

# Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)\*

MARÍA SILVIA DI LISCIA

Profesora de la Universidad Nacional de La Pampa (Argentina). Correo electrónico: silviadiliscia@gmail.com. La autora es doctora en Historia y Geografía del Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset (España), Universidad Complutense de Madrid (España). Entre sus publicaciones recientes tenemos: “Salud e Inmigración en Argentina. Una historia compartida”, *Quinto Sol, Revista de Historia*, Volumen 20 No. 2 (2016). Entre sus temas de interés están historia de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina.

---

Recibido: 30 de agosto de 2016

Aprobado: 2 de marzo de 2017

Modificado: 3 de marzo de 2017

Artículo de investigación científica

---

DOI: <http://dx.doi.org/10.15648/hc.31.2017.6>

---

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

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



## **Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)**

### **Resumen**

Se analiza la conformación y modificación de políticas sanitarias en las primeras tres décadas del Siglo XX, considerando el estudio del Departamento Nacional de Higiene y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Dichos organismos públicos, dirigidos por higienistas y psiquiatras de reconocido prestigio, intentaron extender la acción estatal sobre la población de pequeñas localidades y áreas rurales del interior argentino, a través medidas sanitarias e higiénicas. Tales propuestas tuvieron éxito relativo debido a dificultades burocrático-técnicas, a la superposición organizativa jurisdiccional y al financiamiento limitado, aunque aumentaron el interés médico y social sobre conjuntos sociales escasamente medicalizados.

**Palabras clave:** Políticas sanitarias públicas, Argentina, medicalización, siglo XX, extensión nacional.

## **From the civilizing arm to the national Defense: Health Policy, Medical Care and Rural Population (Argentina, 1900-1930)**

### **Abstract**

This article discusses the creation and modification of health policy in the first three decades of the 20th century, whereas the study of the National Department of Hygiene and the Advisory Committee of regional Nursing Homes and hospitals. These public institutions, led by renowned psychiatrists and hygienists, tried to extend the actions of the State on Argentine interior population of small towns and rural areas, through sanitary and hygienic regulations. Such proposals had relative success because of bureaucratic and technical difficulties, the organizational overlapping jurisdiction and the limited funding, although medical and social interest increased on sparsely medicalized social assemblies.

**Keywords:** Health State Policies, Argentina, Medicalization, 20<sup>th</sup> century, national reaching

## **Do braço civilizador à defesa nacional: políticas sanitárias, atenção médica e população rural (Argentina, 1900-1930)**

### **Resumo**

Analisa-se a conformação e modificação de políticas sanitárias nas primeiras três décadas do século XX, considerando o estudo do Departamento Nacional de Higiene e a Comissão Assessora de Asilos e Hospitais Regionais. Estes Organismos públicos, dirigidos por sanitaristas e psiquiatras de renome, tentaram estender ou ampliar a ação estadual sobre a população de pequenas localidades e áreas rurais do interior argentino, por meio de medidas sanitárias e higiênicas. Tais propostas tiveram relativo êxito devido à dificuldades burocráticas e técnicas, à superposição organizativa jurisdiccional e ao financiamento limitado, ainda que aumentaram o interesse médico e social sobre conjuntos sociais escassamente medicados.

**Palavras-chaves:** políticas sanitárias públicas, Argentina, medicalização, século XX, extensão nacional.

## **Du bras civilisateur à la défense nationale: politiques sanitaires, soin médical et population rurale (Argentine, 1900-1930)**

### **Résumé**

On analyse ici la conformation et la modification des politiques sanitaires dans les trois premières décennies du XXème siècle, tenant compte de l'étude faite par le Département National d'Hygiène et la Commission Conseillère d'Asiles et Hôpitaux Régionaux. Les précités organismes publics, dirigés par des hygiénistes et des psychiatres prestigieux, tentèrent de répandre l'action de l'état sur la population de petites communes et de zones rurales de l'intérieur argentin, grâce à de mesures sanitaires et hygiéniques. De telles propositions ont eu un succès relatif, dû à des difficultés burocrato-techniques, à la superposition organisatrice juridictionnelle et au financement limité, bien qu'ils ont augmenté l'intérêt médical et social par rapport à de groupes sociaux avec de faibles soins médicaux.

**Mots clés:** Politiques sanitaires publiques, Argentine, soins médicaux, Vingtième siècle, répandue nationale.

## INTRODUCCIÓN

En las tres primeras décadas del siglo XX, una de las preocupaciones de las autoridades del Departamento Nacional de Higiene (DNH), principal organismo argentino a cargo de la salud y el contralor médico en Argentina, dependiente del Ministerio del Interior, fue intentar el aumento de la medicalización hacia las poblaciones rurales, situación que se puede visualizar tanto en los gobiernos conservadores que organizaron el país como en el acceso al poder de los de signo radical. La posibilidad del contagio de enfermedades infecciosas impulsó la expansión del brazo del Estado a través de campañas de tipo vertical<sup>1</sup>. Así, la vacunación contra la viruela, y el intento del control de otras epidemias y endemias como la peste bubónica, la malaria y el tífus, significaron un avance significativo para extender las medidas de salubridad e higiene a los conjuntos sociales posibles de formar parte de la nueva ciudadanía nacional, ya fuese los recién llegados, inmigrantes de ultramar, población criolla y mestiza o indígenas conquistados recientemente. Un nuevo perfil de médicos-funcionarios se afianzó en el país, intentando nacionalizar las políticas sanitarias a todo el territorio. Este proceso está inmerso de las disputas al interior del Estado, ya que el DNH no era el único organismo encargado de la salud pública. Paralelamente, asume un importante rol la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en adelante CAAHR, perteneciente al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y encargada de la creación de nuevas

1 Desde 1880, las élites conservadoras propulsaron la organización estatal bajo un esquema de progreso económico, restricción política y control social; dicho modelo se erosionó con la llegada en 1916 al poder de los gobiernos radicales. A partir de la sanción de una normativa legislativa impulsada por un sector reformista de las élites y por los trabajadores, muchos de ellos inmigrantes, se amplió la base política permitiendo la expresión de nuevos actores políticos en el escenario nacional. Si bien entre 1916-1930 no se modificó la estructura estatal, las diversas facciones del radicalismo gobernante impulsaron diferentes formas de relación política con las jurisdicciones provinciales y el sistema legislativo, donde se centró la oposición conservadora. El golpe militar de 1930 cerró esta instancia democrática a nivel político, aunque a partir de ese momento la crisis económica generó mayor intervención estatal, acelerada luego durante los gobiernos peronistas. Para mayor puntualización, consultar Mirta Lobato, (dir), *Nueva Historia de la Nación Argentina. T. V. El progreso, la modernización y sus límites, 1880-1916* (Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2000); Alejandro Cattaruzza, (dir), *Nueva Historia de la Nación Argentina. T. VII. Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política, 1930-1943* (Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2001); Susana Bandieri, *Historia de la Patagonia* (Buenos Aires: Sudamericana, 2005); Fernando Devoto, *Historia de la inmigración en la Argentina* (Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2003).

instituciones en la Capital y en el interior argentino, con un plan propio vinculado a la internación y atención médica.

El desarrollo teórico de estas temáticas puede seguirse a través de las reglas de juego y el papel de los agentes en la construcción de instituciones sanitarias, de acuerdo a las concepciones teóricas vertidas por Belmartino. Así, durante este período, se detecta un desorden administrativo del aparato estatal nacional, con una administración laberíntica al servicio de un Estado mínimo y multiplicidad de agencias con funciones de control, sin eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Los funcionarios a cargo de las mayores agencias denunciaron y revisaron la situación de inoperancia que a su vez los involucraba en un contexto de construcción de nuevas reglas de juego sin que se generase el encuadre político para imponerlas<sup>2</sup>. A pesar de estas definiciones, quedan por integrar respuestas en relación al interior del país sobre la actuación de algunos de los ejecutores concretos de dichas políticas y sobre los intentos de remover la inercia institucional, que implicaría la erección de nuevas reglas de juego en relación a la extensión de la medicalización, con ampliación del control estatal del espacio territorial nacional. La medicalización puede definirse como un proceso incluido dentro de los avances sociales en relación a una cultura laica, de menor peso religioso, donde se incrementa la influencia de la autoridad de la profesión médica en muchos ámbitos de la vida, permeando y definiendo las conductas individuales<sup>3</sup>. Evoca la imposición de valores médicos hegemónicos y la supresión de la cultura popular bajo la consideración de “expropiación” y o “monopolio” de la salud frente a tradiciones médicas no oficiales y frente a sus practicantes<sup>4</sup>. No descartamos dicha utilización, pero le añadimos la de las demandas sociales frente a las posibilidades de

2 A mediados del siglo XIX se inicia en el mundo occidental la “segunda fase” de la transición epidemiológica, caracterizada por la declinación de la mortalidad que contribuyó al incremento de la esperanza de vida. En este proceso tuvieron impacto “certain biomedical innovations such as the worldwide vaccination campaigns against smallpox. En Ronald Barrett, Christopher W. Kuzawa, Thomas McDade, and George J. Armelagos, “Emerging And Re-Emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiologic Transition”, *Annual Review of Anthropology* 27 (1998): 249.

3 Susana Belmartino, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos* (Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005), 59.

4 Peter Conrad, *The medicalization of society. On the Transformation on Human Conditions into Treatable Disorders* (Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007), 8.

mayor eficacia en la resolución de los problemas de salud-enfermedad, conceptos que vamos a intentar aplicar en el caso concreto de este estudio.

Dicha expansión acompañó en todo el mundo occidental a un incremento de la tecnología sanitaria, e hizo posible la eliminación de epidemias mortíferas, favoreciendo el progreso demográfico y material. En Argentina se trata de un proceso iniciado desde finales del siglo XIX en las áreas del Litoral y en la Capital Federal, pero hasta mediados del siglo XX la transformación higiénica era difícil en las áreas rurales del interior argentino, en especial en los Territorios Nacionales<sup>5</sup>. En este sentido, se requiere una definición del mundo rural; siguiendo a Reboratti, se suelen asumir de manera binaria en contraposición a lo urbano pero las fronteras entre ambos mundos se desvanecen, para conformarse un *continuum* territorial más dos aspectos contrapuestos. A los efectos estadísticos, se ha considerado en Argentina como población rural a la que habita en localidades menores a 2.000 habitantes. El país tenía en 1895 un 63 % de población rural, que descendió al 47% en 1914; aproximadamente 3,7 millones de los más de 7 millones de personas pueden ser considerados en 1914 habitantes rurales<sup>6</sup>.

La particularidad de un Estado, como el argentino, conformado en un territorio sobre el cual se ejerce un limitado control a principios del siglo XX, implica reflexionar sobre la construcción de un espacio burocrático. Como indica Carter, “standardised, homogenized, rationalised, ordered space that eases essential states functions (e.g. taxation), provides a platform for economics development, increasingly channels social relations

5 Dorothy Porter, “Introduction”, In *The History of Public Health and the Modern State*, Dorothy Porter, ed. (London: The Wellcome Institute Series of History of Medicine, 1994), 2-3.

6 Los Territorios Nacionales fueron creados en 1884 en espacios donde se había expulsado a la población indígena, tanto en la Patagonia argentina (La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego), como en el Norte del país (Chaco, Formosa, Misiones y luego en el denominado de Los Andes). A diferencia de las provincias, que gozaban de la autonomía y el autogobierno concedidos por la Constitución de 1853, el gobernador de cada Territorio era nombrado directamente por el Poder Ejecutivo. Se trataba de una importante porción del espacio nacional ya que los Territorios tenían 1.362.359 km<sup>2</sup> de la superficie total nacional, que abarcaba 2.885.620 km<sup>2</sup>. Sin embargo, se trataba de áreas con baja población: en 1914, de 8.082.462 personas que componían el total nacional, solo 329.568 personas vivían en los Territorios Nacionales. En María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky, “La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia argentina, 1880-1940”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Vol. 60, n° 2 (2008): 194.

through state structures, and enhances or internalizes the role of the state in everyday social life”. En ese proceso, es preciso poner el acento sobre el rol de las burocracias sanitarias<sup>7</sup>. Tales aspectos resultan de interés porque permitirían definir el juego institucional sobre poblaciones “nuevas” de las agencias estatales destinadas a la expansión del control médico donde no existían vestigios anteriores de dicho proceso.

La propuesta es entonces analizar la documentación proveniente de los informes médicos así como publicaciones y manuales de agentes claves en la definición de políticas sanitarias y de atención médica. Para ello, se tomarán en cuenta en primer lugar los relatos de médicos en relación a campañas sanitarias y en segundo lugar, los perfiles y acciones de eminentes higienistas y psiquiatras que intentaron a través de dos agencias de singular importancia, el DNH y la CAAHR, ampliar el rango de las políticas a todo el territorio<sup>8</sup>. Nuestro período de análisis abarca las tres primeras décadas del siglo XX, cuando se configuran las políticas iniciales para incluir a la población del interior argentino, sobre todo a las que habitaban en las áreas rurales. La apuesta incluye además tomar en cuenta de manera especial los actores, dado que sus redes sociales, formación y decisiones influyeron en el ejercicio de una “estadidad” burocratizada y medicalizada, con sus límites y dificultades.

## 1. OTRA ARGENTINA

A principios del siglo XX, se dibujaban claramente dos países: Uno, el de las modernas ciudades del Litoral, que requería transformaciones y mejoras pero con modernos hospitales, profesionales y una activa acción higiénica, orgullo de la élite gobernante. Otro que, de acuerdo a esos mismos grupos, persistía anclado en el pasado colonial o sumido en las supersticiones, donde la población carecía de las mínimas ventajas de la higiene y la salubridad. Si bien las primeras preocupaciones médicas estuvieron en

---

7 Carlos Reboratti, “Los mundos rurales”, en *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*, Tomo II, comp Susana Torrado (Buenos Aires: Edhasa, 2007), 85-88.

8 Eric D. Carter, “State Visions, landscape, and disease: Discovering malaria in Argentina, 1890-1920”, *Geoforum*, Vol. 39, N°1, January (2008): 278.

pos de eliminar las enfermedades epidémicas en las populosas urbes, se denota también una incipiente percepción de la necesidad de asumir otras medidas sanitarias<sup>9</sup>.

Gran parte de estos espacios se organizaron como Territorios Nacionales a finales del siglo XIX en áreas donde se había desplazado a la población indígena autónoma a través de una guerra de exterminio o acciones violentas de similar impacto y estaban ubicados en la Patagonia (La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Tierra del Fuego, Santa Cruz), en el NO (Los Andes), centro y NE del país (Misiones, Formosa y Chaco). Se trataba de áreas subpobladas, en un país con baja demografía: Para 1914, el Tercer Censo Nacional indicaba que solo 329.568 habitaban los Territorios, en una superficie de 1.362.359 Km<sup>2</sup>, mientras que en el resto del país, 7.885.237 personas vivían en una superficie de 1.523.261 Km<sup>2</sup><sup>10</sup>.

El DNH, creado en 1880 y dependiente del Ministerio del Interior, amplió sus funciones desde la inicial inspección de profesionales y expendio de medicamentos en farmacias a un amplio abanico de actividades a partir de la Ley Orgánica de 1891<sup>11</sup>. En 1904, bajo su auspicio, se reglamentó la Ley Nacional N° 4.202, que establecía la obligatoriedad de la vacunación antivariólica para la Capital y los Territorios Nacionales, donde se extendía el control efectivo del Ministerio del Interior<sup>12</sup>. En esa legislación tuvieron injerencia tanto José Penna y Carlos Malbrán como Emilio Coni,

9 Como fuentes primarias, se destacan las existentes en publicaciones de orden sanitario (revistas médicas: *Anales del DNH*, *La Semana Médica* y *La Prensa Médica*) así como manuales, memorias, informes y artículos de especialistas de la época. Las fuentes secundarias detalladas obedecen antecedentes importantes sobre la temática, de amplio desarrollo en Argentina desde hace más de veinte años.

10 Emilio Coni, "Higiene y salubridad en la República Argentina", en I Congreso Médico Latino-Americano, T. I Santiago de Chile, 1901), 20-111.

11 Tercer Censo Nacional, 1 de junio de 1914, T. I a X (Buenos Aires: Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía, 1916).

12 El DNH fue dirigido desde finales del siglo XIX por Guillermo Udaondo y Eduardo Wilde (1891-1900), Carlos Malbrán (1900-1910), José Penna (1910-1916), Pascual Palma (1917), Gregorio Araoz Alfaro (1917) Juan Capurro (1917-1920), Teófilo Lecour (1920-1923), Gregorio Araoz Alfaro (1923-1928) y Tiburcio Padilla (1928-1930). En este artículo hemos focalizado la descripción de la tarea de Malbrán y Penna por cuestiones de espacio, más información sobre la organización del DNH en: Adriana Álvarez, *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)* (Buenos Aires: Biblos, 2010), 40-41.

este último eminente higienista con una carrera de singular importancia en Buenos Aires pero también con un desarrollo e influencia en el interior argentino, ya fue él quien planificó la organización sanitaria de Mendoza y Corrientes, capitales provinciales.

A diferencia de las denominadas “provincias históricas”, que preexistían antes de la Constitución Nacional de 1852, es decir a las de Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis), Centro y Norte (Córdoba, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca, Salta y Jujuy), Mesopotamia y Litoral (Santa Fé, Buenos Aires, Entre Ríos y Corrientes), los Territorios carecían de una estructura sanitaria similar a los Consejos de Higiene y dependían directamente del DNH. Pero dadas las dificultades materiales y técnicas de ese organismo, tanto la atención médica como las acciones de salubridad se llevaban a cabo a través del esfuerzo filantrópico, de asociaciones mutuales de inmigrantes o de los menguados presupuestos municipales, donde también aportaban los vecinos<sup>13</sup>.

El control de la viruela, peligrosa enfermedad infecciosa que causaba epidemias desde hacía siglos, se había iniciado en Argentina mucho antes, como hemos indicado<sup>14</sup>. Pero su extensión a toda la población, tal cual requería la legislación de 1904, se transformaba en una práctica difícil de llevar a cabo en los Territorios Nacionales. Y no solo se trataba de un problema estratégico, debido a las dificultades espaciales que implicaba el traslado de material y vacunadores: En la obra de Penna y Madero se expresaba que el Instituto Bacteriológico podía abastecer de placas de vacunación a toda la nación, pero que los Consejos de Higiene provinciales no las utilizaban, dejando a gran parte de la población sin este mecanismo de prevención<sup>15</sup>.

El DNH enfatizó la labor desarrollada durante años para llevar la vacuna a las poblaciones del interior, en su mayoría, carentes de todas las ventajas

13 María Silvia Di Liscia, “Marcados en la piel. Vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)”, *Cader-nos de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz*, Vol. 16, N° 2 (2011): 420.

14 María Silvia Di Liscia y Ernesto Bohoslavsky, “La profilaxis del viento”. 190-194.

15 María Silvia Di Liscia, “Marcados en la piel”, 411-412.

de la higiene moderna. Los médicos encargados de la sanidad en cada Territorio, a veces también los únicos profesionales oficiales en kilómetros a la redonda como médicos de la gobernación y de la policía, enfatizaron en nutridos informes las deficientes condiciones sanitarias de los pobladores. También en las descripciones de los agentes del DNH para la vacunación, realizadas sobre las pequeñas localidades de las estepas patagónicas, las llanuras pampeanas, los bosques chaqueños, los desiertos andinos o la selva misionera, se entrevén los enormes escollos por superar y controlar con escasos medios técnicos y humanos una geografía feraz y a la vez, salvaje e inhóspita.

Los informes médicos, publicados en los Anales del DNH, ponían bajo sospecha la noción de la civilización moderna, toda vez que quienes viajaban a vacunar o quienes vivían en esas alejadas latitudes, testimoniaban sobre las desesperantes enfermedades y condiciones higiénicas. A una pobreza contumaz, viviendas míseras y una dieta alejada de las mínimas condiciones nutricionales, así como escasez de remedios y de médicos, se sumaban la persistencia del curanderismo (sindicado como opuesto a toda medida de la modernidad) y la carencia de educación higiénica de sus pobladores.

Un ejemplo de estos relatos es el del Territorio Nacional de Río Negro en la campaña de vacunación de 1905, donde se describían los afanes e inconvenientes de la comisión vacunadora en el recorrido de un área de más de doscientos mil km<sup>2</sup> desde Buenos Aires por ferrocarril, luego en carruajes y en mulas, hasta las faldas de la Cordillera de los Andes. Los pequeños pueblos y parajes aislados (Choele Choel, Tragua Tragua, Bajo Juárez, Negro Muerto, Conesa, Pringles, Viedma, Balcheta, San Antonio Oeste, entre otros) con escasas edificaciones modernas y sin servicios sanitarios de ningún tipo, concentraban una dispersa población dedicada sobre todo a las actividades ganaderas, aunque ya aparecían otras posibilidades de desarrollo agrícola en los fértiles valles de los ríos Limay y Neuquén. Salvo los médicos oficiales, no se describen otros facultativos ni centros de atención, pero sí escuelas, colegios, capillas y cárceles en las incipientes urbanizaciones, donde se reunía a niños y adultos para aplicar la vacuna. Al finalizar el largo y pormenorizado relato, se hacía saber la renuencia de

la población en permitir esta acción higiénica, que debía solucionarse con el ejercicio del poder de policía del Estado nacional<sup>16</sup>.

Otro ejemplo lo constituye el informe sobre vacunación del mismo año en el Territorio Nacional de Neuquén, aún menos poblado que el anterior y cuyo responsable indicaba que había llevado la misión médica a pesar de la “población diseminada y una región áspera e ingrata, con caminos pedregosos y difíciles”. En la descripción de los magníficos paisajes de Chos Malal, Las Lajas y Junín de los Andes, de manera irónica, se indicaba que no había enfermedades propias, “si es que el adelanto actual de la ciencia no puede considerarse enfermedad el atraso intelectual, el abandono de las comodidades de la vida, la miseria económica de los pobladores de las regiones precordilleranas del Neuquén”<sup>17</sup>.

Igual situación se reflejaba en el resto de la Pampa y Patagonia argentina e incluso en el nordeste del país. Así, se describía la capital del Territorio Nacional de Formosa, pequeña localidad en crecimiento, como “un extraño campamento de viveros bacterianos”, sin agua en condiciones aceptables, con mataderos al aire libre y con precarios edificios públicos (escuela, municipalidad, cárcel, hospital de caridad) que funcionaban en espacios totalmente deficientes e inadecuados: “Salvo pocas excepciones, donde el peculio particular ha realizado un saneamiento relativo, a veces en medio de una pestífera vecindad, la mayor parte de las viviendas quedan como sitiadas en terrenos húmedos y entre emanaciones nauseabundas de tambos, caballerizas y letrinas al aire libre”<sup>18</sup>.

Una y otra vez, los médicos y vacunadores incorporaron una mirada impresionista sobre las dificultades de acceder a los territorios, incidir sobre las conductas de los pobladores y realizar la esperada transformación higiénica. Dicha visión poco específica y asistemática se debió a la imposibilidad de constituir en esta etapa las agencias públicas destinadas a recabar

16 José Penna y Horacio Madero, *La administración sanitaria y la asistencia pública de la ciudad de Buenos Aires*. (Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación G. Kraft, 1910, Tomo I), 730.

17 Germán Anschultz, “Comisión vacunadora en Río Negro”, *Anales del Departamento Nacional de Higiene*, en adelante *Anales del DNH*, Año XII, N°1 (1905): 314.

18 Eugenio Ramírez, “La vacunación en el Neuquén”, *Anales del DNH*, Año XII, N°1 (1905): 337.

estadísticas médicas confiables y actualizadas y a las propias dificultades de dicho proceso en los Territorios Nacionales, más desprotegidos aún que el resto del país<sup>19</sup>. Así y todo, los informes fueron considerados por la principal agencia nacional, el DNH: uno de sus funcionarios más destacados, Nicolás Lozano, reflexionaba sobre la necesidad de intervención nacional a partir de presupuestos específicos destinados al saneamiento de las pequeñas localidades ya que era imposible que las erogaciones destinadas a solventar las reformas sanitarias de base (agua, cloacas, pavimentación y otras) pudiesen asumirse con los magros recursos existentes en los Territorios Nacionales<sup>20</sup>.

En el resto del país, el DNH tendría un accionar también difícil, ya que a los magros recursos se unían la superposición jurisdiccional entre los organismos provinciales y nacionales. Hacia 1908, Nicolás Lozano, encargado de la Sección de Vacuna, informaba de manera pormenorizada la intervención nacional en distintas Provincias: en Salta, a raíz de focos de peste bubónica; en San Luis, a causa de una epidemia de viruela y del establecimiento de una estación de desinfección en Corrientes<sup>21</sup>. Como en el caso de los Territorios Nacionales, se solicitaba a los gobiernos provinciales el envío periódico al DNH de la información estadística, obtenida a través de la recopilación mensual en los Registros Civiles, y tal insistencia demuestra la compleja coordinación de la salud pública a nivel nacional<sup>22</sup>.

## 2. INTENTAR UNA RACIONALIZACIÓN NACIONAL DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS

Paralelamente a la situación anterior, en la primera década del siglo XX se

19 C. Valerio, "Estado sanitario de Formosa", *Anales del DNH*, Año XV, N°7 (1908): 384. Otros ejemplos se denotan en los textos sobre La Pampa, Chubut, Tierra del Fuego y Los Andes, publicados en la misma revista oficial del Departamento durante ese período y por otros médicos o funcionarios afines a dicha agencia.

20 Claudia Daniel, "Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940", *Historia, Saúdes, Manguinhos*, Río de Janeiro, Vol. 19, N° 1 (2012): 98 y María Silvia Di Liscia, "Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)", *Salud Colectiva*, Vol. 2, N° 5 (2009): 259-278.

21 Nicolás Lozano, "Nota al Presidente del Departamento Nacional de Higiene", *Anales del DNH*, Año XV, N°6 (1908): 386.

22 Nicolás Lozano, "Memoria de la Sección 1era (Profilaxis interna y de vacuna), correspondiente al año 1907", *Anales del DNH*, Año XV, N°6 (1908): 243-257.

configura en el país un nuevo ideal profesional que descansaba “tanto en una redefinición de las jerarquías académicas y en una visión más compleja de las posibilidades de la intervención estatal y de su *intelligentzia* técnica como en una reflexión (...) acerca de la capacidad del juicio de pares”; aunque sin llegar a consolidarse hasta la década de 1930, tal y como indicó González Leandri<sup>23</sup>. Nos detendremos en relación a tal cuestión a través de una revisión de los perfiles de los funcionarios y sanitaristas Carlos Malbrán y José Penna, en contraste con la figura de Domingo Cabred, actor singular de este período y especializado en psiquiatría. Dichos facultativos plantearon dos esquemas diferentes, aunque con intencionalidad nacional: por un lado, la vertiente de modificación ambiental y de las prácticas sanitarias y por otro, la atención médica institucional.

## 2. 1. La autoridad higiénico-sanitaria, un difícil mandato

Los dos presidentes del Departamento Nacional de Higiene en la primera década del siglo XX, Carlos Malbrán y José Penna, llegaron a ese cargo luego de una experiencia inicial en la jurisdicción porteña y en el Departamento pero a su vez, dicha actividad los catapultó hacia una carrera política como legisladores nacionales, con el apoyo y anuencia de los gobernantes conservadores. Ambos fueron especialistas sanitarios, en el estudio y control higiénico-urbano en relación a epidemias de gran impacto social como la peste bubónica, el cólera, el tífus, la malaria, la difteria, la sífilis y la tuberculosis, en contacto con científicos de relevancia internacional. Estos dos funcionarios impulsaron también reformas burocráticas, tratando de lograr que se extendiera el brazo estatal sanitario fuera de la Capital Federal, para llegar al resto del territorio, en un afán de “producir” espacialmente al Estado nacional. Y aunque uno de ellos provenía de una Provincia nortea y el otro no pertenecía a la élite médica porteña, ambos se establecieron en Buenos Aires, ya que sin duda era imposible desarrollarse en estos múltiples aspectos fuera de este ámbito, que concentraba las instituciones y asociaciones médicas de relevancia, tanto a nivel público y privado como académico y científico y que nutría a estos ascendientes grupos en sus estrategias y redes sociales.

23 “Circular del Ministerio del Interior solicitando de los gobiernos provinciales el envío de datos estadísticos”, Anales del DNH, Año XV, N°6 (1908): 318-319.

Carlos Malbrán (1862-1940), catamarqueño de origen, se graduó en Buenos Aires con una tesis sobre el cólera. Su formación incluyó visitas a otros centros y contactos con investigadores destacados; así, en enero de 1888 fue encargado por el Gobierno Nacional para efectuar estudios de higiene y bacteriología en Munich y en Berlín. Se especializó en bacteriología y seroterapia y en 1893, estuvo a cargo de la Sección Bacteriología del DNH. Su carrera académica incluye el acceso como profesor y vicedecano en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y la elección en la Academia Nacional de Medicina. Fue además Senador Nacional por la Provincia de Catamarca<sup>24</sup>. Malbrán llegó al máximo organismo sanitario argentino por la renuncia de Eduardo Wilde, quien había sido incapaz de controlar la epidemia de peste, y entre sus mayores logros se cuenta la organización del Instituto de Bacteriología, vinculado con la generación de sueros y vacunas.

Uno de los principales problemas con los cuales se enfrentó Malbrán fue la intervención en las provincias a raíz de las epidemias, ya que el DNH solo tenía injerencia en la Capital y en los Territorios Nacionales. Pero también preocupaban la expansión de determinadas endemias, como el caso de la malaria y la lepra. En 1902, se convocó a delegados provinciales para combatir la expansión del paludismo en un Congreso nacional y se llevó a cabo también una Conferencia Sanitaria sobre la lepra, donde participó como delegado José Penna, que planteó la obligatoriedad de la declaración de la enfermedad (cuestión no resuelta hasta 20 años después)<sup>25</sup>. Se trataba de patologías sobre las cuales era preciso tomar acciones directas, de acuerdo a los médicos sanitaristas antes citados, quienes reclamaron en ambos casos ante el Ministro del Interior Joaquín V. González y el Vicepresidente Norberto Quirno Costa, ya que ponían en entredicho la imagen de un país civilizado, con espacios saludables y libres de las enfermedades cuyo imaginario estaba ligado a regiones selváticas, pantanosas y atrasadas, donde no había núcleos urbanos. La población de estas regiones rurales estaba al

24 Ricardo González Leandri, "Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado, Buenos Aires, 1850-1910". en *Los saberes del Estado*, comp Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann, (Buenos Aires: Edhasa, 2012), 145.

25 "Necrología", *La Semana Médica*, Vol. 47, N° 33 (1940): 391 y "Necrología", *La Prensa Médica Argentina*, Vol. 27, N° 32 (1940): 1676.

margen de muchas de las mejoras de las ciudades del litoral argentino: no tenía acceso a agua potable ni a cloacas, y en consecuencia, no podía aplicar las recomendaciones higiénicas para eliminar la lepra; o vivía en lugares infectados de mosquitos que transmitían la malaria.

En 1903, Malbrán impulsó la primera legislación en relación a la malaria, que justamente avanzó en el control de las regiones del NO. En 1905, una recomendación a los gobiernos provinciales de la dirección del DNH iba en esta dirección considerando la peligrosidad del contagio en las áreas urbanas, indicándose la conveniencia de organizar servicios de asistencia médica y desinfección en casos de enfermedades infecciosas “por lo menos en las capitales y en las ciudades de las Provincias”, para controlar las aguas y alimentos para evitar la contaminación, avanzar en una estadística demográfica y generar una legislación para eliminar viviendas insalubres<sup>26</sup>.

Una cuestión fundamental era el acceso a fondos presupuestarios de manera constante teniendo en cuenta la estructura financiera estatal de un Estado reducido y al mando de una élite política renuente a la intervención económica. En 1901, cuando era Presidente del DNH Carlos Malbrán, Penna había presentado un proyecto para gravar la sanidad marítima que preveía el cobro de una tasa, incluía la desinfección de los barcos y la vacunación y un impuesto a las recetas despachadas por las farmacias a los medicamentos denominados “específicos”. Tal cuestión se aprobó por la Ley Nacional N° 4.039, reglamentada en 1908, que incorporaba así un financiamiento para luchar contra las enfermedades infectocontagiosas. Dado que las personas de menores recursos no utilizaban los específicos sino sustancias menos onerosas la medida tenía cierta dinámica redistributiva, donde los más pudientes financiaban a los carenciados. Pero la recaudación quedó en manos del Ministerio de Hacienda que ingresaba los montos a rentas generales sin integrarlos al presupuesto del DNH.<sup>27</sup> Varios funcionarios, entre los que se contaba Penna, intuían que este problema terminaría minando las posibilidades presupuestarias del DNH.

---

26 Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes de la salud pública en Argentina Tomo II* (Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2004).

27 *Anales del DNH*, Año XII, N°1 (1905): 132.

Muchas de las propuestas de Malbrán quedaron solo en el papel y la insistencia posterior da fe de que no se había podido avanzar, como testificó José Penna (1855-1919), quien continuó bajo la presidencia del DNH. Veamos sintéticamente su biografía, ya que a diferencia de otros profesionales de la época (como José María Ramos Mejía, emparentado con una rancia estirpe patricia o Eduardo Wilde, eminente político conservador), la familia de Penna no puede considerarse parte de la élite sino que forma parte de los sectores en ascenso. La clave fue el acceso a la educación y no la fortuna, ya que su padre había inmigrado al país desde Milán y obtuvo el grado de Coronel por su actuación militar pero su familia no tenía recursos económicos para solventar los estudios de sus hijos. José Penna trabajó durante sus estudios secundarios y universitarios<sup>28</sup>. En 1873 ya era practicante y junto a otros facultativos hizo frente a la mortífera epidemia de cólera; cuando había culminado su formación como médico, participó en los comités para controlar las epidemias de los años 1886-1888 que asolaron Buenos Aires y forjaron a una generación de higienistas bajo la transformación urbana. En 1889 era profesor en la cátedra de Patología Interna, ejercía como profesional en la Casa de Aislamiento (luego Hospital Muñiz) y había publicado dos obras relevantes para la epidemiología local, en relación a la viruela y al tifus<sup>29</sup>. Ocupó luego la dirección de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Capital. La carrera profesional de este médico está signada por un progresivo ascenso hacia condiciones de mayor decisión política en los aspectos sanitarios, pero a la vez, una observación de las condiciones generales de dicho organismo detecta los límites de dichas propuestas dentro de las políticas nacionales en un Estado conservador que asumía la necesidad de reformas para hacer frente a la “cuestión social”, como veremos más adelante<sup>30</sup>.

28 Adriana Álvarez, *Entre muerte y mosquitos*, 51.

29 Vicente Osvaldo Cutolo, *Nuevo diccionario biográfico argentino (1750-1930)* (Buenos Aires: Editorial Elche, 1968), 667.

30 Ambas fueron base para trabajos médicos posteriores y referencia de consulta; se trata de obras de considerable importancia que asumen los avances y discusiones científicas de la época con erudición y estadísticas acotadas pero fiables: José Penna, *La viruela en la América del Sur y principalmente en la República Argentina. Historia, estadística, clínica y profilaxis* (Buenos Aires: Félix Lajouane, 1885) y José Penna, *Epidemiología. Tifus exantemático en la República. Proyecto de nombramiento de una comisión para su estudio* (Buenos Aires: La Semana Médica, 1898).

Penna accedió a la Presidencia del DNH en 1910, cuando Malbrán fue elegido Senador, hasta 1916, ya que el triunfo radical significó un cambio en la estructura política de varios organismos gubernamentales. Este médico le imprimió otra dinámica al DNH, reorganizándolo en siete núcleos entre los que se destacan el de sanidad y profilaxis marítima y fluvial del puerto de la Capital; el de sanidad y profilaxis terrestre, que comprendía las delegaciones de las provincias y estaciones en los Territorios Nacionales; la profilaxis del paludismo, de la viruela y de la lepra, tuberculosis, bocio y otras; la higiene escolar, infantil, industrial y social; la atención del Instituto Bacteriológico central y los laboratorios regionales y ambulantes, y a los servicios de desinfección y saneamiento, entre otros. Además se incluían las dependencias encargadas de Ingeniería sanitaria, de la Inspección de Productos alimenticios, el Instituto Químico y el Instituto Antivariólico. De acuerdo a Veronelli y Veronelli, “las secciones definidas por Penna, a las cuales se agregarían otras durante la presidencia de Araoz Alfaro, se convirtieron en núcleos de formación de una reducida pero prestigiosa tecnoburocracia sanitaria que acumuló conocimientos y experiencia, ganó prestigio y respeto, y se identificó con los propósitos de la institución”<sup>31</sup>.

Sin duda, Malbrán y Penna no eran ajenos a los relatos médicos ya citados que pasaron por las páginas de los Anales del DNH en la primera década del siglo XX y permitían entrever una nación muy lejana de la salubridad e higiene triunfante en el litoral porteño, con una población alejada de sus ventajas e incluso renuente a recibirlas. Las solicitudes oficiales de los médicos del interior argentino y de los agentes sanitarios tuvieron escasa repercusión en ese momento: como muchas medidas, fueron parte de un Estado con dificultades por incidir en el espacio social pero a la vez, con agentes cuyas decisiones no se plasmaban en su totalidad en medidas concretas. Parte del juego institucional significaba tomar partido por una intervención concreta en los Territorios, donde los gobernadores eran designados por el Poder Ejecutivo Nacional, frente a una población carente

31 A fines del siglo XIX, el Estado requirió los saberes de las nascentes Ciencias Sociales así como de otros saberes técnicos, de la misma manera que los técnicos necesitaban del Estado para su consolidación e institucionalización. Ver al respecto Plotkin Mariano Ben y Eduardo Zimmermann. “Saberes del Estado en la Argentina, siglos XIX y XX”, en *Los saberes del Estado*, comps Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann, comps, (Buenos Aires; Edhasa, 2012), 10.

de muchos de los derechos políticos que ya gozaban las provincias “históricas”. En estas áreas, las tasas de analfabetismo siguieron siendo altas a lo largo del siglo XX, y tal situación, junto a la seguridad y la represión, preocupaban mucho más a las autoridades territorianas que la salud, la cual aseguraban inmejorable, aunque sin información ni certeza de ningún tipo<sup>32</sup>.

En 1910, junto a Horacio Madero, Subdirector del DNH, Penna publicó una obra clave donde detallaba el sistema público de higiene y sanidad de Buenos Aires, apuntando a sus logros y límites en una ciudad a la cabeza de las transformaciones en todo el país<sup>33</sup>. Una profunda crítica del sistema sanitario atraviesa todo el texto, considerando la superposición administrativa, el presupuesto oneroso y la falta de coordinación de diferentes organismos, tanto de la ciudad de Buenos Aires como nacionales. Para estos funcionarios, también se trataba de una cuestión organizativa que excedía al DNH, ya que el Ministerio del Interior tenía entre sus funciones el control profesional, el expendio de medicamentos, lidiar con el control portuario de las epidemias y el sistema de ingresos al país para impedir enfermedades infecciosas, lo cual incluía la inspección de los miles y miles de inmigrantes que llegaban al puerto diariamente en esa época, así como la revisión de los ferrocarriles. De manera particular, le competía al DNH controlar los establecimientos educativos y a los escolares, así como el sistema de vacunación. Pero este organismo no tenía injerencia sobre otras importantes funciones sanitarias: Penna y Madero se quejaban de la existencia de la CAAHR en el Ministerio de Exterior y culto, encargada de la creación de asilos y hospitales, dejando ese espacio a las asociaciones filantrópicas, con quienes no tenían quizás una fluida relación. El Ministerio de Agricultura estaba a cargo del control de los sistemas de producción y circulación de alimentos y otros productos en condiciones seguras e higiénicas, y el Ministerio de Hacienda, de la inspección de bebidas; asimismo, la Dirección de Obras de salubridad de la Nación era la encargada de la construcción del sistema cloacal, de alcantarillas y de brindar el servicio de

32 Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes de la salud pública*, 363-364.

33 Sobre estos aspectos ver María Silvia Di Liscia, “Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX)”, *Entre pasados*, Revista de Historia, N° 33 (2008): 49-69.

agua potable a todo el país<sup>34</sup>. La Asistencia Pública realizaba por su parte una extensa labor médico-social en sus hospitales y centros, modelos de atención para todo el país, pero concentrados en la Capital.

Por lo tanto, se reclamaba una racionalidad administrativa, ya que la higiene pública atravesaba la prevención, la profilaxis sanitaria y la atención médica en numerosos niveles que debían integrarse para su control y eficacia. De acuerdo a Gregorio Araoz Alfaro, uno de los médicos argentinos con mayor reconocimiento internacional<sup>35</sup>, Penna continuó como Diputado al mando del DNH (lo cual parece a simple vista incompatible) y gracias a su gran influencia política y contactos en las más altas esferas, —entre ellas con el entonces Presidente José Figueroa Alcorta— logró la aprobación en 1912 de la Ley Nacional N° 7.444, denominada “de defensa sanitaria”. De esta manera, obtuvo presupuesto para estaciones y medios de desinfección a los puertos y poblaciones de la República. Araoz Alfaro, sucesor de Penna, indicaba de manera grandilocuente y quizás un tanto desproporcionada que: “Jamás presidente alguno del Departamento tuvo tantos recursos a su mano y gozó de tan amplia confianza de parte del Congreso y del Gobierno”, con presupuesto global para que distribuyera según su gusto. Gracias a su gran autoridad como epidemiólogo, demostró a los legisladores los peligros que podían traer al país la escasez de medios actuales<sup>36</sup>.

Según Araoz Alfaro, Penna había organizado con bases sólidas la profilaxis pública, “extendiendo su acción a toda la República”, con el apoyo de un Parlamento que de manera inédita le permitió administrar el presupuesto según su “ciencia y conciencia” pero sin ocuparse de la misma manera de todos los problemas sanitarios. Una velada crítica se asoma en este panegírico, al señalar que “tal vez pueda decirse con razón, como se ha sostenido al combatirlo en vida, que descuidó alguno de los más

34 José Penna y Horacio Madero, *La administración sanitaria* 25-26.

35 José Penna y Horacio Madero, *La administración sanitaria*, 32-37.

36 Gregorio Araoz Alfaro fue vicepresidente de la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones entre 1927-1930, de acuerdo a Andrés Reggiani y Hernán González Bollo, *Denatalité, “Crisis de la race” et politiques démographiques en Argentine (1920-1940)*. *Vingtième Siecle, Revue d’histoire*, 3 N° 95, (2007): 40. Presidió el Departamento en varias oportunidades durante los gobiernos radicales y en un breve período al inicio del gobierno militar.

serios, abordó otros con criterio un poco burocrático y sin conocimiento personal de las regiones atacadas y de los habitantes que debía preservar, y cuyos hábitos y tendencias, así como las peculiaridades de aquéllas, es conveniente y necesario conocer<sup>37</sup>.

Un ejemplo lo proporciona el hecho que, según la Ley 7444, se establecía para cada capital provincial y territorial un centro de profilaxis para prevenir enfermedades infectocontagiosas, y se incluía al médico de la gobernación y uno o dos guardias sanitarios; el afán principal era mantener a disposición del personal un equipo completo de desinfección, indispensable en caso de epidemias. Pero por falta de fondos el DNH pudo crear solo cuatro (dos en Córdoba, uno en Catamarca y uno en Jujuy) y con apoyo de los gobiernos provinciales<sup>38</sup>.

A pesar de tales críticas, en los Territorios Nacionales hubo una transformación significativa aunque modesta, con la apertura de asistencias públicas todos, salvo Tierra del Fuego y Los Andes, con menor población. El 9 de julio de 1913 y de manera simultánea, se inauguraron centros que representaban directamente al DNH en siete capitales: Posadas, Resistencia, Formosa, Neuquén, Santa Rosa, Viedma, Río Gallegos y en la ciudad de Trelew (Chubut). Con la retórica florida del progreso y la higiene, funcionarios nacionales y autoridades locales, así como los futuros médicos a cargo de las asistencias, destacaban que se trataba de una nueva “conquista del desierto”, esta vez por la salud.

Sobre las capacidades técnico-médicas de las asistencias no se brindaba mucha información; salvo en el caso de Misiones que disponían de sala de consultorios externos, de intervención, ambulancia, laboratorio, enfermería y saneamiento a domicilio en la capital y servicio de vacunación en el interior, el resto señalaba el carácter modesto de los edificios e instalaciones, enfatizando su enorme potencialidad social<sup>39</sup>. Como ejemplo,

37 Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes de la salud pública*, 370.

38 Gregorio Araoz Alfaro, *Crónicas y estampas del pasado* (Buenos Aires: Librería El Ateneo, 1938), 246.

39 Domingo Cabred, *Discursos pronunciados con motivo de la colocación de la piedra fundamental de los asilos y hospitales regionales en la República Argentina (Ley 4953)* (Buenos Aires: Talleres Gráficos J. Weiss y Preusche, 1918), 100. *Anales del DNH*, Año XVI, N° 1 (1909): 101.

José Oliver, director de la Asistencia Pública de Santa Rosa, mencionó el “grandioso plan de profilaxis del Dr. Penna en todo el territorio de la Nación”, llevando la lucha contra el paludismo en las provincias del norte, la vacunación y, en ese momento, la Asistencia Pública al resto del país<sup>40</sup>. Ernesto Cano, médico de Trelew, percibía también que gran parte de la población estaba lejos de centros urbanos “con escasísimos medios de comunicación, privada de los auxilios de la ciencia médica. El habitante de estas latitudes es tan digno de ser tenido en cuenta por los poderes públicos como el de las ciudades, pues se encuentra más expuesto a sufrir en su organismo las influencias del medio ambiente”<sup>41</sup>.

Para Luis Navarro, representante del DNH en el mismo acto en Trelew, la acción pública había eliminado el fantasma de la peste, donde vivían un millón de almas; allí, a pesar de la aglomeración, había más seguridad que “en nuestras soledades, que no tienen más profilaxis que el viento”. La Asistencia Pública, nacida en Buenos Aires, podía también ejercer su labor civilizadora en las antípodas del progreso y esa estrategia incluía así a la población rural a un proyecto nacional de mayor envergadura<sup>42</sup>.

Volviendo a las medidas de Penna, es indudable que se trata de un funcionario con una visión burocrático-nacional, con apoyo político, que continuó y profundizó (incluso podríamos pensar que dibujó con anterioridad a su arribo a la presidencia) una propuesta diferente para el país. Penna expresó en 1909 que el DNH debía “desplegar todas sus energías, afirmar el poder de sus medios de acción y aplicar el producto de la ciencia y la experimentación”, y también que “la conservación de la salud pública implica una ley suprema a cuyos beneficios tienen derecho por igual todos los habitantes de la República”<sup>43</sup>. Esta propuesta temprana implicaba además de campañas sanitarias para controlar determinadas enfermedades, un proyecto de prevención de endemias y epidemias, bajo el lema de la extensión de la desinfección y cuyo alcance implicaba de manera indirecta a la población rural, aunque por su especificidad solo podían desarrollarse

40 Anales del DNH, Año XX, N°2, (1913): 1170.

41 Anales del DNH, Año XX, N°2, (1913): 1172.

42 Anales del DNH, Año XX, N°2, 1913: 1175.

43 Anales del DNH, Año XX, N°2 (1913): 1177-1180.

técnicamente desde los centros urbanos. En el *Atlas sanitario argentino*, publicado con Antonio Restagnio en 1916, se abarcaba espacialmente todo el país a través de imágenes geográficas y mapas de página completa, que indican una intencionalidad de cobertura nacional de todo el territorio nacional.

Tal es así que su predecesor durante el gobierno radical Juan J. Capurro, admitió su gigantesca labor e intentó sin éxito profundizarla, a través de la creación de un Departamento de Salud Pública con alcance nacional, preocupado por la expansión de la pandemia de gripe que afectó sobre todo la población urbana con una alta morbi y mortalidad en todo el país<sup>44</sup>. En 1920, se admitía que: “había múltiples direcciones sanitarias en el país, lo que trae una verdadera confusión, pues además de lo nacional vigente, en parte, en la Capital y los Territorios Nacionales, existen las que tienen las provincias y municipalidades, que dentro de la autonomía federal, tienen la suya y aplican su criterio científico, no siempre acertado y suficiente”<sup>45</sup>. Para Capurro, era necesaria la organización burocrático-sanitaria a nivel central y con alcance nacional como lo había sido para Malbrán y Penna, lo cual permite reflexionar sobre la continuidad de políticas entre gobiernos de signo político diferente, como lo fueron los conservadores de principios de siglo y el radicalismo. Tal situación no es asombrosa, ya que la expansión de la higiene pública era una temática que unificaba a diferentes sectores políticos, lo que sí es significativo es que a pesar de estos acuerdos, tuviesen limitado alcance nacional.

No deberían ser ajenas a estas decisiones dos cuestiones: en primer lugar, los conflictos al interior del DNH con la llegada del gobierno radical de Yrigoyen, en 1916, y los reemplazos de técnicos con experiencia y reconocimiento, como era el caso de Araoz Alfaro, por funcionarios como

44 José Penna y Antonio Restagnio, *Atlas sanitario argentino* (Buenos Aires: Ministerio del Interior-Departamento Nacional de Higiene, 1916), La obra se publicó con mapas ampliados de todo el país, indicando en cada jurisdicción las estadísticas de morbilidad y mortalidad en relación a enfermedades endémicas y epidémicas (viruela, malaria, tuberculosis, entre otras).

45 Ver al respecto Adrián Carbonetti, “Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919”. *Desacatos*, N° 32 (2010): 159-174.

Capurro, catalogado por sus colegas con un perfil político y no necesariamente como el resto de los Presidentes del DNH, que habían sido también referentes técnicos<sup>46</sup>. En segundo lugar, también pudo deberse a la superposición de otra agencia vinculada en este caso a la atención médica con aspiraciones de federalización e intentos de medicalizar un conjunto mayor de la población, que veremos a continuación.

## 2.2. Atención médica pública

En la primera década del siglo XX la cobertura médica era limitada, aunque en expansión en las áreas del Litoral y sobre todo, en Buenos Aires. Gran parte de los hospitales y centros de atención estaban administrados por la Sociedad de Beneficencia, una entidad filantrópica de larga data, profusa influencia y no poca organización, cuya tarea se realizaba frecuentemente gracias a subsidios gubernamentales<sup>47</sup>. En la estructura estatal, su gestión dependía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto y no del Ministerio del Interior, en donde se situaba el DNH.

Ahora bien, el afán de transformación moderna, unido a una preocupación por la “cuestión social”<sup>48</sup>, llevaron a médicos, pedagogos, criminólogos y otros especialistas a insistir en la creación de instituciones de atención. Tanto pobres, huérfanos, enfermos psiquiátricos o discapacitados mentales, así como otros “anormales” debían separarse del conjunto social adaptable a las condiciones capitalistas de un sistema social en un proceso de constante transformación; esta noción provenía de facultativos vinculados a la reclusión psiquiátrica que llegaron a incidir en el escenario de la salud pública.

Tal fue el caso de Domingo Cabred (1859-1929), quien provenía de la Provincia de Corrientes, estudió en Buenos Aires y se especializó en la naciente psiquiatría en el Hospicio de las Mercedes junto a su Director, el por entonces destacado Lucio Meléndez. Como los otros dos actores que

46 Anales del DNH, Año XXVI, N° 6 (1920): 375.

47 Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, Los orígenes de la salud pública, 384.

48 José Penna y Horacio Madero, La administración sanitaria, Tomo II, 215.

hemos delineado, Cabred no era porteño, pero su tarea se desarrolló en la ciudad de Buenos Aires, tanto en Las Mercedes como en el Hospital de Alienadas, así como en la Universidad de Buenos Aires, y su formación también incluyó a centros de relevancia en psiquiatría en Europa<sup>49</sup>. La conexión con la filantropía, además de sus nexos con los Presidentes Julio A. Roca y José Figueroa Alcorta y con el entonces canciller Montes de Oca le abrieron las puertas y el apoyo político para que se aprobase un proyecto de su autoría para la creación de la CAAHR, bajo la dependencia del Ministerio de Relaciones y Culto. La Ley de Previsión y Asistencia Social N° 4.953 que creaba en 1906 esta entidad preveía también el financiamiento de las obras a través del 5 % de la recaudación de la Lotería Nacional<sup>50</sup>.

En 1910 Cabred inauguró el Hospital Regional de Resistencia (Chaco), primero de un largo listado, asegurando que habría varios más, tanto en Buenos Aires como en el interior argentino<sup>51</sup>. La institución resolvería las necesidades de los enfermos ante una epidemia de viruela y evitaría su traslado a los centros del Litoral, con los inconvenientes que eso suponía. El hospital disponía de ciento sesenta camas; cambio importante con los pequeños centros existentes hasta entonces en Chaco, y fue finalmente del único centro inaugurado en los Territorios Nacionales en esa década<sup>52</sup>.

49 En esta primera década, las movilizaciones de sectores populares y organizaciones sindicales llevaron a un ejercicio mayor de la represión de las élites, que asumían una constante y persistente sensación de amenaza de eliminación del orden social. La salud fue clave en este proceso, no ya bajo su vertiente higiénica sino que despusa por entonces la noción de “contagio social”: tuberculosis, afecciones psiquiátricas, sífilis, prostitución y alcoholismo se analizaron bajo la óptica de una progresiva disolución nacional, para lo cual los conservadores utilizaron medidas tanto policiales como reformistas, que iban desde la sanción de una legislación represiva a la protección de los trabajadores y de otros sectores populares. Ver Juan Suriano, “Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina”, en *La cuestión social en la Argentina, 1870-1943*, comp Juan Suriano, (Buenos Aires: La Colmena, 2000), 1-29.

50 Sobre el desarrollo de ambos hospitales de atención para enfermos mentales en Buenos Aires y la fundación de instituciones mentales de carácter innovador en relación a Cabred ver Jonathan D. Ablard, *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983* (Calgary: University of Calgary Press, 2008), 37-44.

51 Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes de la salud pública*, 359-361.

52 Entre 1910 y 1918 se inauguraron: el asilo-colonia de Oliva para alienados en Córdoba, el asilo para retardados en Torres, el Hospital Común del Centro y el sanatorio para tuberculosos, también en Córdoba, el asilo-colonia en Olivera, Buenos Aires, el asilo nocturno en Buenos Aires y el Hospital Regional Andino en La Rioja. Ver al respecto Domingo Cabred, *Discursos pronunciados*, 73.

En la lujosa obra que incluía planos y esquemas en color, se plasmaba un proyecto de expansión de la atención de la salud. Así, al colocar la piedra fundamental del de Misiones, Cabred realizó un prolijo recuento de los problemas sanitarios de los Territorios, demostrando una sensibilidad notable en su reconocimiento y, además, cierta información demográfica obtenida del registro llevado a cabo por el Departamento durante los tres años anteriores. Se especificaban así, en cifras, las notables diferencias entre los dos países que comprendían la Argentina de entonces: la cantidad de camas era en Buenos Aires de 3,19 por mil habitantes y en los territorios, de 0,93 por mil (309 camas en total); y mientras que en Buenos Aires el índice de mortalidad general era de 17, 4 por cada mil habitantes, era de 24,80 por mil para Chubut<sup>53</sup>.

Cabred continuó en su cargo hasta 1929, año de su deceso, y durante esos 25 años, se localizaron, diseñaron, construyeron y habilitaron unas 7.000 camas hospitalarias. Incluso este médico intervenía en la construcción y dirección inicial de los establecimientos, y a pesar que su creación “en territorios provinciales implicaba un avance sobre sus autonomías, no hubo reclamos; menos aún cuando se trataba de establecimientos para pacientes crónicos, que resultaban demasiado onerosos. Pero a nivel nacional, la aparición de otro núcleo de decisión y administración (...) destinado a la atención de la salud complicaba una situación nada simple”<sup>54</sup>.

Tal cuestión permite observar que las dificultades de plasmar las acciones hacia la población del interior argentino estaban en la propia organización burocrática, escindida en dos entidades con acceso diferencial a fondos, ya que el DNH tuvo a partir de 1916 importantes dificultades presupuestarias (vinculadas sobre todo a la situación particular del Congreso Nacional) mientras que la CAAHR podía mantener su accionar debido a que dependía de otra entidad y Ministerio.

53 El Hospital Regional de Río Negro, en Allen, se inauguró hacia 1925 y el de La Pampa en Santa Rosa recién en 1938, veinte años después del anuncio de Cabred. Ver Ernesto Maeder, *Memorias de los gobernadores del Territorio Nacional del Chaco (1885-1899)* (Resistencia-Corrientes: Instituto de Historia, FH-UNNE, 1985), Domingo Cabred, *Discursos pronunciados*, 40.

54 Domingo Cabred, *Discursos pronunciados*, 82.

Los ejecutores políticos y técnicos conocían estas cuestiones y se esforzaron por solucionarlas. De acuerdo a Belmartino, el DNH indicaba que las deficiencias en el control y prevención de enfermedades se debía a criterios uniformes en salud pública, que se solucionarían unificando las normas a nivel nacional, con la sanción de un Código sanitario. Desde el punto de vista político, esto no fue tan sencillo: entre 1917 y 1922, hubo 7 proyectos de creación ingresados a la Cámara de Diputados para la creación de organismos dependientes del Ministerio del Interior, con jurisdicción en el país, para unificar la acción del Estado en salud pública pero tres de ellos planteaban organismos como direcciones o comisiones y los otros, una ampliación y consolidación del DNH. Todos fueron presentados por miembros destacados de dicho departamento, que configuraban una notabilidad médica<sup>55</sup>. En este período no se resolvieron tales distorsiones, que requerían una modificación estructural de las agencias encargadas del sistema médico-sanitario.

## CONCLUSIONES

Para las primeras tres décadas del siglo XX, la medicalización de la población argentina fue un problema complejo, sobre todo para aquella ubicada lejos de las grandes ciudades del Litoral. A pesar de la detección de los problemas sanitarios, la capacidad de organización de las entidades públicas se vio sobrepasada porque no era fácil sostener la estructura técnica, los recursos humanos y llevar adelante las transformaciones higiénicas requeridas para hacer frente a las enfermedades contagiosas. Sin embargo, hubo cierto avance en la distribución de la vacuna a las poblaciones rurales del interior en la primera década del siglo XX, lo cual significaba discurrir por una geografía fragmentada y a miles de kilómetros de distancia de las áreas modernizadas, donde muchos de sus habitantes carecían de las comodidades y posibilidades y vivían una existencia miserable. Los relatos médicos proporcionan una imagen de las dificultades de establecer medidas higiénicas, muchas de las cuales se originaban por una estatidad incipiente y difícil.

---

55 Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch, *Los orígenes de la salud pública*, 359-361.

La necesidad de transformar la situación sanitaria representa un intento de cambiar las reglas de juego en relación al quehacer del DNH, centrado desde finales del siglo XIX en el ataque a las epidemias urbanas. Entre la primera y segunda década del siglo XX, llegan a la cabeza de los organismos sanitarios un nuevo sector de funcionarios médicos, encargados de expandir la modernidad prometida, que se visualizaban a sí mismos como el brazo civilizador del Estado nacional y tenían considerable peso político. Ese afán racionalizador permitió la aprobación de una batería de leyes, entre ellas, una que ampliaba la vacunación en Territorios Nacionales y en la Capital Federal, así como en los puertos de ingreso al país. De esta manera, se aprobó una medida de prevención de eficacia reconocida en una institución centralizada, a través de una organización sanitaria con alcance nacional. Asimismo, la apertura de Asistencias Públicas en la Pampa, Patagonia y el Nordeste argentino implicaba asumir la tarea higiénica más allá de los afanes municipales o filantrópicos, ampliando el radio a la población rural (toda vez que esos pequeños y nacientes centros urbanos concentraban la única atención médica de una amplia zona adyacente). Las asistencias públicas son hasta el día de hoy el eje de las políticas preventivas a nivel nacional y por eso su labor no debe soslayarse, pero constituyen instrumentos poco eficaces por sus carencias técnicas y en recursos humanos como para considerarlos más allá del esbozo de inicio de políticas nacionales, tanto sanitarias como de atención médica.

Pero a estos aspectos parcialmente positivos, que denotan una preocupación por ampliar la circulación y la influencia médica, es preciso contraponer el hecho de que las campañas sanitarias de las dos primeras décadas estuvieron dirigidas desde una concepción vertical y autoritaria, con las dificultades que suponía en relación a la intervención sobre una población lejana no solo en el espacio, sino mucho más culturalmente. A finales de la segunda década, se advierte que no solo era preciso generar y establecer instrumentos “portátiles” de atención sino mantener con recursos presupuestarios una estructura permanente, diferenciada burocráticamente y que atendiera a todos los aspectos de la salud de la población. Por ejemplo, el control de los espacios productivos del NO contra la malaria y el tífus suponía otros desafíos, ya que aquí el Estado debía negociar para eliminar los insectos, modificar las viviendas y las pautas de vida de los pobla-

dores con empresas, organismos filantrópicos y gobiernos provinciales, muchas veces renuentes o francamente hostiles. Y la aparición sistemática en pequeños centros urbanos de otras enfermedades como el cólera, la peste, la gripe, el tracoma, la difteria, la tuberculosis y la lepra supusieron desafíos aún mayores, que denotaban que la modernidad higiénica debía no solo establecerse en distintos puntos del país, sino profundizarse a un grado mayor, con la generalización a la población de agua potable, cloacas, viviendas higiénicas, acceso a medicamentos básicos y educación para la prevención, entre muchas otras medidas sanitarias.

Para esto se requería una estructura de impacto nacional, con información estadística y financiamiento para asumir las modificaciones, además de mayores insumos médicos y agentes capacitados, en un contexto de movilización social y a la vez, de represión conservadora, que coordinara de manera armónica con otras agencias de salud, como los Consejos provinciales. A pesar de la influencia política a través de contacto con las cabezas del Poder Ejecutivo y de la anuencia del Congreso Nacional cuando fueron diputados y senadores, tanto Malbrán como Penna no pudieron ampliar esas políticas de manera sostenible y sustentable y se profundizó el problema organizativo en las administraciones posteriores. La insistencia en la peligrosidad epidémica y en la necesidad de la defensa nacional no hicieron mella de manera concreta en la creación de una estructura mayor en el Ministerio del Interior para avanzar en estas primeras décadas del siglo XX en la conformación de una legislación que asumiera de manera centralizada las funciones sanitarias y de atención médica, así como la consolidación presupuestaria para lograrlo.

Y aún fue más preocupante, para estos organizadores, la apertura y el sostén económico a través de fuentes de la Lotería Nacional (y no del tesoro nacional y de presupuestos sancionados por el Congreso, como lo era el DNH), de una agencia diferente, encargada de la creación de instituciones de atención médica y social. La CAAHR, dependiente de Cancillería, le imprimió un rol proactivo a la fundación de asilos, orfanatos y hospitales, algunos construidos en el interior. En este sentido, Cabred obtuvo los recursos necesarios para solucionar a través de la internación un problema supuestamente grave: la peligrosidad de los sujetos “anormales” que

saturaban las ciudades, de acuerdo a los discursos de los médicos conservadores y que eran a su vez fruto y consecuencia de las modificaciones urbanas. La aparición de hospitales regionales en el interior fue parte de estas políticas, con un éxito limitado dado que muchos quedaron en el papel sin construirse. La persistencia de Cabred en la Comisión, sin embargo, da pie para reflexionar sobre su capacidad para mantenerse en el tiempo a pesar de cambios políticos de relevancia (de gobiernos conservadores a radicales, por ejemplo). A diferencia de la sucesión de funcionarios a cargo del DNH, cuyos cargos parecen haber estado unidos a los vaivenes políticos, este médico se afianzó durante más de dos décadas, cuestión quizás que exceda su prestigio como alienista e incluya la independencia de otros medios de financiamiento, por fuera del presupuesto del resto de las agencias estatales.

Los tres funcionarios a cargo del DNH y de la CAAHR, expertos en las áreas de higiene pública y psiquiatría, eran también profesores de la Universidad de Buenos Aires, que culminaron estudios o se especializaron en centros de referencia académica europeos. Las carreras de Malbrán y Penna en el DNH finalizaron con la elección como representantes en el Congreso Nacional, donde impulsaron proyectos sanitarios; la de Cabred se alargó durante décadas en el mismo organismo. Ninguno había nacido en la Capital Federal, donde fueron participantes asiduos de academias, en la Facultad de Ciencias Médicas, hospitales, asociaciones y otras entidades que los acercaron al colectivo médico porteño así como a una serie de decisores políticos vinculados con reformas sociales de diverso signo. La particularidad del nacimiento en las provincias argentinas puede haber pesado en el dibujo de políticas sanitarias nacionales, pero tuvo mayor impacto la experiencia personal en posiciones claves y en un ámbito donde se estaban realizando importantes transformaciones en la estructura sanitaria y en la atención médica a la vez.

En relación a los aspectos comunes, es preciso agregar que tanto quienes controlaron el DNH como la CAAHR publicitaron profusamente sus acciones, con obras de gran impacto visual: el Atlas Sanitario de Penna y Restagnio, munido de mapas que incluían todo el país y los planos de las instituciones de atención médica publicados a todo color en un texto

lujoso de los discursos de Cabred, le imprimieron a las campañas y otras acciones una cobertura espacial nacional. La publicación de las obras por fuera de las fuentes oficiales (estadísticas o informes) implica también el deseo de una amplia circulación, incluso más allá de las políticas de salud: era la forma elegida de testificar la cobertura del Estado con la pluma y en toda su amplitud, para así verificar de manera ampulosa el avance de su brazo civilizador.

La imposibilidad de llevar a cabo gran parte de estas propuestas se relaciona con la escasez presupuestaria y un desarrollo burocrático insuficiente. Su limitado éxito permite también reflexionar sobre lo que las élites de entonces consideraban realmente problemas acuciantes: las enfermedades contagiosas y las instituciones de internación para los “anormales”, pero unas y otras tenían sentido en los centros urbanos, donde se desarrollaban las epidemias y era posible detectar los subproductos de la mala vida—prostitutas, alcohólicos, tuberculosos, discapacitados, enfermos mentales y demás—, que no eran visibles, salvo excepciones, en las áreas rurales. Por lo tanto, la definición de los enfermos del interior, respondiendo a preguntas claves (quiénes, cuántos, dónde y cómo) y de las áreas rurales como tales, era difícil de lograr, en un Estado cuya materialidad tardaba en realizarse. Además, puede agregarse a esta compleja situación la cuestión jurisdiccional, porque para ambas agencias era más sencilla la intervención en los Territorios Nacionales, que no tenían una estructura sanitaria previa, que en las provincias históricas, donde era difícil la coordinación con las entidades previas. Pero los Territorios no representaban realmente un “peligro” higiénico, por su demografía escasa y dispersa, mientras que en las provincias existían concentraciones urbanas en expansión o áreas rurales necesarias de control sanitario, tanto para el desarrollo económico como para el bienestar social.

Estas cuestiones recién comenzaron a resolverse, y aún con muchas dificultades y obstáculos, en los años treinta y cuarenta, cuando el Ministerio de Obras Públicas planificó obras de importancia a nivel nacional (cloacas y agua corriente), así como hospitales y centros de atención y además, surgió en otra agencia nacional, las Fuerzas Armadas, la noción de la degradación argentina a raíz de la debilidad y morbilidad de los soldados que pro-

venían de las provincias y Territorios Nacionales. La defensa de la patria, en pos de una “raza” argentina y la consecuente protección de las fronteras conjuraron la noción de un habitante necesario de atención médica con medidas especiales, para hacer frente a la desnutrición, el raquitismo y la tuberculosis, enfermedades de la pobreza. Los Estados provinciales también asumieron mayor protagonismo, dada su cercanía espacial y las implicancias políticas locales de la atención a la salud pública<sup>56</sup>.

En los años cincuenta, la salud de la población del interior, y aún la de las áreas rurales más dispersas, tuvo mayor visibilidad, cuando a través de las políticas gestadas durante los gobiernos peronistas se acometiera una profunda reorganización del sistema público de atención médica, que implicó la creación de una Secretaría y luego de un Ministerio vinculado directamente a la salud. En ese momento, la salud como derecho social asumió mayor importancia, frente a las nociones de contagio epidémico y social de etapas anteriores.

En el contexto actual donde la salud pública se desenvuelve entre la fragmentación de la atención y las dificultades presupuestarias para brindar prevención, diagnóstico y terapéutica eficaz, esta reflexión histórica podría ser útil para avanzar sobre políticas futuras que, a nivel nacional, dialoguen e integren a la población en sus diferentes niveles y sobre todo, en los espacios rurales. En tal sentido, Argentina no representaría un caso aislado en un subcontinente con problemáticas similares en relación a la preocupación médica sobre las poblaciones rurales, sino que permitiría avanzar en un estudio sobre políticas sanitarias comparadas en toda América Latina, tanto en la historia como en el presente. Esta propuesta de revisión de los procesos inscriptos en las decisiones de esas políticas recuperaría la operatividad del concepto mismo de medicalización. Así, bajo la base del optimismo sobre la modificación vertical de las conductas, se considera el ejercicio de una transformación de las condiciones reales y finalmente, mayor supervivencia y mejores perspectivas vitales para un significativo conjunto de la población.

---

56 Susana Belmartino, *La atención médica argentina*: 59-60.

## BIBLIOGRAFÍA

### Fuentes primarias y secundarias

#### Archivos

- Anales del DNH, Año XII, N°1, 1905. Biblioteca de la Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires.
- Anales del DNH, Año XVI, N° 1, 1909. Biblioteca de la Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires.
- Anales del DNH, Año XX, N° 2, 1913. Biblioteca de la Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires.
- Anales del DNH, Año XXVI, N° 6, 1920. Biblioteca de la Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires.

#### Publicaciones periódicas

- Anschultz, Germán. “Comisión vacunadora en Río Negro”. Anales del DNH, XII, N°1 (1905): 286-314.
- Barrett, Ronald, Christopher W. Kuzawa, Thomas McDade and George J. Armelagos. “Emerging And Re-Emerging Infectious Diseases: The Third Epidemiologic Transition”. *Annual Review of Anthropology* 27 (1998): 247-71.
- Carbonetti, Adrián. “Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919”. *Desacatos* Año 32 (2010): 159-174.
- Carter, Eric D. “State Visions, landscape, and disease: Discovering malaria in Argentina, 1890-1920”. *Geoforum*, Vol. 39, N° 1 (2008): 278-293.
- “Circular del Ministerio del Interior solicitando de los gobiernos provinciales el envío de datos estadísticos”. Anales del DNH Año XV, N°6 (1908): 318-319.
- Daniel, Claudia. “Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940”. *História, Saúdes, Manguinhos* Vol 19, N° 1 (2012): 89-224.
- Di Liscia, María Silvia. “Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX)”. *Entrepasados. Revista de Historia* Vol 33 (2008): 49-69.
- Di Liscia, María Silvia y Ernesto Bohoslavsky. “La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia argentina, 1880-

- 1940". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* Vol 60, N° 2 (2008): 187-206.
- Di Liscia, María Silvia. "Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)". *Salud Colectiva* Vol 2, N° 5 (2009): 259-278.
- Di Liscia, María Silvia. "Marcados en la piel. Vacunación y viruela en Argentina (1870-1910)". *Cadernos de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz* Vol. 16, N° 2 (2011): 409-422.
- "Necrología". *La Semana Médica* Vol. 47, N° 33 (1940): 391.
- "Necrología". *La Prensa Médica Argentina* Vol. 27 N° 32 (1940): 1676.
- Lozano, Nicolás. "Nota al Presidente del Departamento Nacional de Higiene". *Anales del DNH Año XV, N°6* (1908): 386.
- Lozano, Nicolás. "Memoria de la Sección 1era (Profilaxis interna y de vacuna), correspondiente al año 1907". *Anales del DNH Año XV, N°6* (1908): 243-257.
- Ortiz Bergia, María José. "La salud pública en transformación. La estructuración de políticas sanitarias en Córdoba-Argentina, 1930-1943". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* Vol. LXIV, N° 1 (2012):121-146.
- Ramírez, Eugenio. "La vacunación en el Neuquén". *Anales del DNH, Año XII, N°1* (1905): 330-337.
- Valerio, C. "Estado sanitario de Formosa". *Anales del DNH Año XV, N°7* (1908): 383-385.
- Reggiani, Andrés y Hernán González Bollo. *Denatalité, "Crisis de la race" et politiques démographiques en Argentine (1920-1940). Vingtieme Siecle, Revue d'histoire*, 3 N° 95, (2007): 29-44.

## Libros

- Ablard, Jonathan D. *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary: University of Calgary Press, 2008.
- Álvarez, Adriana. *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Biblos, 2010.
- Araoz Alfaro, Gregorio. *Crónicas y estampas del pasado*. Buenos Aires: Librería El Ateneo, 1938.

- Bandieri, Susana. *Historia de la Patagonia*. Buenos Aires: Sudamericana, 2005.
- Belmartino, Susana. *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005.
- Cabred, Domingo. *Discursos pronunciados con motivo de la colocación de la piedra fundamental de los asilos y hospitales regionales en la República Argentina (Ley 4953)*. Buenos Aires: Talleres Gráficos J. Weiss y Preusche, 1918.
- Cattaruzza, Alejandro –(dir).- *Nueva Historia de la Nación Argentina. T. VII. Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2001.
- Coni, Emilio. *Higiene y salubridad en la República Argentina. T. I Santiago de Chile-Buenos Aires: I Congreso Médico Latino-Americano, 1901, , 20-111.*
- Conrad, Peter. *The medicalization of society. On The Transformation on Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.
- Cutolo, Vicente Osvaldo. *Nuevo diccionario biográfico argentino (1750-1930)*. Buenos Aires: Editorial Elche, 1968.
- Devoto, Fernando. *Historia de la inmigración en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2003.
- González Leandri, Ricardo. “Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850-1910”. En *Los saberes del Estado*. Compilado por Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann,. Buenos Aires: Edhasa, 2012, 125-152.
- Maeder, Ernesto. *Memorias de los gobernadores del Territorio Nacional del Chaco (1885-1899)*. Resistencia-Corrientes: Instituto de Historia, FH-UNNE, 1985.
- Lobato, Mirta (dir). *Nueva Historia de la Nación Argentina. T. V. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2000.
- Penna, José. *La viruela en la América del Sur y principalmente en la República Argentina. Historia, estadística, clínica y profilaxis*. Buenos Aires: Félix Lajouane, 1885.
- Penna, José. *Epidemiología. Tifus exantemático en la República. Proyecto de nombramiento de una comisión para su estudio*. Buenos Aires: La Semana Médica, 1898.

- Penna, José y Horacio Madero. *La administración sanitaria y la asistencia pública de la ciudad de Buenos Aires. Tomos I y II* Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación G. Kraft, 1910..
- Penna, José y Antonio Restagnio. *Atlas Sanitario Argentino (contribuciones para su estudio)*. Buenos Aires: Ministerio del Interior, 1916.
- Plotkin, Mariano Ben y Eduardo Zimmermann. “Saberes del Estado en la Argentina, siglos XIX y XX”. En *Los saberes del Estado*, compilado por Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann,. Buenos Aires: Edhasa, 2012, 9- 28.
- Porter, Dorothy. “Introduction”. In *The History of Public Health and the Modern State*. edited by Dorothy Porter, London: The Wellcome Institute Series of History of Medicine, 1994, 1-44.
- Reboratti, Carlos. “Los mundos rurales”. En *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*, Compilado por Susana Torrado, Tomo II. Buenos Aires: Edhasa, 2007, 85-108.
- Suriano, Juan. “Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina”. En *La cuestión social en la Argentina, 1870-1943*, Compilado por Juan Suriano,. Buenos Aires: La Colmena, 2000, 1-29.
- Tercer Censo Nacional, 1 de junio de 1914. T. I Buenos Aires: Talleres Gráficos de L. J. Rosso y Cía, a X, 1916.
- Veronelli, Juan Carlos y Magalí Veronelli Correch. *Los orígenes de la salud pública en la Argentina. Tomo II* Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

---

**Para citar este artículo:** Di Liscia Gardella, María Silvia. “Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)”, *Historia Caribe* Vol. XII No. 31 (Julio-Diciembre 2017): 159-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.15648/hc.31.2017.6>