dir. Hernán Otero (Buenos Aires: Siglo XXI de Argentina Editores, 2004), 99.

54 El presupuesto con que contaba hacia 1939 la Dirección alcanzaba la “reducida suma de 1.700.000 pesos”. Aníbal Olarán Chans. “La obra de la Dirección de Maternidad e Infancia en el interior de la República”, *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires*, Tomo V, N° 3, julio-septiembre (1939): 139. Importe que se redujo a la asignación anual de 1.000.000 pesos incluida en la Ley de Presupuesto General de Gastos de la Nación. Si la formación de un centro materno infantil significaba “la suma de 22.000 pesos, cifra que alcanzaba los 100.000 pesos si se incluían los servicios de maternidad”, la posibilidad de extender la red institucional se encontraba seriamente limitada. Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 168.

determinaron, en gran medida, la falta de especialización de los recursos humanos del Centro, el médico, la enfermera-visitadora y la preparadora de alimentos; para solucionar esta necesidad⁵⁵ se planeó la creación de un Instituto Modelo en Buenos Aires⁵⁶ que finalmente nunca se realizó. La incipiente red institucional de Centros Maternales Infantiles se organizó con base en una jerarquía de la oferta de recursos y servicios disponibles. Los establecimientos de menor complejidad fueron señalados como categoría A; esta diversidad aumentaba hasta llegar a la categoría E que calificaba a los Centros que contaban con los servicios de mayor importancia y multiplicidad⁵⁷. Solo dos de estos funcionaban en el país, los creados en 1923, uno en Mercedes, provincia de Corrientes y el otro en Santa Rosa, Territorio Nacional de La Pampa⁵⁸.

4. EL NUEVO CENTRO: LOS ALCANCES CONCRETOS DE LAS NUEVAS POLÍTICAS DE PROTECCIÓN A LA SALUD DE MADRES Y NIÑOS

El impulso de políticas concretas de protección y auxilio a la infancia, realizado por el Estado Nacional, se integraba a un proceso de expansión de las instituciones sanitarias. Paralelamente a la integración del Centro existente en la ciudad de Santa Rosa dentro de la categoría más completa en los servicios asistenciales infantiles, se inauguró en 1938 el Hospital Regional también en la ciudad de Santa Rosa⁵⁹, con una capacidad de in-

55 El proyecto se orientó especialmente a la formación de enfermeras, visitadoras y preparadoras de alimentos; en menor medida se incluyó, también a las parteras, de quienes se buscaba preferentemente que fueran oriundas de la zona.

56 Concebido como Escuela Práctica de Puericultura, su finalidad era uniformar las normas de todas las instituciones para llevar a cabo “una obra armónica”. Hacia 1939, el Instituto solo continuaba en bosquejo y en parte, la función educativa y centralizadora, la realizaba el Centro de Higiene Maternal e Infantil instalado en Avellaneda. Aníbal Olarán Chans, “La obra de la Dirección de Maternidad e Infancia”, 140.

57 Los Centros E poseían consultorio externo de niños y de madres, servicio social, internado de niños, sala-cuna, hogares para embarazadas y madres, maternidad, cantinas maternal e infantil, baños para madres y niños, y asistencia odontológica.

58 Aníbal Olarán Chans, “La obra de la Dirección de Maternidad e Infancia”, 140-143.

59 El presidente de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, Dr. Nicolás Lozano, viajó desde la ciudad de Buenos Aires para inaugurar el Hospital Regional el 8 de febrero de 1938. En su estadía en Santa Rosa, visitó los diferentes establecimientos locales de asistencia social, especialmente el Patronato de Menores y el Centro de Higiene Maternal e Infantil. Según la prensa local, “elogiaron la obra que desarrollan” y el “valioso aporte que ello significa para el alivio de los necesitados”. “El presidente de la Comisión Asesora de Hospitales Regionales visitó los establecimientos de Asistencia Social locales”, La Capital, Santa Rosa, 9 de febrero, 1938, 1.

ternación de alrededor de doscientas camas y con la infraestructura más moderna disponible.

La creación de incipientes servicios de salud se legitimó, en la sociedad pampeana de inicios de la década del 30, por los efectos de la dura crisis agroclimática, una sequía prolongada, que sumada a los cambios en los mercados internacionales de productos primarios, perjudicó a la región. Ambos fenómenos generaron una significativa pérdida demográfica. Desde 1935, la población del Territorio que había alcanzado las 175.077 personas según los datos del Censo Territorial del mismo año comenzó a disminuir hasta comprender los 167.352 habitantes en 1942⁶⁰. La pérdida demográfica implicó el despoblamiento de muchas áreas rurales, y un desarrollo mayor de las metrópolis del Litoral, que incrementaron su población de manera explosiva. En este contexto, era improbable un crecimiento vegetativo explosivo que pudiese paliar la pérdida de población; por lo tanto una alternativa viable para aumentar la fue la reducción de la mortalidad infantil⁶¹.

El Centro de Higiene se expandió a partir de las prestaciones vigentes, los consultorios y la Cocina de Leche que funcionaban en el Edificio de la Asistencia Pública; la Maternidad junto al nuevo Hogar Maternal Infantil se mudaron a otra propiedad en alquiler. La localización de estos últimos servicios, más alejada del centro de la ciudad, respondía a las dificultades edilicias existentes para encontrar sitios adecuados en el interior del país junto a la imposibilidad de hacerles reformas en tanto locales alquilados. Además, este emplazamiento en pleno corazón del barrio de los trabajadores intentaba garantizar su función médicosocial.

El perfil establecido por la Dirección de Maternidad e Infancia que caracterizaba a un “Centro bien dotado” señalaba tres ejes de acción. En primer lugar, los servicios destinados a la acción educativa y social, en tanto cons-

60 María Silvia Di Liscia y Andrea Lluch, “La población pampeana y sus transformaciones”, 107.

61 En 1935, los nacidos vivos habían sido 4.521 y las defunciones alcanzaron a 1.822. En 1941, se operó una reducción porque hubo 4.339 nacidos vivos y 1.511 defunciones. Ezequiel Ander Egg, *La Pampa. Esbozo preliminar para un estudio de su estructura socio-económica. Volumen 1. Demografía* (Santa Rosa; Gobierno de la Provincia de la Pampa, 1958), 96-97.

tituían el núcleo central de la medicina social incluían una gran diversidad de prácticas. Se mantuvo la organización más tradicional de consultorios e internados en la que se introducían novedades: baños, cocina de leche, visitas domiciliarias, exposiciones, centros de enseñanza, sala-cunas⁶². En segundo lugar, las prestaciones orientadas a la atención de las madres antes, durante y después del nacimiento, que intentaban dar solución no solo a los problemas médicos sino también a la situación social de las mujeres solas y pobres⁶³. En tercer lugar, los beneficios destinados a la atención pediátrica, sector que conservaba un predominio en la estructura organizativa⁶⁴. Finalmente, se agregaban los “servicios anexos” que representaban tanto el papel de los adelantos tecnológicos en el área médica como el desarrollo de las disciplinas anexas en el campo de acción: la protección materna infantil⁶⁵.

El Centro MaternoInfantil de la ciudad de Santa Rosa, que alcanzó la mayor categoría dentro del sistema, nos permite analizar la práctica concreta de los servicios de atención y protección a la infancia del Departamento Nacional de Higiene. La conducción del Centro estaba a cargo del director de la Asistencia Pública, Dr. Mario P. Cabella. En el mismo edificio de la Asistencia, junto a la dirección, se encontraban las secciones relacionadas: administración y bio-estadigrafía. Las innovaciones introducidas en las prestaciones compartieron el mismo espacio. El área social expandió su

62 Esta área implicaba la existencia de consultorio preconcepcional, consultorio prenatal, consultorios para nodrizas y lactantes sanos o con simples trastornos nutritivos, consultorios para niños mayores de dos años no enfermos, instalaciones completas de baños para embarazadas, madres y niños, servicios de enfermeras visitadoras de niños a domicilio, centro de enseñanza práctica de puericultura para madres, maestras y alumnas de escuelas primarias y secundarias, cocina de leche, exposiciones de puericultura permanentes y ambulantes, internados para madres sanas con sus hijos, internados para niños solos, sala-cuna para madres trabajadoras. Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 165.

63 Los servicios dentro de esta sección comprendían: hogar para embarazadas solteras, abandonadas o indigentes, salas de parto, maternidad y hogar para madres solteras, abandonadas o indigentes. Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 165.

64 Las prestaciones pediátricas constaban de los consultorios externos para niños enfermos así como de salas de aislamiento para niños internos enfermos. Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 165.

65 Los servicios anexos comprendían rayos x, rayos ultravioletas, oftalmología, otorrinolaringología, ortopedia, gimnasia, servicios de odontología, laboratorios de análisis biológicos, químicos y de leche. Aníbal Olarán Chans, “La legislación argentina”, 166.

asistencia con una estructura más compleja: la Cocina de Leche se transformó en una Cantina Maternal e Infantil, se consolidó el Servicio Social encargado de las visitas domiciliarias y de la Escuela de Madres y se añadió un nuevo beneficio: los baños para señoras y niños. Los consultorios externos sumaron especialidades a las existentes, junto a los odontológicos se incorporaron garganta, nariz, oído, ojos y piel. Se perfeccionó el Centro con una Sección Técnica que consolidó su modernidad profesional: el laboratorio, la farmacia, los rayos X y la división de fisioterapia.

La Maternidad, servicio del Centro ya afianzado, funcionaba en un edificio separado. El número de partos (Cuadro N° 1) en pocos años había aumentado considerablemente; a pesar del funcionamiento, desde su inauguración en 1938, de una sala de obstetricia en el Hospital Común Regional a cargo de la anterior partera del Centro, Señora Dina S. de Pavanello. Entonces de un “reducido movimiento inicial” multiplicó su demanda “en tan corto tiempo”⁶⁶, ya que pudo “llenar con eficiencia las exigencias de la natalidad en la población, particularmente en lo que respecta a la clase indigente”, la cual en mayor medida utilizaba sus servicios. Esta situación desbordó la infraestructura existente y obligó al Director de la Asistencia y responsable del Centro, Dr. Mario P. Cabella, a gestionar ante las autoridades del Departamento Nacional de Higiene, un edificio propio⁶⁷. Abarcaba el control del embarazo y la atención del parto; para ello disponía de una sala de partos y cirugía como de las instalaciones necesarias para el alojamiento de embarazadas y puérperas.

Cuadro 1. Mujeres Atendidas (1938-1942)

	1938	1940	1941	1942
Consultas ginecológicas	318	-	1.908	2.190
Consultorio prenatal	475	2.130	-	-
Internadas	671	-	742	761
Atendidas durante el parto	242	378	348	385

Fuentes: Evaristo P. Virasoro, Memoria del Gobierno. “Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil” (Año 1941-1942), AHP, Fondo de Gobierno. “Informe elevado por el director el Dr. Mario Cabella” (Año 1942-1943) AHP, Fondo de Gobierno. Elaboración propia.

66 “El edificio de la Maternidad”, La Capital, Santa Rosa, 29 de junio, 1939, 2.

67 “Gestionase edificio propio para la Maternidad Local”, La Capital, Santa Rosa, 26 de junio, 1939, 2.

La sección infantil, localizada junto a la Maternidad, estaba compuesta por los consultorios externos y el internado de lactantes enfermos, solos o con sus acompañantes. El consultorio externo pediátrico mostraba un gran dinamismo y se constituyó en uno de los servicios más utilizados por la población de la ciudad (Cuadro N° 2). La cantidad de pacientes atendidos en los consultorios se mostraba acorde en relación al conjunto de habitantes de la ciudad; para 1935 la población de Santa Rosa alcanzaba los 10.326 habitantes sobre un total 175.077 en toda La Pampa⁶⁸.

Cuadro 2. Niños Atendidos (1938-1943)

	1938	1940	1941	1942	1943
Consultorio Externo	10.295	10.186	8.848	6.050	7.509
Internados con o sin su madre	357	795	1.358	618	

Fuente: Evaristo P. Virasoro, Memoria del Gobierno. "Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil" (Año 1941-1942), AHP, Fondo de Gobierno. "Informe elevado por el director el Dr. Mario Cabella" (Año 1942-1943) AHP, Fondo de Gobierno. Elaboración propia

Las prácticas médicas técnicas más frecuentes realizadas fueron las aplicaciones de rayos ultravioletas y, en menor grado, las intervenciones quirúrgicas. La utilización de rayos para el tratamiento de la ictericia en el recién nacido disminuyó con el correr de los años, aunque se mantuvo como tratamiento. Por su parte, la reducción de las cirugías menores acompañó a la consolidación del Hospital Regional como centro quirúrgico de complejidad. De igual manera, el descenso de los niños atendidos en consultorios externos acompañó la creación de nuevos servicios en el nuevo establecimiento.

Cuadro 3. Prácticas realizadas en el Centro Maternal e Infantil (1938-1942)

	1938	1940	1941	1942
Aplicaciones rayos ultravioletas	1.170	833	530	310
Intervenciones quirúrgicas	58	131	-	-
Baños Niños y Mujeres	19.242	31.490	29.771	23.791

Fuente: Evaristo P. Virasoro, Memoria del Gobierno. "Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil" (Año 1941-1942), AHP, Fondo de Gobierno. "Informe elevado por el director el Dr. Mario Cabella" (Año 1942-1943) AHP, Fondo de Gobierno. Elaboración propia

68 María Silvia Di Liscia y Andrea Lluch, "La población pampeana y sus transformaciones", 105-107.

Sin embargo, las prestaciones realizadas en el Centro en mayor número fueron los baños de niños y madres. La Ley de Protección Maternal e Infantil en su artículo 64 establecía dentro de los servicios específicos perseguidos por la división VI: asistencia a niños enfermos anormales y necesitados, “por todos los medios posibles la instalación de servicios gratuitos de baños para madres y niños”⁶⁹. Esta práctica se encontraba legitimada a partir de una concepción de higiene positiva, que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. La limpieza tanto del cuerpo como de los ambientes se convirtió en instrumento clave para la prevención de enfermedades. La difusión del discurso médico en toda la sociedad explica, en gran medida la generalización e incorporación de este hábito. Sin embargo, la dependencia de las instalaciones del Centro evidenciaba la poca infraestructura disponible de servicios básicos en una localidad, Santa Rosa, que aumentaba su población y se extendía. El servicio de aguas corrientes era “escaso” en relación a la zona poblada; situación que afectaba a los “barrios populosos” cercanos al radio céntrico de la localidad que no disfrutaban de los “beneficios de la distribución del agua”⁷⁰ pero era aún más acuciante en “los suburbios de la ciudad” definidos en tanto “transición entre la ciudad y el campo” cada vez “más intensos en población”⁷¹. La prensa local en sus editoriales reflejaba estas dificultades como obstáculos para el desarrollo de una vida sana, individual y colectiva. Los vecinos santarroseños recurrieron al Centro para resolver situaciones cotidianas; de esta manera, las políticas sanitarias nacionales coincidieron con necesidades concretas locales, que en gran medida, desconocían.

La odontología se consolidó como una especialidad dentro del Centro, en consonancia con las directivas de la Dirección de Maternidad e Infancia. En gran medida, este éxito se debió a la ausencia de instituciones que brindaran estos servicios. La preocupación del Estado Nacional por implementar políticas tendientes a promover la salud odontológica de madres y niños emanaba de la propia Ley Palacios que establecía entre sus divisiones, la última y octava: la asistencia odontológica. El Estado invirtió

69 “Ley de Protección Maternal e Infantil (Ley Palacios)”, Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires Tomo IV, N° 2, abril-junio 1938): 171.

70 “Un servicio de aguas corrientes”, La Capital, Santa Rosa, 6 de julio, 1939, 2.

71 “El agua corriente en la ciudad”, La Capital, Santa Rosa, 20 de diciembre, 1939, 2.

en la compra del equipamiento necesario para la instalación de modernos consultorios odontológicos⁷². Como se observa en el cuadro siguiente (Cuadro 4), la atención odontológica adquirió una fuerte presencia dentro de los servicios brindados por el Centro para madres y niños, que se mantuvo constante a lo largo de los años.

Cuadro 4. Atenciones odontológicas (1938-1942)

Año	Niños y mujeres atendidas
1938	2955
1940	2274
1941	3338
1942	3371

Fuente: Evaristo P. Virasoro, Memoria del Gobierno. “Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil” (Año 1941-1942), AHP, Fondo de Gobierno. “Informe elevado por el director del Dr. Mario Cabella” (Año 1942-1943) AHP, Fondo de Gobierno. Elaboración propia

El servicio social acrecentó sus funciones y adquirió una visibilidad social con la reorganización del Centro. La antigua Cocina de Leche extendió su tarea con su transformación en Cantina Maternal e Infantil y a la entrega de los frascos de leche se le sumaron raciones de comida (Cuadro 5). El número de entregas efectuadas, casi diez veces más anualmente, demuestra el aumento de la presión de la población por el servicio alimentario. Nuevamente, la dinámica territorial permite explicar el alcance eficaz de la tarea; la crisis agroclimática regional⁷³ afectó la alimentación de los pobladores pampeanos. Hacia comienzos de la década de 1930, esta situación provocó diferentes alternativas institucionales para dar respuestas a las acuciantes necesidades alimentarias de los niños⁷⁴.

72 La Memoria del año 1940 de la Dirección de Maternidad e Infancia consignaba la compra por licitación de moderno equipamiento para los consultorios de los centros de Avellaneda, Formosa, Mercedes (Corrientes), San Juan y Santa Rosa (La Pampa), en funcionamiento, y de los centros de Concordia, Cruz del Eje, Esquel, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Resistencia, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Zárate, cuyas actividades deben iniciarse en 1941. Cada consultorio contaba con un equipo dental, un sillón hidráulico, un mueble para guardar instrumental, un balde automático e instrumental para cirugía. Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse*, 123.

73 El manejo deficiente de los suelos agrícolas, la deforestación excesiva, la irregularidad pluviométrica, junto a la aguda crisis de rentabilidad de la agricultura pampeana y del modelo económico del país, se conjugaron con tres años de sequía extrema y voladura de suelos. María Silvia Di Liscia y Andrea Lluch, “La población pampeana y sus transformaciones”, 106.

74 Los docentes organizaron junto a las asociaciones cooperadoras escolares una serie de instituciones, los comedores escolares avalados por las autoridades educativas nacionales; así, se instaló una

Cuadro 5. Alimentos distribuidos (1938-1942)

	1938	1940	1942
Leche	51.252 litros	57.725,50 litros	43.463 litros
Leche en polvo	433 kilos	506 kilos	
Harinas	15 kilos 260 gramos	20.26 kilos	
Azúcar	05 kilos	4.129 kilos	
Frascos de leche	133.975	180.791	192.131
Raciones de comida	36.375		

Fuente: Evaristo P. Virasoro, Memoria del Gobierno. “Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil” (Año 1941-1942), AHP, Fondo de Gobierno. “Informe elevado por el director del Dr. Mario Cabella” (Año 1942-1943) AHP, Fondo de Gobierno. Elaboración propia

Las visitadoras de Higiene⁷⁵ se erigieron en la presencia cotidiana en contacto con las familias, por lo tanto parte importante de su tarea se desarrollaba fuera de los centros sanitarios y asistenciales. Estas mujeres buscaron construir un vínculo permanente con el Centro y actuaron como eficaces intermediarias entre médicos y familias. La presencia de servicios consolidados para la atención de la salud infantil no había logrado todavía que la totalidad de la población recurriera a ellos habitualmente, por lo tanto la acción de las visitadoras se constituyó en una estrategia innovadora para lograr el contacto con aquellos niños cuyo crecimiento se encontraba más alejado de la supervisión y el control.

Cuadro 6. Cantidad de visitas realizadas a los hogares (1936-1943)

Año	Cantidad de visitas
1936	118
1937	1.560
1938	1.242
1939	1.180
1940	1.216
1941	2.344
1942	1.130
1943	2.804

Fuente: Evaristo P. Virasoro, Memoria del Gobierno. “Planillas correspondientes al movimiento registrado en el Centro de Higiene Maternal e Infantil” (Año 1941-1942), AHP, Fondo de Gobierno. “Informe elevado por el director del Dr. Mario Cabella” (Año 1942-1943) AHP, Fondo de Gobierno. Elaboración propia

estructura de asistencia alimentaria más completa y permanente en todo el Territorio que asistió a los escolares necesitados. María José Billorou, “Los niños en escena. Las políticas de protección a la infancia en el Territorio Nacional de la Pampa (1920-1940)”, en eds. Tierra adentro.... Instituciones económicas y sociales en los Territorios nacionales (1884-1951) Andrea Lluch y Marisa Moroni (Rosario: Prohistoria Ediciones, 2010), 154,159-160.

75 Durante el período 1938-1943, las visitadoras fueron: Elena Zucca, Mercedes Mallo de Korn, María Ester Malaurie de Ulivarri, Victoria Gómez de Zucca, Sara R. Higovi de Acuña, y Libertad Kelly.

El Cuadro N° 6 nos permite observar el gran número de visitas efectuadas, en tanto constituían el núcleo de su labor. El objetivo de dicha actividad era múltiple, incluía tanto recordar el calendario de vacunación, 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 de examen del orden y limpieza de las personas y viviendas. Ejercían, además, tareas de inspección; vigilaban que los partos fueran realizados por parteras autorizadas y estaban obligadas a denunciar la atención ilegal de los nacimientos. En muchos de los casos, sus acciones buscaban transformar situaciones sociales desesperadas, se ocupaban de legalizar los matrimonios, sobre todo ante la presencia de hijos en la pareja, y de conseguir víveres⁷⁶.

El Hogar Materno-Infantil, obra novedosa guiada por los principios de la medicina social en boga, proporcionaba una solución a las necesidades de madres trabajadoras, quienes podían confiar el cuidado y atención de sus hijos hasta los seis años durante el día para ir a lavar la ropa, limpiar o servir en casas de familia; los niños retornaban a sus hogares con sus padres por la noche. Existía además el Jardín de Infantes atendido por maestras del cuerpo de visitadoras⁷⁷. El Hogar llegó a albergar en los años siguientes a más de sesenta niños de hasta seis años. De acuerdo al registro pormenorizado llevado a cabo por la encargada, las mismas madres iban a limpiar y a lavar la ropa del Hogar gratuitamente⁷⁸.

El Centro de Higiene amplió su oferta de servicios y prestaciones e implementó algunas de las estrategias de protección maternal e infantil más innovadoras –las visitas sociales y el Hogar Infantil–; sin embargo, la médula central de su tarea radicó en las prestaciones más sencillas, la consulta médica de madres e hijos.

76 María Silvia Di Liscia y María José Billorou, “Una introducción. Las visitadoras” 17.

77 “Cincuentenario de Santa Rosa” (Año 1942), AHP, Fondo Gobierno, Carpeta N°7, Legajo N° 1.

78 “Cuadernos de Partes Diarios del Hogar del Niño Encargada: Matilde Puitz” (Años 1940-1941), AHP, Fondo Salud.

ALGUNAS CONCLUSIONES: “LA OBRA DEL CENTRO ES ALENTADORA”

La protección infantil en el Territorio Nacional de La Pampa formó parte de una visión más sistémica y global de los problemas de salud de la población argentina. El Estado buscó generar políticas públicas que lo constituyeran como un actor dinámico para satisfacer las demandas de salud de la sociedad argentina⁷⁹. La fundación del Centro de Higiene Maternal e Infantil en 1930, así como su posterior reorganización hacia 1938, evidenciaron el compromiso estatal de llevar adelante una política centralizada de asistencia a la salud de la niñez que generara una nueva relación entre el Estado Nacional, los estados provinciales y los municipios en Argentina con éxito dispar.

El análisis de la obra efectiva realizada en los Territorios Nacionales, especialmente en La Pampa, ejemplo modélico, nos permite elaborar una serie de interrogantes. Las superposiciones jurisdiccionales que involucraran diferentes instituciones y niveles de gobierno aparecen desdibujadas en el caso estudiado, ya que antes de una efectiva centralización estatal, la atención a la salud era brindada a través de una estructura diversificada en instituciones públicas y privadas tanto dependientes de las sociedades de beneficencia, como de los municipios y del Estado Nacional⁸⁰. Este accionar, a pesar de responder a la normativa legal vigente, mostraba las debilidades económicas y políticas de un Estado territorialiano, incapaz de dar respuesta efectiva a las necesidades concretas de sus habitantes. Las posibilidades de actuación autónoma de la Gobernación, que a partir de la década de 1930 desarrolló un mayor protagonismo, estuvieron limitadas por la condición política de Territorio Nacional y por la estructura económica y social existente. Así, la situación de crisis económica y social que vivió La Pampa en los años 30 provocó que los gobernantes, intelectuales y profesionales petitionaran e insistieran en la intervención del Estado Nacional, último responsable de la población de los Territorios Nacionales para evitar el despoblamiento, el aumento de la pobreza y de las en-

79 Susana Belmartino, *La atención médica argentina*.

80 María Silvia Di Liscia y Ana María T. Rodríguez, “La cuestión social y las instituciones sociales”, 452.

fermedades sociales⁸¹. Así confluyeron dinámicas tanto nacionales como regionales en la implementación del protagonismo del Estado Nacional en la salud infantil.

No obstante, el desarrollo del Centro, mostraba las limitaciones de las políticas estatales planeadas desde Buenos Aires. Su calificación dentro de las instituciones de mayor jerarquía y complejidad de la División de Maternidad e Infancia lo constituyó en modelo a seguir. Sin embargo, las prestaciones efectuadas en la institución exponían la distancia existente entre la planificación estatal y la realidad local. Los recursos disponibles en el erario nacional para su realización se constituyeron como una primera limitación para ampliar la infraestructura, el personal, el equipamiento técnico requerido y los servicios brindados. De esta manera, una gran parte de los niños y madres del espacio pampeano, especialmente aquellos alejados de los centros urbanos y sin posibilidades de trasladarse por las dificultades en las comunicaciones, no tuvieron acceso a los servicios.

A pesar de esto, la tarea desarrollada por el Centro alcanzó algunos logros. La pérdida demográfica, consecuencia de la crisis agroclimática, implicó el despoblamiento de muchas áreas rurales. Dada la conexión con el ferrocarril, principal medio de comunicación, los migrantes pampeanos seguramente eligieron la provincia de o la ciudad de Buenos Aires como destino final. En este contexto, era improbable un crecimiento vegetativo explosivo que pudiese paliar la pérdida de población; por lo tanto una alternativa viable para aumentarla fue la reducción de la mortalidad infantil a través del cuidado de embarazadas y recién nacidos. La disminución de la natimortalidad, más allá de las limitaciones en el registro estadístico, en la ciudad “del cincuenta y uno por mil nacidos muertos en 1928 al quince por mil en 1938”⁸² demuestra el desarrollo de la obra sanitaria.

Madres y niños, concurren al Centro, recibieron sus prestaciones, utilizaron sus servicios, estuvieron en contacto con médicos y enfermeras,

81 María Silvia Di Liscia, Claudia Salomón Tarquini y Stella Cornelis, “Estructura social y población”, 64.

82 “Nota del gobernador Miguel Duval del 18 de septiembre de 1940”, en AHP, Fondo de Gobierno.

abrieron sus hogares a las visitadoras. Su presencia, en aumento durante estos años, nos revela su confianza en la estructura sanitaria para curar dolencias, controlar el crecimiento de los infantes y atender sus necesidades concretas. La vigilancia médica sobre el cuidado infantil se extendió en la sociedad pampeana que paulatinamente incorporó sus preceptos. Al mismo tiempo, los pacientes, supieron resignificar muchas de las prestaciones para resolver problemas cotidianos de otra índole.

La prensa local reflejó este prestigio, en sus páginas se exponían con orgullo las actividades del Centro. Su eficiencia se demostraba en la publicación de la estadística mensual de su funcionamiento. Más allá de las debilidades y limitaciones existentes, la sociedad pampeana acreditaba las incipientes instituciones públicas de protección a la infancia, referentes del progreso alcanzado y de una sociedad que se movilizaba para el logro “de las ventajas que de ellos obtienen los niños, la reserva del futuro de la patria”⁸³.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes primarias

“Ley de Protección Maternal e Infantil (Ley Palacios)”. Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires Tomo IV, N° 2, abril-junio (1938): 157-172.

Olarán Chans, Aníbal. “La legislación argentina en materia de protección a la maternidad y a la infancia”. En Actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Puericultura. Buenos Aires: Imprenta Alfredo Frascoli, 1941, 159-169.

Olarán Chans, Aníbal. “La obra de la Dirección de Maternidad e Infancia en el interior de la República”. Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires, Tomo V, N° 3, julio-septiembre 1939): 138-145.

Olarán Chans, Aníbal. Santa Rosa: Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa, 1938.

Quién es quién en la Argentina: biografías contemporáneas. (1958-59) Buenos Aires: G. Kraft, 1958-1959.

83 “Los comedores escolares y su obra”, La Capital, Santa Rosa, 21 de junio de 1939, 4.

- Pérez Virasoro, Evaristo. Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación año 1935. Santa Rosa: Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa, 1936.
- Pérez Virasoro, Evaristo. Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación años 1936-1937.
- Rodríguez, Germinal. Compendio de demofilaxis. Buenos Aires: López & Etchegoyen, editores, 1955.
- Zwanck, Alberto. “La Unidad Sanitaria en la Asistencia de la Maternidad y de la Infancia. Resumen de la Conferencia Pronunciada en la Sociedad de Puericultura”. *Anales de la Sociedad de Puericultura de Buenos Aires* Tomo IX (1943): 1-4.
- “Centro de Higiene y Protección Maternal e Infantil”. *La Arena*, Santa Rosa, 21 de agosto, 1934.
- “Designación de la Sra. Dina de Pavanello”. *La Capital*, Santa Rosa, 4 de febrero, 1938.
- “El agua corriente en la ciudad”. *La Capital*, Santa Rosa, 20 de diciembre, 1939.
- “El edificio de la Maternidad”. *La Capital*, Santa Rosa, 29 de junio, 1939.
- “El presidente de la Comisión Asesora de Hospitales Regionales visitó los establecimientos de Asistencia Social locales”. *La Capital*, Santa Rosa, 9 de febrero, 1938.
- “Gestiónase edificio propio para la Maternidad Local”. *La Capital*, Santa Rosa, 26 de junio, 1939. “Médico del Centro Maternal e Infantil”. *La Capital*, Santa Rosa, 17 de junio, 1939.
- “Pueblos sin defensa médica”. *La Capital*, Santa Rosa, 7 de junio, 1939.
- “Un servicio de aguas corrientes”. *La Capital*, Santa Rosa, 6 de julio, 1939.
- Archivo Histórico Provincial (AHP), Santa Rosa, Territorio Nacional de La Pampa, Argentina. Fondo de Gobierno.
- Archivo Histórico Provincial (AHP), Santa Rosa, Territorio Nacional de La Pampa, Argentina. Fondo Salud.

Fuentes secundarias

- Álvarez, Adriana y Daniel Reynoso. “Entre el abandono y la debilidad. El cuidado de la salud en la primera infancia, 1920-1930. En *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX*, editado por Isabella Cosse, Valeria Llobet, Carla Villalta y María Carolina Zapiola. Buenos Aires: Teseo, 2011, 123-148.

- Ander Egg, Ezequiel. *La Pampa. Esbozo preliminar para un estudio de su estructura socio-económica. Volumen 1. Demografía.* Santa Rosa: Gobierno de La Provincia de la Pampa, 1958.
- Armus, Diego. “El descubrimiento de la enfermedad como problema social” En *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916).* Nueva historia argentina. Tomo 5, dirigido por Mirta Lobato. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2000, 507-550.
- Armus, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950.* Buenos Aires: Edhasa, 2007.
- Belmartino, Susana. “La emergencia del estado social en la Argentina: construcción de nuevas relaciones Estado/sociedad en salud”. En *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina del siglo XIX-XX,* editado por Adriana Álvarez, Irene Molinari, y Daniel Reynoso. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2004, 257-289.
- Belmartino, Susana. *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005.
- Biernat, Carolina, “El proyecto político médico en el Departamento Nacional de Higiene durante la entreguerra”. En *El Estado argentino y las profesiones liberales, académicas y armadas,* editado por Sabrina Frederic, Osvaldo Graciano y Germán Soprano. Rosario: Prohistoria Ediciones, 2010, 141-168.
- Biernat, Carolina y Karina Ramacciotti. “La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)”. *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* Vol. 15, Nº 2, abril- junio (2008): 331-351.
- Biernat, Carolina y Karina Ramacciotti. *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960.* Buenos Aires: Editorial Biblos, 2013.
- Billorou, María José “El niño es un todo y debe ser servido como tal. Las relaciones entre el Children’s Bureau y la Dirección de Protección a la Primera Infancia” En *Historias de salud y enfermedad en América Latina,* editado por Adrián Carbonetti. y Ricardo GonzálezLeandri. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, CONICET, 2008, 185-203.

- Billorou, María José “Los niños en escena. Las políticas de protección a la infancia en el Territorio Nacional de la Pampa (1920-1940)”. En *Tierra adentro... Instituciones económicas y sociales en los Territorios nacionales (1884-1951)* compilado por Andrea Lluch y Marisa Moroni. Rosario: Prohistoria ediciones, 2010, 141-161.
- Billorou, María José, María Silvia Di Liscia y Ana Rodríguez. “La disputa en la construcción de la cuestión social en el interior argentino. Tensiones entre el Estado y las mujeres (ca.1900-1940)”. En *Luchas, resistencias y representaciones. Argentina, siglos XIX y XX*, compilado por María Celia Bravo, Fernanda Gil Lozano y Valeria Silvina Pita. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán, 2007,123-149.
- Cabella, Wanda y Raquel Pollero. “El descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires entre 1890 y 1950”. Ponencia presentada en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Caxambú, Brasil del 18 al 20 de septiembre de 2004.
- Colángelo, María Adelaida. El saber médico y la definición de una ‘naturalidad infantil’ entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, en la Argentina. En *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil: siglos XIX y XX*, editado por Isabella Cosse, Valeria Llobet, Carla Villalta y María Carolina Zapiola. Buenos Aires, Teseo, 2011, p.101-121.
- Di Liscia, María Silvia. “Instituciones sociales en el interior argentino: una compleja construcción estatal (1884-1940)” Ponencia presentada en Ica-52 Congreso Internacional de Americanistas, Sevilla, Julio 17-21, 2006.
- Di Liscia, María Silvia. “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los territorios nacionales (1880-1940)”. *Salud Colectiva* vol. 5 N°2 mayo- agosto (2009):259-278.
- Di Liscia, María Silvia y María José Billorou. “Una introducción. Las visitadoras. Los ojos de los médicos y las miradas sobre los pobres”. En *Cuadernos de las Visitadoras de Higiene. Fuentes para una historia de género regional*, editado por María Silvia Di Liscia y María José Billorou. Santa Rosa: Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer - Universidad Nacional de la Pampa, 2005, 9-19.
- Di Liscia, María Silvia, Claudia Salomón Tarquini y Stella Cornelis. “Estructura social y población”. En *Historia de la Pampa II. Sociedad, política y economía de la crisis del treinta al inicio de un nuevo si-*

- glo, editado por Andrea Lluch y María Silvia Di Liscia. Santa Rosa: EdUNLPam, 2011, 59-81.
- Di Liscia, María Silvia y Andrea Lluch. “La población pampeana y sus transformaciones”. En *Historia de La Pampa Sociedad, política y economía desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización* (ca. 8000 AP a 1952), editado por Andrea Lluch y Claudia Salomón Tarquini. Santa Rosa: EdUNLPam, 2014, 101-113.
- Di Liscia, María Silvia y Ana María T. Rodríguez. “La cuestión social y las instituciones sociales”. En *Historia de La Pampa Sociedad, política y economía desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización* (ca. 8000 AP a 1952), editado por Andrea Lluch y Claudia Salomón Tarquini. Santa Rosa: EdUNLPam, 2014, 445-462.
- García González, Armando y Raquel Álvarez Peláez, . *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1999.
- González Leandri, Ricardo. “Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX”. En *La cuestión social en Argentina. 1870-1943*, editado por Juan Suriano. Buenos Aires: Editorial La Colmena, 2000, 217-243.
- González Leandri, Ricardo. “El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900”. *Anuario de Estudios Americanos*. Tomos 61-2 julio-diciembre (2004):571-593.
- Lluch, Andrea y Claudia Salomón Tarquini, edi. *Historia de La Pampa Sociedad, política y economía desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización* (ca. 8000 AP a 1952). Santa Rosa: EdUNLPam, 2014.
- Fausto, Boris y Fernando Devoto. *Brasil e Argentina. Un ensaio de história comparada (1850-2002)*. San Pablo: Editora 34, 2004.
- Mazzeo, Victoria. *Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires (1856-1986)*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1993.
- Miranda, Marisa y Gustavo Vallejo (compiladores). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo XXI de Argentina Editores, 2005.
- Miranda, Marisa y Vallejo, Gustavo (dirs.). *Una Historia de la Eugenesia*.

- Argentina y las redes biopolíticas internacionales. Buenos Aires: Biblos, 2012.
- Nari, Marcela. Las políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940. Buenos Aires: Biblos, 2004.
- Otero, Hernán. “La transición demográfica argentina a debate. Una perspectiva espacial de las explicaciones ideacionales, económicas y político-institucionales”. En *El mosaico argentino. Modelos y representaciones del espacio y la población*, dirigido por Hernán Otero. Buenos Aires: Siglo XXI de Argentina Editores, 2004, 71-170.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. “La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea”. *DYNAMIS Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam* Vol. 23 (2003):27-36.
- Scarzanella, Eugenia. “Los pibes en el Palacio de Ginebra: las investigaciones de la Sociedad de las Naciones sobre la infancia latinoamericana (1925-1939)”. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, Vol. 14, No. 2, julio-diciembre (2003): 5-30.
- Stepan, Nancy Leys. “Hour of eugenics”: Race, Gender and Nation in Latin America. Ithaca: Cornell University Press, 1991.

Para citar este artículo: Billorou Imaz, María José. “Niños sanos para el progreso pampeano”. Las políticas de protección de la salud infantil en el Territorio Nacional de La Pampa en la primera mitad del siglo XX”, *Historia Caribe* Vol. XII No. 31 (Julio-Diciembre 2017): 45-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.15648/hc.31.2017.3>