

Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)

Figures and problems. Statistics and health in Territorios Nacionales (1880-1940)

María Silvia Di Liscia¹

¹Licenciada en Historia. Doctora en Geografía e Historia, Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset, Universidad Complutense de Madrid, España. Profesora Asociada, Departamento de Historia, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad de La Pampa, Argentina. silviadi@fchst.unlpam.edu.ar

RESUMEN Desde finales del siglo XIX, los Territorios Nacionales fueron escenario de profundas transformaciones socioeconómicas y de un proceso de instalación estatal diferente del resto de las provincias históricas. Las estadísticas demográficas, sobre todo, los registros de morbilidad y mortalidad, fueron utilizados por los proyectos higienistas para realzar el progreso material argentino de las áreas más desarrolladas del país, pero los mecanismos y formas de captación de la información, así como su tabulado y sistematización, implicaban problemas de magnitud para las nuevas áreas. A partir de documentación originada en el Departamento Nacional de Higiene y de otras agencias públicas, se plantea un análisis de las dificultades para el acceso a la información demográfica vinculada con los aspectos sanitarios, que sin embargo, era fundamental para la planificación futura de las políticas públicas y para la conformación de nuevas instituciones de atención médica estatal. El conocimiento desvaído y fragmentado de enfermedades y causas de decesos en los Territorios Nacionales no impidió la formalización de las mismas, aún con retraso y limitaciones, pero tal situación se relaciona con las necesidades políticas de gestación institucional de los años '30 y '40 y no necesariamente con un conocimiento demográfico más profundo de la población a medicalizar.

PALABRAS CLAVE Estadísticas Demográficas; Atención a la Salud; Argentina.

ABSTRACT Since the late 19th Century, Territorios Nacionales [National territories] witnessed deep socioeconomic transformations and a process of state installation different from the rest of historical provinces. Demographic statistics, and especially morbidity and mortality records were used by hygienist projects to enhance Argentinian material progress in the most developed areas of the country, but mechanisms and information gathering as well as tabulation and systematization implied important problems for the new areas. By using documentation produced in the Departamento Nacional de Higiene [National Hygiene Department] and other public agencies, an analysis is developed concerning the difficulties for the access to demographic information related to sanitary aspects, which were, nonetheless, crucial to future planning of public policies and for the formation of new public health institutions. Gaunt and fragmented knowledge of diseases and death causes in the Territorios Nacionales did not prevent its formalization, even with delays and limitations, but such a situation is related to political needs for institutional emergence during the 1930's and 1940's and not necessarily a deeper demographic knowledge of the population that was to be medicalized.

KEY WORDS Demographic Statistics; Health Care (Public Health); Argentina.

INTRODUCCIÓN

En 1911, al iniciar una reforma administrativa del principal organismo sanitario público, su director, José Penna, señalaba:

El Departamento Nacional de Higiene, encargado de estudiar el estado sanitario de la nación, su morbilidad, su mortalidad, su natalidad, lo ignora todo: carece de las oficinas indispensables de información y como al mismo tiempo le está encomendado la ejecución de las prácticas sanitarias y la profilaxis en los territorios [...] puede comprenderse que la reorganización de esta institución para ser efectiva y real debe tener que serlo a base de la verdad y de elementos materiales (1 p.9).

La verdad y la realidad, para éste y otros funcionarios, significaba fundar la tarea sanitaria en la recolección y tabulación de información confiable, pasible de ser usada por la administración. Estadística y Estado han estado íntimamente unidos desde el siglo XVIII, cuando la denominada originalmente "aritmética política" inició un camino ascendente dentro de las disciplinas científicas, ya que permitía brindar a las administraciones occidentales un sustento objetivo por sobre el sustrato impresionista anterior. La recolección rigurosa de datos, basada en "hechos positivos", era superior, para los primeros investigadores, a las conjeturas y/o predicciones apartadas de información cuantitativa o susceptible de tratamiento numérico (2 p.18). La estadística, en tanto ciencia política, significó entonces un conocimiento más íntimo del Estado, "con el fin de poder juzgar los asuntos públicos y contribuir a su sana gestión" (3 p.77).

En este artículo, se focalizará sobre las dificultades y las posibilidades de la conformación de una estadística sanitaria, haciendo énfasis en los instrumentos para la recolección de información y en las agencias públicas, centrando la mirada en los Territorios Nacionales, desde finales del siglo XIX hasta los inicios de los años '40. Nuestra intención es observar la vinculación entre dicha tarea y la formalización del proceso de medicalización, a partir de políticas sanitarias e instituciones y centros hospitalarios (a).

La organización estatal posterior a la denominada "Conquista del Desierto" de la Pampa y la Patagonia, y luego de Chaco, Formosa y Los Andes, significó el establecimiento de entidades administrativas nuevas, denominadas "Territorios Nacionales", cuya particularidad se ha analizado en otros trabajos (5,6). Los avances de una historiografía que en los últimos años ha intensificado los estudios sobre la estadística en Argentina (7-17), constituyen la base de los aportes que presentamos aquí, en relación con la consideración sanitaria de los Territorios Nacionales, de la ampliación y reorganización burocrática y de la tarea médico-estadística (b), en particular, la desarrollada por los organismos oficiales.

En base a fuentes originadas en el Departamento Nacional de Higiene (DNH) –*Anales, Boletín y Anuario Demográfico*–, las *Memorias* anuales provenientes del Ministerio del Interior, los censos nacionales y territoriales e información proveniente de otras agencias estatales, así como de la obra de expositores claves en el establecimiento de una estadística sanitaria (18-20), este artículo se organiza en dos partes: en primer lugar, se establecen los antecedentes y el inicio del proceso de organización estadístico-sanitario para los Territorios Nacionales, desde su formación hasta la primera década del siglo XX. Luego se analizan los cambios de la segunda década del siglo XX, considerando la conformación de un andamiaje institucional y el proceso de medicalización pública.

LA OBJETIVACIÓN DE LA SALUD EN LOS "NUEVOS" ESPACIOS

De 1864 a 1875, se organizó la Oficina Estadística Nacional, dependiente del Ministerio del Interior. Desde esa fecha hasta 1894, a pesar de la disolución de la Oficina, la recolección de información se continuó realizando, sobre todo, en Buenos Aires (c). Los esfuerzos de médicos como Paolo Mantegazza (23,24) y Emilio Coni (25,26), entre otros, trataron de apuntalar también los registros para el resto del país, centrados, en el siglo XIX, en las cuestiones demográficas más que en los registros económicos.

En 1889, la laicización de los registros de nacimiento, matrimonio y defunción, aseguró al Estado el control de la información a partir del establecimiento de registros civiles en muchos puntos, pero no en todo el espacio argentino. La legislación posterior agregó cierta flexibilidad en su aplicación en los nuevos territorios; así, en 1898, se especificaba que en parajes situados a más de 20 km de un registro civil, los gobernadores respectivos podían confiar a determinados comisionados la misión de asiento de la oficina. Dichos comisionados debían estar munidos de formularios para las actas, entregando las mismas a la primera oportunidad, para ser transcritas en los registros. Además, se extendía a tres meses el plazo máximo (originalmente, de ocho días) para el registro de nacimiento y defunción, en el caso de personas que tuviesen domicilio a más de 5 km (22 p.447). Esta práctica estimulaba la inscripción de nacimientos y defunciones en localidades lejanas a los registros civiles, pero no solucionó, en muchos territorios, las enormes dificultades del traslado y los problemas posteriores (d).

En 1894, con la sanción de la Ley 3.130, el Ministerio del Interior había creado una "Oficina demográfica" para recopilar los datos del Segundo Censo, a realizarse en 1895, que debía además estar en contacto con los 630 registros civiles existentes en provincias y territorios y luego, difundir esa información por todo el mundo, pero ya se preveía que los escollos fundamentales para la acumulación de datos serían la propia geografía, la "falta de preparación de las masas", además de las trabas puestas por los mismos burócratas a la tarea de cenistas y estadígrafos (28 p.44-46).

Las dificultades para el relevamiento demográfico de finales del siglo XIX y principios del XX intentaron superarse en distintas ocasiones, merced a normativas específicas y a la captación de la información a partir de la única burocracia existente en los Territorios Nacionales, es decir, de policías y maestros (29). La formalización de políticas sanitarias en conjunto para estos espacios, por ejemplo las campañas de vacunación y los viajes de inspección médico-sanitaria a cargo del DNH, se utilizaron como base para la búsqueda de nuevas estadísticas vitales, situación más visible a partir del centenario de la Revolución de Mayo de 1810, celebrado en 1910, con la aparición de

un núcleo de funcionarios comprometidos con el reformismo conservador (14).

Desde 1891, el DNH, máximo órgano sanitario e higiénico a nivel nacional, debía tener un registro de los habitantes vacunados contra la viruela. Por sus características, esta epidemia requería un conocimiento preciso de la población y de su contacto anterior con el sistema médico. Para eliminar los focos infecciosos, era preciso inmunizar la población a partir de la vacunación antivariólica y para lograr a su vez el éxito, era necesario saber cuántas placas de vacunas se requerían y el número aproximado de personas ya vacunadas, que debiesen ser revacuadas. Esta medida era obligatoria por ley desde 1886, y tenía la loable intención de ampliar la inmunización a segmentos mayores de la población para eliminar la viruela por completo. Formalmente, los inmigrantes no podían ingresar si no estaban inmunizados contra la viruela, aunque había excepciones a tal regla (5,30).

El DNH había sido el encargado de extender la medida profiláctica en Capital Federal, pero en 1904, a partir de una reforma administrativa, dejó de ejercerla, mientras que la vacunación en los Territorios Nacionales quedó como su patrimonio exclusivo (31). Entre 1905 y 1907 se realizaron varios viajes de vacunación por los Territorios. El equipo de médicos y guardias estaba además encargado de contactar con otras agencias estatales y privadas, para la organización del traslado desde Buenos Aires a los poblados y de allí al interior, para recoger información: por ejemplo, con empleados del ferrocarril y de empresas de vapores, con funcionarios y empleados de los Territorios, ya fuese en el registro civil, con médicos de las gobernaciones, la policía, la Guardia Nacional o baqueanos del lugar.

Pero una cuestión era vacunar en Buenos Aires o aún, en las provincias del Litoral –donde las comunicaciones y los contactos eran fluidos, y la población aceptaba y aún requería ser vacunada–, a hacerlo en Misiones, el Chaco y Formosa, los Andes, la Pampa o la Patagonia. La distribución de placas de vacuna, a partir de cultivos propios de *cow pox*, se hacía a través del DNH, en cantidad más que suficiente –de acuerdo a la información emanada por este organismo– para toda la población de la República. A pesar de ello, los resultados concretos no eran los

esperados. En 1900, por ejemplo, se habían producido dos millones y medio de placas y solo aparecían en el registro oficial setenta mil personas vacunadas (28 p.4-5). El DNH se había concentrado en su producción y envío (por ejemplo, a los Territorios Nacionales se mencionaban 1.500 placas de *cow pox*). Como el número de vacunados no aumentaba, se determinó una estrategia de inmunización general con campañas de vacunación a todos los Territorios Nacionales y viajes a cargo de médicos y guardas sanitarios.

Los funcionarios debían confeccionar informes a su regreso, donde constasen la cantidad de vacunados y sus domicilios, incluyendo datos sobre multitud de aspectos: información demográfica del Registro Civil, existencia de enfermedades infecciosas, geografía médica del lugar (clima, suelos, calidad del agua, temperaturas) y urbana (calles, construcciones públicas y privadas, cloacas, recogido de basuras, situación de los cementerios, mataderos y prostíbulos). Tales informes serían enviados a los archivos, temiendo que este

"deber penoso, oscuro y sin brillo", pudiera quedar olvidado en las carpetas (31 p.90-91) y no pasar a formar parte activa de las políticas públicas.

Los primeros informes, tanto del Ministerio del Interior a sus sedes en los Territorios como del DNH a sus funcionarios al iniciar los recorridos, enfatizaban la necesidad de recopilar datos acerca de la población, obtenidos de los registros civiles. La morbilidad aparecería en los certificados de defunción, por lo tanto, era preciso gestar otros mecanismos de captación que supusiesen su modificación antes del deceso. Ante la escasez de médicos, podía extender la certificación cualquier otro entendido –curanderos, jueces de paz–, y esto complicaba a los deseos de establecer una geografía médica más acotada, ya que las causas de la muerte eran, muchas veces, "desconocidas" (5) (Cuadro 1).

En 1901, el Departamento no pudo obtener los datos básicos (cantidad) ni los accesorios (sexo, edad, profesión) en los registros de defunción para el Chaco, Chubut y Santa Cruz; por lo tanto:

Cuadro 1. INSTITUCIONES Y PROFESIONALES SANITARIOS EN LOS TERRITORIOS NACIONALES (ARGENTINA), 1940.

TERRITORIOS NACIONALES	NÚMERO DE MÉDICOS	HOSPITALES			DISPENSARIOS	SALAS PRIMEROS AUXILIOS	ASISTENCIA PÚBLICA	TOTAL SERVICIOS SANITARIOS	NÚMERO DE CAMAS
		H1 ^a	H2 ^b	H3 ^c					
La Pampa	89	1	2	7	-	3	1	14	380
Misiones	39	2	1	4	8	1	1	17	230
Chaco	82	2	2	1	5	10	1	20	267
Río Negro	50	1	1	2	1	6	1	12	196
Formosa	15	-	-	1	1	1	1	4	105
Neuquén	15	3	-	-	-	1	3	7	71
Santa Cruz	23	-	2	-	1	2	1	6	43
Chubut	90	1	1	1	-	3	3	12	202
Tierra del Fuego	3	-	-	-	-	-	1	1	-
Los Andes	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal Territorios Nacionales	409	10	9	16	16	27	13	93	1.494
Subtotal Resto del País	11.398	32	105	254	277	115	-	780	41.877
TOTAL	11.807	42	114	270	293	142	13	873	43.371

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Boletín Sanitario de la Dirección Nacional de Higiene (32).

^a H1: Hospitales nacionales.

^b H2: Hospitales municipales.

^c H3: Hospitales de beneficencia y particulares (solo en Territorios Nacionales); Hospitales provinciales y de colectividades (resto del país).

...se hace del todo punto imposible formar opinión alguna con respecto al estado de la salud pública en aquellas apartadas regiones de nuestra metrópoli. (33 p.800)

Los viajes posteriores tuvieron como especial misión capturar información y por ello, la mayoría de los informes recopiló paciente-mente la cantidad de nacimientos y causas de defunciones. Los resultados son series desordenadas y sobre todo, parciales, referidas a un mes, un año o a un lustro, indistintamente. En algunos casos, hay un mayor detalle pero no siempre un cuidado estadístico (e), relacionado con la incapacidad técnica y con los obstáculos para conseguir los datos. Los médicos debían hacer las gestiones personalmente en el Registro Civil, realizando una "larga compulsión de archivo en las oficinas para reunir los datos demográficos necesarios" (f).

En la provincia de Chubut, el médico de la gobernación señalaba que, para completar las solicitudes sobre mortalidad emanadas desde el Departamento, debió recurrir a los jueces de paz del interior: en la misma gobernación faltaban los registros de dos a cuatro años. Los maestros, por su parte, suministraron censos escolares pero:

...con estas enormes deficiencias, no se pueden hacer estadísticas [...] la mayor parte de las muertes es por causas desconocidas o muerte natural [ya que no había médicos para certificarlas]. (36 p.404)

Años después de estos relatos se repiten las mismas quejas.

Entre 1908-1911, se publica una nueva serie de Informes sobre los Territorios Nacionales; la mayoría escritos por los médicos de la gobernación de cada uno de ellos. Este funcionario existía, en algunos, como el de la provincia de La Pampa, desde 1894; sus funciones eran amplísimas (peritajes médico-legales, inspecciones sanitarias urbanas y epidemias) y respondía a las directivas del DNH (36-39). También en 1911, los *Anales* recogen un extenso informe sobre los cinco territorios patagónicos, realizado a partir de un recorrido de un mes en barco por un funcionario del Departamento (40).

Dichos esfuerzos pueden vincularse a la Ley de Fomento de los Territorios Nacionales, sancionada en 1908, aunque con magros resultados concretos (g), y a la particular influencia de José Penna en el ámbito político-institucional. Penna fue director del Departamento desde 1910 hasta 1916 y uno de los mayores "hacedores" públicos de su generación, con destacada participación científico-profesional desde finales del siglo XIX.

Desde 1908, el Departamento Nacional de Higiene insistía en un registro estadístico y periódico en cada una de las provincias, que sirviera "de índice a la acción sanitaria, tanto nacional como local, sobre todo de enfermedades infecciosas" (42). Los intentos de regulación se repiten en el proyecto de reorganización del mismo Departamento de 1911. Como hemos señalado, Penna, su director, marcaba un panorama muy oscuro sobre el funcionamiento de un organismo con tales niveles de desconocimiento sobre los habitantes a su cargo y sus necesidades médico-higiénicas. En los Territorios, la reorganización del DNH preveía la existencia de "estaciones sanitarias", que mantuviesen una oficina demográfica, para concentrar los datos estadísticos (40). Aunque no era tan fácil actualizarlos en el interior, el Departamento instrumentó un servicio que funcionó durante los años subsiguientes –posiblemente, hasta 1916–, publicados en un *Anuario Demográfico* (h).

Hay una coincidencia con esta fecha y la dirección de J. Penna, quien insistió en organizar y mantener el registro estadístico. En 1916, fue autor de un *Atlas sanitario*, que intentaba tomar en cuenta todos los factores demográficos principales, considerando que solo llevaban cinco años de investigación regular, y por lo tanto, vinculados a su gestión en el Departamento (19). Cuando Penna dejó el cargo en 1916, parecen haberse desdibujado estos objetivos, al menos a nivel nacional.

En el *Atlas*, se consideran los datos emanados del *Tercer Censo Nacional*, realizado en 1914, cuando ya era posible demostrar fehacientemente el crecimiento demográfico de la mayoría de los Territorios Nacionales, que figuraban por primera vez en el *Segundo Censo Nacional* (Cuadros 2 y 3). Respecto a la morbilidad, el Censo redujo la serie de preguntas del cuestionario, aplicando un "minimalismo metodológico". Según Otero (9), los

estadígrafos produjeron una licuación de aspectos sociodemográficos clave, sentando las bases de la explicación de las enfermedades en causas climáticas y biológicas (i). De esta manera, la responsabilidad de las enfermedades dejaba de pertenecerle al Estado, para constituirse en aspectos propios de la geografía médica (j).

En los censos territorianos de 1912 y 1923 (k), la única mención a la morbilidad de la población constituye el registro pormenorizado de vacunación antivariólica (vacunados y revacunados por cada Territorio). Se trata de una forma de afirmar esta política sanitaria, ejercida a nivel central (48), en todos los Territorios Nacionales. De otras epidemias (tifus, fiebre amarilla, peste bubónica, cólera) o de enfermedades sociales (l), como la tuberculosis y la sífilis, los facultativos daban fe de su existencia, pero en muchos casos, con un registro más impresionista que estadístico.

Si consideramos que debería existir cierta conexión entre la información y la generación de políticas e instituciones, entonces, en esta primera etapa, esta situación está lejos de lograrse, al menos, en los aspectos médicos. La creación de organismos específicos para la política territorial, como la Dirección Nacional de Territorios en 1912, no tuvo un impacto decisivo en las políticas sanitarias, cuyas definiciones siguieron siendo erráticas, limitadas y a cargo del DNH (sistema público) y de la también recientemente formada Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, para el sistema privado y la beneficencia. La aparición paralela de Asistencias Públicas (m), en varios de los Territorios Nacionales parece haber sido el recurso utilizado para concentrar en una institución varios aspectos: control profesional, sanitario-higiénico y registro epidémico. En 1913, la apertura de estos centros se realizó de manera simultánea en siete

Cuadro 2. POBLACIÓN Y SUPERFICIE EN LOS TERRITORIOS NACIONALES (ARGENTINA), 1895-1936.

TERRITORIOS NACIONALES	SUPERFICIE (KM ²)	POBLACIÓN		
		1895	1914	1936 ^a
La Pampa	145.907	25.914	101.338	138.169
Misiones	29.229	33.163	53.563	168.831
Chaco	136.635	10.422	46.274	270.439
Río Negro	196.695	9.241	42.242	128.190
Formosa	107.258	4.829	19.281	49.634
Neuquén	109.703	14.517	28.866	69.640
Santa Cruz	282.750	1.058	9.948	17.580
Chubut	242.039	3.748	23.065	80.330
Tierra del Fuego	21.499	477	2.504	2.190
Los Andes	90.644*	-	2.487	6.810
Subtotal Territorios Nacionales	1.362.359	103.369	329.568	931.813
Subtotal Resto del País	1.523.261	3.941.542	8.082.462	**
TOTAL	2.885.620	4.044.911	8.412.030	**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Segundo Censo de la República Argentina (44), Tercer Censo de la República Argentina (45). Bunge (20 p.135), Beltrán (46) y Holmberg (47).

^a Datos tomados de Bunge (20 p.135).

* Dato tomado de Holmberg (47)

** No se consideran los totales y subtotales de población para 1936, puesto que Bunge toma la fecha de 1938 y no la de 1936, como en el resto de las jurisdicciones. El total para 1938 era de 12.761.000 personas.

Cuadro 3. PROFESIONALES SANITARIOS EN LOS TERRITORIOS NACIONALES (ARGENTINA), 1895

TERRITORIOS NACIONALES	PROFESIONES/DISTRITO ^a							Total
	Curandero	Dentista	Enfermero	Farmacéutico	Médico	Partera	Otras ^b	
La Pampa	2	-	2	2	4	3	-	13
Misiones	1	1	1	3	7	9	-	22
Chaco	-	-	-	4	2	3	-	9
Río Negro	10	-	-	2	1	3	-	16
Formosa	-	-	1	1	4	3	2	11
Neuquén	-	-	-	1	1	-	1	3
Santa Cruz	-	-	1	-	3	1	-	5
Chubut	-	-	1	-	3	2	-	6
Tierra del Fuego	-	-	-	-	1	1	1	3
Subtotal Territorios Nacionales	13	1	6	13	26	25	4	88
Subtotal Resto del País	233	133	423	1.284	1.623	921	215	4.859
TOTAL	246	134	429	1.297	1.649	946	219	4.947

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Segundo Censo de la República Argentina (44).

^a Las categorías obedecen a la fuente.

^b Se incluyen flebotomos, químicos y veterinarios.

capitales: Posadas, Resistencia, Formosa, Neuquén, Santa Rosa, Viedma, Río Gallegos y en la ciudad de Trelew (Chubut). Los funcionarios a su cargo –un médico y de uno a dos auxiliares– tenían, entre sus múltiples funciones, llevar a cabo la vacunación del Territorio y el relevamiento periódico, sanitario y edilicio, sobre todo en las urbanizaciones (50). Ante la amenaza de epidemias, debían informar al DNH en Buenos Aires y evitar su expansión con los recursos locales.

Así, la presencia de las Asistencias Públicas en los Territorios dio alcance nacional a muchas de las políticas emanadas por el DNH. Pero las promesas fueron en muchas ocasiones incumplidas: las Asistencias no tenían el personal suficiente, ni médico ni técnico, la mayoría disponía sólo de atención externa, careciendo de internación en casos de epidemias y/o epidemias y si disponían, se trataba de pocas camas, para pacientes muy graves. Su área de influencia se limitaba a las pequeñas localidades donde se habían instalado; amplios

espacios y miles de pobladores quedaban durante gran parte del año aislados, sin atención médica o vigilancia higiénico-sanitaria, en virtud de las mismas características productivas y demográficas de los Territorios.

La recolección de información sobre estadísticas vitales y morbilidad fue, como señalamos, uno de los objetivos de estas instituciones nacionales, que trataban así de sustituir los informes de los viajes médicos y el registro, en ocasiones errático y no siempre confiable, de los empleados de la administración territorialiana afectados al Registro Civil. Asimismo, en estas actas también eran de esperarse datos poco fiables, dada la escasez de médicos para la declaración de las causas de defunción y aún las demoras en la inscripción de los recién nacidos (Cuadro 3). Con esas limitantes, el circuito de recolección y envío desde los Territorios Nacionales a la Sección de Demografía y Geografía Médica del DNH (a cargo, desde 1910 a 1940, de Adela Zauchinger), funcionó hasta 1917.

¿POLÍTICAS A CIEGAS? ESTADÍSTICAS TERRITORIANAS Y SALUD EN LOS AÑOS RADICALES

En 1920, un informe concienzudo de la Sección de Demografía del DNH, especificaba que no podían avanzar con un análisis de todo el país y que solo contaban con datos parciales; la información de los Territorios era una de las principales faltantes a partir de 1917. La causa era:

...que fueron suprimidos los corresponsales que esta sección tenía en las gobernaciones y que enviaban, mes a mes, lo mismo que las provincias, el movimiento habido. (51)

Dicho costo era de m\$n 1.000 (pesos moneda nacional) mensuales, es decir, de m\$n 100 por cada Territorio Nacional (n). El sistema para recopilar los datos de movimiento general de población (nacimientos, defunciones y matrimonios) sin estos empleados era más engorroso: los libros de actas del Registro Civil de cada departamento llegaban a la gobernación, eran archivados y allí un empleado de la Asistencia Pública los copiaba. Las provincias, por el contrario, enviaban mensualmente al Departamento la información a través de su corresponsal (51).

El cambio administrativo implicó que las estadísticas de todo el país, desde 1917 hasta 1930, tuvieran un vacío notorio respecto a los Territorios. En cuadros y tabulaciones, realizados para enfermedades como la neumonía y las de transmisión sexual, la tuberculosis y la lepra, el DNH podía informar anualmente de los casos y de la mortalidad para las provincias y Capital Federal, pero ignoraba qué sucedía en los "nuevos espacios". Esta cuestión sucedía cuando llevaba ya cinco años de aprobación en el país la Ley 12.206 que puso en vigencia el Código Sanitario Panamericano firmado en Cuba en 1924, el cual obligaba a cada país firmante, y la Argentina era participante pleno, a formar una oficina central estadística, oficinas estadísticas regionales y promulgar una legislación de pronta notificación de nacimientos, defunciones y enfermedades transmisibles por parte de los funcionarios de sanidad (22).

En 1934, la encargada de la Sección de Demografía y Geografía Médica del DNH, Adela Zauchinger, elevó al Ministro del Interior una estadística sanitaria del año 1930, considerando que el texto continuaba la de Penna, de 1911. En el tomo II del *Anuario Demográfico* –obra de unas 67 páginas, que contrastan vivamente con las más de ochocientas del tomo I–, la especialista lamentaba que "por razones de economía", se hubiese suspendido desde 1917 la publicación de los resultados de los Territorios y enfatizaba que recién en 1930, y con mucho esfuerzo, fue posible volverlos a incluir (56 p.3) (o). En el mismo, se aprecia una notoria diferencia respecto a la clasificación de las causas de mortalidad; el uso de una nosología mucho más compleja que en el *Anuario Demográfico* correspondiente al año 1911, con la aplicación de las categorías recomendadas por la Sociedad de Naciones (p).

Dicha situación contrasta con una preocupación médica, iniciada desde un ámbito ideológico y político muy amplio, que abarcaba desde los conservadores y eugenistas a los socialistas y anarquistas, para eliminar las "plagas sociales". La tuberculosis y la sífilis, en expansión en los años '20, adquieren una entidad mórbida que entrelaza condiciones sociales y ansiedades morales (15,16,57). Profesionales, sobre todo pero no exclusivamente facultativos, legisladores, políticos, burócratas, publicistas, militares, pedagogos, clérigos y muchos más, incorporaron a la agenda nacional sus preocupaciones sobre el futuro de la raza argentina. En publicaciones científicas y de divulgación, en multitud de campañas públicas y en medios masivos de difusión, las enfermedades sociales se asumieron bajo miradas muy diversas, ya sea culpabilizando a los enfermos por conductas impropias, por herencia o condiciones sociales desventajosas.

Cualquiera fuera la razón, enmascarada o expresa, los requerimientos de la actuación oficial decisiva se hicieron apremiantes. En los Territorios Nacionales, los relatos de médicos y funcionarios desde los primeros años del siglo XX habían dejado sentada la existencia de las enfermedades, incluso, contradiciendo el imaginario salutarífico de los "nuevos espacios" del sur argentino, supuestamente menos afectados por las miasmas venenosas que infectaban Misiones, Formosa o el Chaco. Sin embargo, el aire y el frío

de la Pampa y la Patagonia no podían ser la única profilaxis, cuya lejanía de los centros y escasez de atención conspiraban en contra de la salud de los pobladores (q).

A pesar de que –hemos de remarcarlo– la lucha antituberculosa era uno de los principales objetivos, no se registró la mortalidad por tuberculosis y escrofulosis en el decenio 1921-1930 (r). A partir de allí, la información es muy abundante, lo cual quizás se deba a un cambio en la toma de datos. Miguel Susini, entonces director del DNH, realizó hacia 1935 uno de los informes más contundentes sobre la distribución y la morbimortalidad tuberculosa a nivel nacional. De manera gráfica, el estudio dividía el territorio en tres zonas: de mortalidad alta (18 a 24 por mil y más), media (12 a 18 por mil) y débil (6 a 12 por mil) (59), que se reflejaban en un mapa de todo el país. Los Territorios Nacionales estaban representados en los niveles de mayor mortalidad (Tierra del Fuego y Chubut), media (Río Negro) y menor mortalidad (Los Andes, La Pampa, Neuquén, Misiones, Chaco, Formosa y Santa Cruz) (59 p.36).

La mortalidad por esta causa había sufrido altibajos: entre 1911 y 1930 descendió moderadamente el número de casos fatales, pero en 1911 era la segunda causa de muerte, luego de la gastroenteritis, y en 1916, 1921 y 1926 había trepado al primer lugar. Para 1930, iba detrás de las enfermedades del corazón (59 p.94). La situación de los Territorios, donde se observaban estos inexplicables huecos estadísticos, asumía ribetes escandalosos, puesto que durante un período largo de tiempo, con la sospecha de un aumento de la enfermedad, las principales autoridades nacionales, y posiblemente las territorianas, ignoraban a cuántas personas había afectado. Por sus características particulares (tiempo de incubación, contagio, terapéutica), el diagnóstico temprano podía evitar futuros tuberculosos; el conocimiento de la mortalidad implicaba también un acercamiento al ambiente del enfermo y sus condiciones socioeconómicas y culturales.

Para responder a los interrogantes sobre los índices de mortalidad en los Territorios y sus fluctuaciones, se imponía una respuesta integral. Pero de hecho, los especialistas del DNH no disponían más que de hipótesis *ad hoc* para intentar explicaciones parciales. Así, la baja mortalidad de la Pampa se debía a las enormes riquezas

agropecuarias, que la igualaba al resto de la región pampeana, y a la inexistencia de indígenas, más predispuestos a la enfermedad (s). En Chubut y Tierra del Fuego, la concentración se vinculaba a las condiciones climáticas desfavorables, en el primer caso, y al presidio en el segundo, con mayor mortalidad entre los internos. De todas maneras, se concluía con la necesidad de estudios regionales, relacionados con las particularidades bioquímicas y/o bacteriológicas de las "razas, del ambiente, de hábitos alimenticios, condiciones de vida y trabajo" (59 p.94).

Sobre la viruela, a pesar de la acción llevada a cabo durante años, no estaban dadas aún las condiciones para la total extirpación (58). Durante la primera década, los registros de vacunación y re-vacunación indicarían un período de intensificación de tales medidas, continuada de manera alternada en los Territorios hasta 1922, cuando se interrumpen inexplicablemente (t). Como resultado, los mismos médicos del DNH mencionaban en 1928 el posible retorno de la peligrosa enfermedad (u).

La información faltante sobre los Territorios Nacionales, así como los altibajos de las campañas de inmunización antivariólica, pueden relacionarse con la situación problemática del DNH, que aducía siempre falta de presupuesto para llevar adelante la enorme tarea de control profesional e higiénico-sanitaria, y paralelamente, con las características de los espacios a medicalizar. Los Territorios, por su particularidad administrativa y a diferencia de las provincias, reclamaban siempre una atención mayor. En los primeros, el DNH era el único organismo público, mientras que en las provincias, se superponía su accionar con los consejos de higiene provinciales e incluso con una más activa intervención municipal.

Es preciso considerar también la situación política desde 1916 a 1930, con la llegada del radicalismo al poder, que evidentemente afectó a las instituciones oficiales. El caso particular del DNH no ha sido estudiado hasta ahora, al menos en este período (v), pero sí hay avances importantes respecto a las características de las conflictivas relaciones entre el gobierno central y las provincias en otros aspectos. Los documentados trabajos de Persello (64,65) dan cuenta de que el régimen sufrió un conflicto institucional, que implicó desde los inicios a la administración

pública. La situación problemática se visualiza, entre otros aspectos, en el funcionamiento legislativo y en las intervenciones a las provincias.

La administración de los Territorios Nacionales aparece desdibujada en las *Memorias del Ministerio del Interior* durante los gobiernos radicales. Como ha señalado Lluch (55) en los informes anuales fueron muy limitadas las menciones a las gobernaciones nacionales (w). Durante este período, la División Estadística, que no había tenido precisamente superpoblación, sufrió bajas: de 14 empleados existentes en 1914, pasaron a 8 en 1915 y luego a 6, entre 1917 y 1929; paralelamente, se incrementaron los de la Dirección Nacional del Trabajo (10 p.37).

También es llamativo que las publicaciones de difusión del máximo organismo sanitario, que concentraban a su vez las investigaciones sobre cuestiones médico-sanitarias a nivel nacional, no tuviesen continuidad: en 1918, los *Anales del Departamento Nacional de Higiene* (ADNH) suspendieron su aparición y lo mismo sucedió en 1928 y 1929. Ahora bien, cuando asumió Alvear, aparecieron fuertes críticas al modo en que se consignaba la información en los boletines y memorias durante el período anterior del presidente Hipólito Yrigoyen, y el Ministerio de Agricultura contrató un estadígrafo norteamericano para resolver la cuestión (x), pero la situación estuvo lejos de resolverse para todas las agencias públicas.

Si los vaivenes económicos y las crisis políticas afectaron el normal funcionamiento de las publicaciones, es muy probable que lo mismo sucediera con las políticas desarrolladas, sobre todo, aquellas vinculadas a la medicalización pública del interior.

De hecho, una situación a definir era la población de los Territorios. En los años '30, la cuestión se tornó problemática, ya que de ella dependía el proceso de regulación política, específicamente, la autonomía provincial (66,67). Los conservadores retrasaron la realización del cuarto censo, ya que de esa manera, podían ejercer el control de la cantidad de representantes en la legislatura nacional, evitando una irrupción mayoritaria de otros partidos (radicales y socialistas, sobre todo). En consecuencia, entre la realización del tercer censo (1914) y el cuarto (1947), median más de treinta años (68 p.40).

En el caso de los Territorios, la Dirección General de Estadística expresaba que en 1937, había 650.654 habitantes. El cálculo demográfico se había realizado a partir de evaluaciones postcensales, de acuerdo a la tasa de crecimiento realmente observable entre 1915-1916. Pero los funcionarios a cargo no podían informar más la cantidad global de población, ya que:

...el hecho de que haya territorios desemejantes en extremo, tanto en cuanto a densidad de población como a condiciones climatológicas o de suelo, etc., impide que aquél cálculo se haga extensivo en detalle a la población de cada territorio, pues se incurriría en errores de que probablemente el conjunto no esté afectado. (69 p.13)

Ese mismo año, la Dirección comenzó a recabar información directamente de los registros civiles de cada gobernación, para calcular los datos de crecimiento vegetativo en particular.

Dos años después, uno de sus principales funcionarios exponía parte de estas elaboraciones. Alejandro Bunge señalaba en *Una nueva Argentina* (20), que los cálculos postcensales daban resultados exactos durante algunos años, pero después, alejándose del punto de partida, sumaban error por "diferencias en las omisiones" y "diferencias en el movimiento migratorio". En general, no se informaba el 12% de los nacimientos y el 4% de las defunciones (recordemos que, en los Territorios, las omisiones podían ser mayores, por la lejanía de la población rural a los Registros Civiles). Para cada entidad administrativa, Bunge hacía estimaciones muy diferentes de las efectuadas con anterioridad. En el total, la población territorial aparecía con un 50% por encima de los resultados de los años anteriores; el mismo autor –también funcionario en la Dirección–, hacía notar esa situación (20 p.140).

Ahora bien, ¿cuántos eran efectivamente los habitantes de los Territorios? Según Bunge, para 1936, la Dirección los estimaba en 624.771 (en 1937 en 650.654), de acuerdo a un análisis global, pero considerando cada caso en particular, la cantidad era de 931.813 personas. Un estudio pormenorizado de los Territorios de la Pampa, Misiones, Formosa y Chaco, demostraba el crecimiento rápido en el Chaco, sobre todo, en las franjas etarias de 0 a 9 años y una depresión

demográfica en la Pampa, donde se había detectado un éxodo reciente, sobre todo de varones en edad activa. Para el autor,

...estas dos revelaciones, la de Chaco y la de la Pampa, así obtenidas, resultan de interés nacional. No dudamos que el conocimiento de estos hechos [...] habrá de permitir orientar la acción necesaria en los diferentes órdenes. (20 p.142)

De hecho, a partir de 1930, podría hablarse de una nueva sensibilidad hacia determinados problemas sociales, de la mano del control autoritario desplegado por los gobiernos conservadores de los años '30 y '40. Las *Memorias* de dos gobernadores, Adalberto Pagano en Río Negro y Evaristo Pérez Virasoro en la Pampa (70-72), parecen ser los primeros documentos locales en presentar una preocupación social (no solo sanitaria) (y). Sobre tal cuestión hemos de ser cautelosos ya que, hasta el momento, las temáticas de análisis son preliminares y deberían completarse con una revisión de la administración y los presupuestos territorianos o, de manera general, con un estudio sobre la organización estatal en las áreas marginales.

Retomemos los hilos dejados en la elaboración anterior, en relación a la escasez de información estadística sobre morbilidad en un período de tiempo prolongado y, específicamente, sobre enfermedades sociales. Unida tal falencia a las dificultades para realizar una estadística completa sobre el desarrollo demográfico de los Territorios, nos da la pauta de los vacíos para planificar políticas sanitarias. La cantidad de enfermos y sus dolencias son importantes, puesto que implican la puesta en marcha de una estructura sanitaria, pero a la vez, el conocimiento sobre el crecimiento o decrecimiento demográfico significa prestar atención a otros aspectos médico-sanitarios, como la atención materno-infantil y a otros aspectos futuros de la población (acceso a puestos de trabajo y previsión social).

Por diversas razones, a finales de los años '20 la información sobre estos factores no circulaba por los canales administrativos previstos con anterioridad. En el caso de los Territorios, desde 1913 a 1916, las Asistencias Públicas copiaban la información en los registros civiles y

la enviaban mensualmente al DNH, práctica abandonada por una limitación presupuestaria hacia 1917. Sin esa posibilidad, el DNH dependía de los datos reenviados por la Dirección de Estadística, que siguió recibiendo los registros de nacimiento, defunción y los matrimonios. La información censal, recordemos, no fue constante, y en los años '30 se realizaron estimaciones como forma de sustitución.

A pesar de esta situación, entre 1930 y 1940 se gestaron una serie de reformas sanitarias de consideración: en primer lugar, la creación paralela de centros materno-infantiles en diez Territorios y, en segundo lugar, se realizó un censo de las instituciones y profesionales sanitarios, atendiendo sobre todo a los centros de atención de enfermedades de transmisión sexual (Cuadro 1).

En el primer caso, la atención materno-infantil había surgido como objetivo primordial en la Asistencia Pública porteña desde 1908; en 1938, se creó la Dirección de Maternidad y Primera Infancia, dependiente del DNH (z). En los Territorios, también se organizaron centros materno-infantiles, que hacia 1930 dependían de las Asistencias Públicas locales, formadas en 1913. Muchas no tenían presupuesto propio, y a pesar del interés por su funcionamiento, los gobernadores señalaban que dependían de personal *ad honorem* o de los afanes de los comités locales (5).

En 1938, aparecieron en todo el país veinte centros y en 1939, nueve más, éstos últimos en las provincias de San Luis, Tucumán, Mendoza y Córdoba y en el Territorio de Río Negro. En los *Anales*, se señalaba que esta labor incrementaba la atención materna y contribuía a desalojar el curanderismo obstétrico y la alta mortalidad materna. Se incorporó en esas instituciones a personal especializado (visitadoras, médicos, enfermeras) y se llevó a cabo un registro más pormenorizado de la tarea realizada. Así, constan en la documentación las visitas a familias, la organización interna de las instituciones (régimen y reglamentaciones) y la actividad en consultorios externos e internación (aa).

Esto se debió a que en 1938, por el Decreto 5.520/38, se reglamentó la Ley 12.341, sancionada en 1937 y se organizó la Dirección de Maternidad e Infancia dentro del DNH, que

comprendía distintas dependencias: Eugenesia y maternidad, Primera Infancia, Segunda Infancia, Niños Anormales, Odontología e Higiene y Servicio Social. Esta última incluía a los departamentos de Investigaciones y Estadísticas Sanitarias, Propaganda Higiénica y Educación Popular Sanitaria y Servicio Social. Por lo tanto, podríamos hablar de una "primavera" para las estadísticas sanitarias, específicamente, para las del interior argentino, con verdadera avalancha de información.

Esta situación también se refleja en las provincias: un artículo publicado en 1944, reconocía el esfuerzo de aporte de "nuevas cifras demográficas por parte de la Dirección General de Estadística y Censos de la Nación". Pero tales índices no respondían a una investigación de fondo, y por lo tanto, se reclamaba una operación censal más completa, "como guía imprescindible de toda obra del Estado llamada a proveer [...] las múltiples exigencias del progreso de la República" (75 p.98) (bb).

En el segundo caso, es preciso mencionar la Ley 12.331 de Profilaxis de las enfermedades venéreas, aprobada en 1936. De acuerdo a esta legislación, el DNH incrementó la cantidad de instituciones encargadas de atender, sobre todo, a sifilíticos (cc). El encuadre legal, como es obvio, depende de una serie de cuestiones interconectadas: la incidencia de un grupo y su presión sobre los órganos de decisión administrativa primero y luego, legislativa, además de la incidencia de esa temática en el contexto general de la sociedad. Si bien pudo haber grupos contrarios a la regulación establecida en la Ley de Profilaxis –a causa de la prostitución y el certificado médico-nupcial–, había un acuerdo total entre los sectores médicos e intelectuales/profesionales en introducir a la sífilis como un problema de la agenda médica, que se relacionaba con el futuro racial argentino. Igual situación sucedía con la extensión del brazo estatal a la atención materno-infantil: las posturas aquí se dirimían entre permitir o prohibir el control de la natalidad, o bien, limitar la mortalidad infantil. Por lo tanto, ampliar las instituciones sanitarias a un número mayor de los habitantes de los Territorios, muchos de ellos al margen del sistema médico-científico, contaría entonces con el aplauso generalizado.

REFLEXIONES FINALES

Como conclusión preliminar a varias de las cuestiones planteadas, los problemas para la recopilación de información estadística sanitaria se relacionan con el control espacial, el financiamiento y la desconexión entre los diferentes estamentos y agencias, en este caso, el DNH (y sus secciones y dependencias, como la Sección de Demografía), la Dirección de Estadística y los gobiernos territoriales que, a lo largo del período analizado, sufrieron reformas administrativas de consideración. Estos organismos dependieron del Ministerio del Interior durante parte del período analizado; por lo tanto, sus vaivenes y recambios políticos debieron también afectarlos profundamente.

Desde su organización a finales del siglo XIX, la situación particular de los Territorios fue problemática para el establecimiento de políticas sanitarias centralizadas. El DNH intentó avanzar con el proceso de medicalización de una población escasamente fija y sin acceso a instituciones sanitarias de ningún tipo, implementando a la vez la recolección de información. Una de las principales medidas, la vacunación antivariólica, fue utilizada también como forma inicial de localización de los habitantes, así como de percepción de necesidades y falencias.

En el Centenario, las transformaciones del DNH se vinculan a una nueva élite de burócratas, con una visión nacional. El registro pasa a realizarse de manera periódica y de 1911 a 1917, se publica también regularmente. Podemos especular que esta información fue utilizada para argumentar la necesidad de crear, en 1913, las primeras instituciones hospitalarias públicas en los Territorios. Sus características modestas no deben opacar el hecho de que, por más de quince años en algunos casos y mucho más de veinticinco en otros, fueron los únicos locales públicos de atención médica externa, internación, entrega de medicamentos, peritaje médico, vacunación, control sanitario y epidemiológico, entre multitud de otras funciones higiénico-sanitarias (dd).

Las gobernaciones brindaban información mensual sobre las estadísticas vitales necesarias para la implementación de políticas a corto, mediano y largo plazo, pero la capacidad de recolección estaba limitada por razones pre-

supuestarias. La tarea desapareció durante más de una década, y es coincidente con un proceso general de transformación estatal en los gobiernos radicales (1917-1929). A esa situación anormal, se agregaron las dificultades de censar la población en su conjunto y la necesidad de utilizar aproximaciones y cálculos a partir del Tercer Censo Nacional, en las cuales no coincidían todos los funcionarios.

A principios de los años '30, se registró una inusual actividad institucional, tendiente a forjar centros de atención materno-infantil en varios Territorios Nacionales, aunque dudamos que las autoridades del DNH tuviesen información fehaciente de las necesidades concretas de los distritos

a su cargo. A partir de ese momento, los registros sanitarios relacionados con los "nuevos espacios" son frecuentes y acompañan al resto de las provincias y Capital Federal. Además, en los mismos Territorios hay una intencionalidad burocrática por gestar y publicitar la tarea sanitaria, acompasada con la inclusión tardía en la agenda de la "cuestión social". Así, las "cifras", supuesta imagen de la realidad, difícilmente se consideraron al momento de gestación institucional. Más allá de las mismas, primó la fortaleza de visiones catastrofistas sobre el futuro racial, que impresionaron más a la hora de tomar decisiones políticas sobre la estructura sanitaria del interior argentino.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a Ana Virginia Persello, Hernán Otero y a los evaluadores anónimos de esta revista, quienes realizaron aportes y comentarios a este artículo. Parte de este material fue debatido en el ámbito del Posdoctorado realizado en el Centro de Estudios Avanzados (CEA) de la Universidad Nacional de Córdoba (junio-agosto 2007), por lo cual también es deudor de los aportes del resto de mis colegas y de su coordinador, Roberto Cortés Conde.

Este artículo se realizó dentro del Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica (PICTO 18-30782), de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (Directorio ANPCyT N° 092/06) y del Proyecto Instituciones, actores y prácticas. Sociedad y economía en La Pampa, siglos XIX y XX de la Facultad de Ciencia Humanas, Universidad Nacional de La Pampa.(Resolución N°082/CD/09).

NOTAS FINALES

a. Sobre este concepto problemático, consideramos que es preciso tomar en cuenta tanto el avance hacia la regulación estatal como la intervención biopolítica sobre las poblaciones (4 p.11).

b. Belmartino (12 p.213) afirma que las autoridades del Departamento Nacional de Higiene tuvieron la necesidad de elaborar una base científica para el conocimiento de las condiciones de desarrollo de epidemias y endemias; la estadística se convirtió así en "el instrumento primario de la lucha contra la enfermedad, pues permite conocer índole y distribución del patógeno y planear la estrategia de combate".

c. Como ejemplo de una estadística temprana, ver Coni y Meléndez (21); sobre la legislación, consultar *Anales de Legislación*, T. II: 1889-1919 (22), y sobre el período preestadístico y estadístico en Argentina, consultar Otero (9).

d. En las denuncias de las jerarquías católicas y un grupo de intelectuales y técnicos afines en los años '30 y '40, los matrimonios ilegítimos y los hijos naturales iban en aumento, a raíz de la incapacidad de incorporarlos legalmente. Se consideraban entre varias otras causales –morales y sociales– las administrativas, en la medida que el Estado no había logrado extender los Registros Civiles (27).

e. Ver como ejemplo el detalle de todas las enfermedades en Formosa, a cargo del médico A. Federici, (34 p.204) pero con un desorden de exposición que hacen difícil su interpretación.

f. Tal es el caso de la provincia de Chaco, expresado por Vadillo (35 p.169).

g. La Ley, sancionada cuando era ministro del interior E. Ramos Mejía, intentaba una mayor presencia estatal en los Territorios, e implicaba la construcción de puertos, canales y obras de navegación y de ferrocarriles, además de la venta de

tierras fiscales para su colonización. Este proyecto, originado por el reformismo de principios del siglo XX, tuvo mucha oposición y se puso en marcha solo en algunos aspectos, sobre todo en obras de riego para el Alto Valle del Río Negro (41 p.141).

h. Su primer tomo se publicó en 1913, correspondiente al año 1911. En él, se registraron de manera minuciosa las causas de defunción, considerando tanto accidentes, homicidios, como enfermedades (sistematizadas en categorías generales y por la función de los distintos sistemas y/u órganos). Las causas de muerte "no definidas", sumaban un 20% del total (43 p.26).

i. En el *Segundo Censo* (44), se señalaba a Argentina dentro de los países con mejor salud; el número de enfermos de los Territorios es mínimo (58 sobre un total de 42.528). En 1914, se censaron las personas con incapacidad, dato al parecer novedoso y acorde a los censos más modernos; en los Territorios el número de ciegos y sordomudos fue 409 (45 p. 273).

j. Sin embargo, Argentina estuvo en los países más avanzados respecto a la recolección de información vinculada con la salud e incapacidad, ya que este registro no era habitual en los censos de esa época (9 p.171-217, 219-243). Sobre las clasificaciones, ver *Anuario Demográfico* (43).

k. Se realizaron además de éstos otros censos: en 1901 (Misiones y Río Negro), en 1902 (Chubut), en 1900-1903 (Los Andes) y en todos los Territorios, en 1905 (9 p.121-167).

l. Las "enfermedades sociales" se visualizaron como tales a raíz de la percepción de importantes transformaciones urbanas producto, a su vez, de la inmigración extranjera. El ingreso masivo de población implicó mayores riesgos en el contagio epidémico. Con el avance del pensamiento conservador finisecular, este proceso fue entrevisto bajo el prisma de la peligrosidad social, vinculado a los "vicios" (aumento del crimen, alcoholismo, prostitución) y "plagas sociales", entre las cuales se consideraba también a la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades mentales (30).

m. La Asistencia Pública fue fundada en 1883 en la ciudad de Buenos Aires, según un proyecto de Coni, Ramos Mejía y Susini y se nacionalizó en 1892, creándose la Administración Sanitaria. Se la consideró el eje de la política sanitaria estatal y uno de los pilares de la "cuestión social", ya que entre sus atribuciones estaba la visita de los conventillos, la vacunación forzosa y además la confección de un registro de vecindad y pobreza donde debían necesariamente inscribirse quienes

deseaban recibir los servicios médicos gratuitos. Penna había sido su director, años antes de llegar al máximo puesto en la administración sanitaria nacional.

n. Los sueldos se corresponden con la media del período: entre 1909-1914, los salarios reales de los trabajadores calificados era de unos m\$ n 100 (pesos moneda nacional) por mes, que descendieron a m\$ n 75 entre 1920-1921, con un total de 53,6 horas semanales (52 p.53-54). En La Pampa, uno de los Territorios Nacionales más pujantes, los salarios agrícolas fluctuaban en 1921 de \$88 pesos por mes para los peones (\$2,88 por hora) a \$165,50 (\$5,42 por hora) para los maquinistas, cuando el costo de 1 kg de pan era de \$0,34, 1 kg. de azúcar era de \$0,90, 1 kg de arroz \$0,70 y 1 kg de yerba mate de \$0,75 (53 p. 271-272). En relación a la incidencia de los salarios sobre los presupuestos totales de los Territorios, podemos concluir que, en 1904, el de Formosa fue de \$ 42.360 y el de Chubut, \$41.160 (29,54). En 1917, el de La Pampa alcanzó a 791.875,94 (55 p.287).

o. La autora señalaba, en el estudio del crecimiento vegetativo de todos los distritos del país, que las provincias del Norte no crecían al mismo nivel que muchos Territorios, puesto que los índices de mortalidad total eran altos y "los índices de defunciones contrarrestan su elevada natalidad". Como para ella, la alta natalidad va acompañada de alta mortalidad, las provincias con baja natalidad lograban mejoras en el crecimiento total de la población, y ponía como ejemplo las provincias de Jujuy, Salta y Tucumán, con alta natalidad pero bajo crecimiento, en contraposición con los Territorios de Misiones y Formosa, con baja natalidad y alto crecimiento. En resumen, sería deseable un aumento de la natalidad (sobre lo cual insistirían también muchos intelectuales y profesionales a lo largo de los años '30 y '40), pero la mortalidad constituía "el factor demográfico" por excelencia, que medía con eficacia el desarrollo sanitario de un pueblo (56 p.15).

p. En 1924, la Sociedad de las Naciones organizó un comité de salud que incluía a directivos de institutos nacionales de Higiene; por Argentina, participó Gregorio Aráoz Alfaro, uno de los pioneros en la atención materno-infantil del país. Como señalamos, ese año, por Ley 12.206, el Congreso incorporó en el país el Código Sanitario Panamericano, que disponía "uniformar la recolección de datos estadísticos respecto a la morbilidad y mortalidad de los gobiernos signatarios" y que adoptaba la clasificación panamericana de causas de muerte (22).

q. El autor del artículo, Dr. Ernesto Cano (50 p.1180), un médico del DNH que dirigió el discurso de inauguración de la Asistencia Pública en Trelew, afirmaba que estaban más seguros los habitantes de las urbes, con los mil peligros que los acechaban, que los de las "soledades" de la Patagonia, sin más profilaxis que el viento.

r. Entre 1918-1928, tampoco se encuentra información referida a neumonía (casos o defunciones) para los Territorios (58).

s. Para comentarios sobre la relación entre indígenas y enfermedades, ver Penna (60). Sobre la tarea de "limpieza" de la viruela y la tuberculosis en la formación étnica nacional, ver Di Liscia (61).

t. En 1930, en un extenso informe del jefe de la Sección Vacuna, Pedro Cossio (62), se mencionaban en cada uno de los Territorios la cantidad de vacunados desde 1922 (800.000 en total), que había descendido a la mitad en 1928. Consideraba que la vacunación no podía interrumpirse, se trataba de un "descuido imperdonable e inexplicable".

u. En 1937, hubo un nuevo brote con 80 casos de defunción, denunciados para todo el país; en 1938, 53 y en 1939, sólo 5. De todas maneras, el DNH afirmaba haber repartido casi un millón y medio de placas en 1938, y que ese año se habían vacunado a 700 mil personas. La diferencia entre cantidad de placas y número de vacunados, como había sucedido ya con anterioridad, quedaba sin explicar para los encargados de la vacunación (63 p.59).

v. Sobre el DNH en el momento de su formación, ver González Leandri (14) y sobre las políticas sanitarias durante el peronismo, ver Ramacciotti citado en Di Liscia (29). De acuerdo a Persello (comunicación personal), los empleados del Departamento Nacional de Higiene eran 717 en 1914, 818 en 1923, 824 en 1927 y 985 en 1929. Dicho aumento es coherente con otras ramas de la administración pública en la misma época.

w. Las *Memorias del Ministerio del Interior* eran presentadas por el Ministro de esa repartición al Congreso Nacional anualmente y recopilaban sus propios informes con menciones a los "Territorios Nacionales", donde se publicaban los reportes de cada gobernador. Desde 1887 hasta 1912, los funcionarios elevaron al gobierno central una síntesis de su actuación, compilada por la agencia central y publicada en los informes del Ministro al Congreso de la Nación. Tal publicación no es uniforme; aún en las formas de organización se advierten diferencias y sobre todo, faltantes: entre 1906-1910, no se han encontrado

las Memorias correspondientes, y en 1918, sólo una página del voluminoso informe de más de 600 corresponde a los Territorios.

x. Tomás Le Breton, Ministro de Agricultura de Alvear, reorganizó los servicios de estadística, para lo cual contrató al Jefe de Estadística Agrícola del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, León M. Estabrook (65).

y. En los años '30, las *Memorias* de los gobernadores locales, es decir, los informes anuales que debían enviar al Ministerio del Interior y que a su vez, el ministro tomaba para su informe al Congreso, cambian tanto en calidad como cualitativamente. Aunque en momentos anteriores existieron algunos informes más completos, brindados sobre todo en razón de problemas concretos, las "formas" burocráticas usuales eran un registro sistematizado en rubros comparables de año en año. A partir de los años '30, los gobernadores tuvieron un protagonismo más notorio, manifestado, por ejemplo, en la elaboración de Censos Territoriales (como el de 1935) y en la publicación de las *Memorias* del gobierno para que circularan en el ámbito nacional, lo cual no había sucedido hasta entonces. Antes de este período, los informes se presentaban a la administración central y, si bien su difusión era pública, se hacía muchas veces solo a través de la prensa, que los publicaba de manera parcial.

z. En 1908, se creó, dentro de la Asistencia Pública, la Dirección para la Protección de la Primera Infancia que treinta años después tenía a su cargo en la Capital Federal cerca de 25 instituciones dedicadas al cuidado médico materno-infantil.

aa. Por ejemplo, en el registro se señalaba: que el servicio social había realizado, durante el año 1938, 10.000 visitas y durante 1939, 17.803 visitas, 6.530 encuestas y había repartido 2.265 de piezas de ropa y 2.536 raciones de alimentos, entre otras tareas (73). Sobre la tarea en los centros, para el caso de la Pampa, ver Di Liscia y Billorou (49) y para Buenos Aires, Billorou (74).

bb. Se señala también que "de cualquier modo, las estadísticas que acaban de darse a conocer renuevan las preocupaciones derivadas de graves problemas para el presente y el porvenir de la raza. Entre ellos, llama poderosamente la atención el elevado porcentaje de la mortalidad infantil, referida a los menores de un año. Siendo aquél de un 17,8 sobre el total de las defunciones generales, alcanza al 37,7 en Jujuy, al 34,9 en San Juan, al 33,4 en San Luis y al 32,0 en Santiago del Estero, haciéndose notar que todas las estadísticas anteriores destacan a esta última provincia como una de las prolíficas del país.

Tucumán, Salta y Catamarca sobrepasan el 30 por ciento de mortalidad infantil, en tanto que en la Capital Federal y en la Provincia de Buenos Aires, donde se supone mayor suficiencia de los recursos de la higiene y la economía, se dan en conjunto a la mitad de los casos de nacidos muertos, los cuales suman un total de 9.265". Las causas probables son "indirectas [...] relacionadas con el factor social; el descuido en la higiene y la alimentación constituyen otros factores negativos para el porvenir demográfico de la Nación, por lo que se impone el estudio de un plan social de vasto alcance tendiente a eliminarlos" (75).

cc. Un análisis sobre la historiografía al respecto en Argentina en Di Liscia (17). Uno de los primeros censos nacionales sobre enfermedades venéreas se hizo hacia 1940. Los médicos consideraban siempre un subregistro, dado que muchas personas ignoraban su dolencia o bien la ocultaban para evitar la discriminación (76 p.171).

dd. En 1925, se fundó el hospital regional de Allen, en Río Negro, y en 1938, el de Santa Rosa, en La Pampa. Sobre los centros maternos y su localización, se han hecho precisiones en el apartado anterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penna J, Lozano N. La reorganización del Departamento Nacional de Higiene. [Material de archivo] *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. 1911;XVIII(1):7-15. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
2. Brian E. Del buen observador al estadístico del Estado: la mundialización de las cifras. *Anuario IEHS*. 1999;(14):15-21.
3. Beaud JP, Prévost JG. La experiencia estadística canadiense. *Anuario IESH*. 1999(14):71-91.
4. Porter D, editora. *The history of Public Health and the Modern State*. Amsterdam: Editions Rodopi BV; 1994.
5. Di Liscia MS. Imaginarios y derroteros de la salud en el interior argentino. *Los Territorios Nacionales (fines del XIX y principios del XX)*. *Entrepasados. Revista de Historia*. 2008;XVIII(33):49-69.
6. Bohoslavsky E. Sobre los límites del control social. Estado, historia y política en la periferia argentina (1890-1930). En: Di Liscia MS, Bohoslavsky E, editores. *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*. Buenos Aires: EdUNLPam, UNGS, Prometeo Ediciones: 2005. p.49-72.
7. Otero H. Estadística censal y construcción de la nación. El caso argentino, 1869-1914. *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana "Dr. Emilio Ravignani"*. 1998;(16-17):123-149.
8. Otero H. La estructura ausente. Los tabulados en los censos nacionales de población en la Argentina moderna. *Cuadernos de Historia Serie Población*. 2000;(2):113-138.
9. Otero H. *Estadística y Nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914*. Buenos Aires: Prometeo; 2006.
10. González Bollo H. *Ciencias sociales y sociografía estatal. Tras el estudio de la familia obrera porteña, 1899-1932*. *Estudios Sociales*. 1999;IX(16):19-39.
11. González Bollo H. Estado, ciencia y sociedad: Los manuales estadísticos y geográficos en los orígenes de la Argentina moderna, 1852-1876. *Anuario IEHS*. 1999;(14):23-42.

12. Belmartino S. Las obras sociales: continuidad o ruptura en los años '80. En: Lobato MZ, editor. Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina. Buenos Aires: Biblos; 1996. p.211-246.
13. Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2005.
14. González Leandri R. El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una élite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. [En línea] Anuario de Estudios Americanos. 2004;61(2):571-593 [fecha de acceso 19 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1124344>
15. Armus D. El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En: Lobato MZ, director. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916). Buenos Aires: Sudamericana; 2000. p. 507-551. (Colección Nueva Historia Argentina, Tomo V)
16. Armus D. Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. Buenos Aires, 1870-1950. En: Suriano J, compilador. La cuestión social en la Argentina, 1870-1943. Buenos Aires: La Colmena; 2000. p.191-216.
17. Di Liscia MS. Reflexiones sobre la "nueva historia" social de la salud y la enfermedad en la Argentina. En: Carbonetti A, González Leandri R, editores. Historias de salud y enfermedad en América Latina. Córdoba: UNC-CEA; 2008. p. 15-47.
18. Cabred D. 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.
19. Penna J, Restagnio A. Atlas sanitario argentino. [Material de archivo]. Buenos Aires: Ministerio del Interior-Departamento Nacional de Higiene; 1916. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
20. Bunge A. Una nueva Argentina. Buenos Aires: Hyspamérica; 1984
21. Coni E, Meléndez L. Consideraciones sobre la estadística de la enajenación mental en la Provincia de Buenos Aires. [Material de archivo] Buenos Aires: Imprenta Pablo Coni; 1880. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
22. Ley 12.206. Código Sanitario Panamericano. [Material de archivo]. Anales de Legislación Argentina. Buenos Aires: Jerónimo Remosino; 1954. [Santa Rosa: Biblioteca de la Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa].
23. Mantegazza P. Elementi di Higiene. Milán: Gaetano Brigola; 1864.
24. Mantegazza P. Cartas médicas sobre la América Meridional. Buenos Aires: Imprenta y Casa Editora Coni; 1949.
25. Coni E. Progrès de l'Hygienie dans la Republique Argentine. París: Libraire J.B. Baillièrre; 1887.
26. Coni E. Higiene y salubridad en la República Argentina: memoria leída en el Congreso Médico Latino-Americano celebrado en Santiago de Chile del 25 al 31 de diciembre de 1900. Buenos Aires: Coni; 1900. p. 20-111. T. I.
27. Di Liscia MS. Hijos sanos y legítimos. Sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935- 1948). [En línea] História, Ciência, Saúde & Manguinhos. 2002;9(Supl):S209-S232 [fecha de acceso 19 de marzo de 2009]. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400010&script=sci_arttext
28. Memoria del Departamento Nacional de Higiene. [Material de archivo]. Buenos Aires: Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional; 1900. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
29. Di Liscia MS. Los registros estatales: Las Memorias del Ministerio del Interior y los Territorios Nacionales. Documento proveniente del II Encuentro de Investigadores. Fuentes y problemas de la investigación histórica regional; 1-2 de diciembre de 2006; Santa Rosa, La Pampa, Argentina. Santa Rosa: IESH, FCH-UNLPam; 2006.
30. Di Liscia MS, Billorou MJ. Locura y crimen en el discurso médico-jurídico. Argentina, Territorio Nacional de la Pampa, ca. 1900. [En línea] Anuario de Estudios Americanos. 2003;LX(2):581-606 [fecha de acceso 19 de marzo de 2009]. URL disponible en: <http://estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/article/view/159/163>
31. Álvarez F. La vacunación en los Territorios Nacionales. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1911; XVIII:83-86. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].

32. Memoria. Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene. 1940;IV(1).
33. Díaz J. Estado sanitario de los Territorios de Chubut, Chaco y Santa Cruz. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1901-1902;IX:799-802. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
34. Federici A. Estado sanitario de Formosa. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1901-1902;IX:202-207. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
35. Vadillo J. Estado sanitario de Chaco. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1901-1902;IX:169-172. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
36. Federici A. Geografía médica y estado sanitario del Territorio Nacional de Chubut. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1909;XVI:402-411. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
37. Oliver J. Geografía médica y estado sanitario en el Territorio Nacional de la Pampa Central. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1909;XV:258-270. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
38. Hilderam CM. Geografía médica y estado sanitario del Territorio Nacional de Río Negro. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1909;XV:339-344. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
39. Pelagatti J. Geografía médica y estado sanitario del Territorio del Neuquén. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1909;XV:345-347. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
40. Magnanini N. La higiene en los territorios nacionales del Sur. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1911;XVIII:24-36,49-58. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
41. Bandieri S. Ampliando las fronteras: la ocupación de la Patagonia. En: Lobato MZ, director. El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916). Buenos Aires: Sudamericana; 2000. p. 120-177. (Colección Nueva Historia Argentina, T. V).
42. Avellaneda M. Circular del Ministerio del Interior solicitando a los gobiernos provinciales el envío de datos estadísticos. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1909;XVI:318-319. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
43. Anuario Demográfico. Natalidad, nupcialidad y mortalidad, del año 1911. [Material de archivo] Buenos Aires: Departamento Nacional de Higiene, Ministerio del Interior; 1913. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
44. Segundo Censo de la República Argentina. Mayo 10 de 1895. T. II: Población. [Material de archivo] Buenos Aires: Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional; 1898. [Buenos Aires: Biblioteca Nacional de Maestros].
45. Tercer Censo de la República Argentina, 1914. T. IV: Población. [Material de archivo] Buenos Aires: Imprenta Rosso y Cía.; 1916. [Buenos Aires: Biblioteca Nacional de Maestros].
46. Beltrán J. Geografía de la Argentina, física, política y económica. Buenos Aires: Cabaut y Cía; 1917.
47. Holmberg E. Viaje por la Gobernación de los Andes (Provincia de Atacama). Buenos Aires: Imprenta de la Nación; 1900.
48. Di Liscia MS. Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el Territorio pampeano (1884-1933). En: Di Liscia MS, Lluch A, Lassalle A, editores. Al oeste del paraíso. La transformación del espacio natural, económico y social en la Pampa Central (Siglos XIX-XX). Buenos Aires: Miño y Dávila, EdUNLPam; 2007. p. 123-154.
49. Di Liscia MS, Billorou M], editoras. Cuadernos de las visitadoras de higiene. Fuentes para una historia regional de género. Santa Rosa: Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, EdUNLPam; 2005. (Cuadernos del Instituto N° 2).
50. Cano E. Discurso. En: VVAA, Discursos pronunciados con motivo de la reciente inauguración de las administraciones sanitarias y asistenciales públicas de los Territorios Nacionales, en la fiesta del 9 de julio. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1913;XX:1159-1187. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].

51. Demografía en la República Argentina durante el año 1917, Memoria de la Sección. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1920;XXIV:13-37. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
52. Díaz AC. Ensayos sobre historia económica argentina. Buenos Aires: Amorrortu; 1983.
53. Ledesma L, Folco G. Trabajo, condiciones materiales y resistencias en el mundo obrero rural del Territorio Nacional de La Pampa. En: Lluch A, Salomón Tarquini C, editoras. Historia de la Pampa, Sociedad, política, economía. Desde los poblamientos iniciales hasta la provincialización, (ca.8000 AP a 1952). Santa Rosa: EdUNLPam; 2008. p. 235-312.
54. Memoria del Ministerio del Interior al Honorable Congreso de la Nación, 1914-1915. Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Penitenciaría Nacional; 1915.
55. Lluch A, editora. Memorias de Gobernadores del Territorio Nacional de La Pampa, siglo XX. Santa Rosa: EdUNLPam-Gobierno de la Pampa; 2006.
56. Anuario Demográfico. Natalidad, nupcialidad y mortalidad, del año 1930. [Material de archivo] Buenos Aires: Departamento Nacional de Higiene, Ministerio del Interior; 1934;VII. [Buenos Aires, Biblioteca Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
57. Nari M. Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires: Biblos; 2004.
58. Sumarios estadísticos. Suplemento. Parte II, Sección Técnica: Profilaxis general. Instituciones y Asistencia Pública en los Territorios Nacionales. [Material de archivo] Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene. 1937;I(I):109-365. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
59. Susini M, et al. La tuberculosis en la Argentina. Evolución de la mortalidad. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1935;XXXVII:36-94. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
60. Penna J. La viruela en la América del Sud y principalmente en la República Argentina. [Material de archivo] Historia, estadística, clínica y profilaxis. Buenos Aires: Félix Lajuane editor; 1885. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
61. Di Liscia MS. Saberes, terapias y prácticas indígenas, populares y científicas en Argentina (1750-1910). Madrid: Colección Biblioteca de Historia de América, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2003.
62. Cossio P. Vacunación antivariólica en los territorios del Sur durante 1929. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1930;XXXIV:6. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
63. Cossio P. Viruela. [Material de archivo] Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene. 1940;IV:59-61. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
64. Persello AV. Los gobiernos radicales: debate institucional y práctica política. En: Falcón R, director. Democracia, conflicto social y renovación de ideas (1916-1930). Buenos Aires: Sudamericana; 2000. 58-99. (Colección Nueva Historia Argentina, T. 6).
65. Persello AV. El partido radical. Gobierno y oposición, 1916-1943. Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2004.
66. Leoni de Rosciani MS. Los Territorios Nacionales. En: Academia Nacional de la Historia. Nueva Historia Argentina. La Argentina del siglo XX, 1914-1983. Buenos Aires: Planeta; 2001. p. 43-76. (T. VIII).
67. Bandieri S. Historia de la Patagonia. Buenos Aires: Sudamericana; 2005.
68. Celton D, Carbonetti A. La formación de la demografía en Argentina (1869-1947). Estudios. Revista del Centro de Estudios Avanzados. 2006;(19):27-42.
69. Dirección General de Estadística de la Nación. La Población y el movimiento demográfico de la República Argentina en los años 1936-1937 y síntesis de los años anteriores. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda, Dirección General de Estadística de la Nación; 1938.
70. Pagano O. Adalberto T. Pagano, una pasión rionegrina. General Roca: UNComahue; 2004.
71. Pérez Virasoro E. Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación año 1935. Santa Rosa: Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa; 1936.

72. Pérez Virasoro E. Memoria presentada al Superior Gobierno de La Nación años 1936-1937. Santa Rosa: Ministerio del Interior, Talleres Gráficos de la Provincia de La Pampa; 1938.
73. Olaván Chaus A. Dirección de Maternidad e Infancia. [Material de archivo] Anales del Departamento Nacional de Higiene. 1940;IV(1):92-95. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
74. Billorou MJ. La constitución de la puericultura como campo científico y como política pública en Buenos Aires 1930-1945. [Tesis de Maestría en Estudios Sociales y Culturales]. Santa Rosa: FCH-UNLPam; 2006.
75. Ilustración Sanitaria Mensual de interés profesional. [Material de archivo] Mundo Médico. 1944(98):14. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].
76. Baliña P. Sobre profilaxis venérea. [Material de archivo] Revista Argentina de Dermatosifilografía. 1944;XVIII:170-179. [Buenos Aires: Biblioteca Central Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires].

FORMA DE CITAR

Di Liscia MS. Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940). *Salud Colectiva*. 2009;5(2):259-278.

Recibido el 16 de marzo de 2009

Versión final presentada el 22 de abril de 2009

Aprobado el 8 de mayo de 2009