

Salud y enfermedad en La Pampa: políticas públicas en una nueva provincia argentina (1945-1975)

Health and disease in La Pampa: public policies in a new Argentine province (1945-1975)

María Silvia Di Liscia

<https://orcid.org/0000-0002-0555-0285>

Departamento de Historia, Facultad de Ciencias Humanas,
Universidad Nacional de La Pampa

Resumen

En este artículo se detallan las políticas públicas de salud en La Pampa (Argentina) durante la segunda mitad del siglo XX referidas al control de algunas epidemias y endemias (tuberculosis, viruela, venéreas, mal de Chagas y poliomielitis). A través de fuentes editadas e inéditas, provenientes de la prensa especializada y no especializada, informes de funcionarios, censos y otros documentos, se avanza en la descripción y análisis de los aspectos centrales sobre la salud y la enfermedad de la población en un espacio periférico argentino. La Pampa fue Territorio Nacional desde 1884, a partir de la puesta en producción de las tierras pertenecientes a las sociedades indígenas, hasta su conformación como provincia en 1952. Entre 1945-1975, las distintas políticas sanitarias, tanto territorianas como provinciales, atravesaron modificaciones en su estructura, legislación y planificación; algunas sustantivas, que iban al compás de las sucedidas a nivel nacional, y otras que intentaban resolver problemáticas propias del entorno sociocultural pampeano. La población, mucha de ella proveniente de países de Ultramar, tuvo un crecimiento relativo, y las actividades económicas, vinculadas a la explotación agrícola-ganadera, no sufrieron cambios importantes. En el contexto internacional de avance de la medicina social, se consolidaron en La Pampa las campañas de inmunización y otras prácticas preventivas, a pesar de los frecuentes cambios y violencia política, que permiten observar diferencias y semejanzas con lo sucedido a nivel nacional durante un período clave para la historia argentina.

Palabras clave

Salud, La Pampa, enfermedades, siglo XX, políticas públicas

Summary

This article details the public health policies in La Pampa (Argentina) during the second half of the twentieth century related to the control of certain epidemics and endemic diseases (tuberculosis, smallpox, venereal, Chagas' disease and poliomyelitis). Through edited and unpublished sources, from the specialized and non-specialized press, reports of officials, censuses and other documents, advances are made in the description and analysis of the central aspects on health and disease of the population in a peripheral area of Argentina. The Pampa was a National Territory from 1884, when the lands belonging to indigenous

Recibido: 09 / 10 / 2025

Aceptado: 25 / 01 / 2026

Publicado: 31 / 01 / 2026

Cómo citar:

Di Liscia, M. S., (2026).
Salud y enfermedad en La
Pampa: políticas públicas
en una nueva provincia
argentina (1945-1975).
Sekkan. Vol 2, Núm. 4.
pp. 83-104

societies were put into production, until its formation as a province in 1952. Between 1945 and 1975, the various territorial and provincial health policies underwent changes in their structure, legislation and planning, some substantive ones, which were in keeping with the events at national level or trying to solve problems specific to the socio-cultural environment of the Pampas. The population, much of it coming from overseas countries, had a relative growth, and the economic activities, linked to the agricultural-livestock operation, did not undergo major changes. In the international context of progress in social medicine, immunization campaigns and other preventive practices were consolidated in La Pampa, despite frequent replacements and political violence, that allow us to observe differences and similarities with what happened at the national level during a key period in Argentine history.

Key Words

Health, The Pampa, diseases, 20th Century, public policies

1. Encuadre político-social y salud

La definición de la salud y de su opuesto, la enfermedad, no son similares en todo tiempo y lugar, dada su vinculación a procesos históricos de mayor amplitud, en debate con la implementación de sistemas de salud para incrementar la medicalización de la población, considerada en diversos sustratos etarios, divisiones por género y clase social. Las dolencias y malestares constituyen más que asuntos biológicos: adquieren existencia en tanto construcciones verbales, cimentadas en el contexto histórico médico, intelectual e institucional. Por lo tanto, las patologías, psíquicas o físicas, se perciben y nombran en un marco social de referencia (Rosenberg, 1992). Los médicos diplomados tuvieron un rol fundamental en tal proceso, ya que dieron sentido a los sistemas de valores y refinaron el vocabulario de las entidades mórbidas.¹

En este artículo, realizo un análisis de las políticas sanitarias en una jurisdicción argentina del centro del país en la segunda mitad del siglo XX. No se trata de un espacio del litoral, con mayores posibilidades de crecimiento industrial, sino de uno marginal, que mantuvo una estructura agrícola-ganadera centrada en la producción primaria. Como son escasos los avances respecto de la historia de este período, realizo en primer lugar una síntesis para conectar las diversas situaciones que, a nivel internacional, nacional y regional, tuvieron implicancia en el ámbito pampeano. Luego, analizo algunas de las enfermedades que pusieron en marcha determinadas políticas públicas, como la tuberculosis, la viruela, las dolencias venéreas, el mal de Chagas y la poliomielitis. Para ello, considero fuentes editadas e inéditas de diverso tipo, tanto periodísticas, estadísticas y oficiales, entre muchas otras.

El desarrollo de la medicina social tuvo sus años dorados desde la segunda posguerra, si bien se inició mucho antes como campo académico basado en una perspectiva integradora y biosocial sobre las causas profundas de la enfermedad (Carter, 2023). La noción de la salud como derecho ciudadano significó en ciertas naciones de cuño liberal, como Gran Bretaña, un vuelco significativo, dado que se amplió el alcance de la medicina preventiva por sobre la curativa. En un contexto general posbélico, los Estados de bienestar alentaron la cobertura de seguros de una amplia porción de la sociedad, para garantizar el establecimiento de los costos de enfermedades, invalidez, desocupación y maternidad (Cueto y Palmer, 2015). Asimismo, se advierte un descenso de la mortalidad, producto de

¹ Antes incluso que esté el síntoma, se puede nombrar a una enfermedad dado el diagnóstico previo del especialista, quien a su vez acude a otros (radiólogos, bioquímicos) para definirla frente al paciente. Al diagnosticar, los médicos otorgan un sentido biofisiológico y producen la dolencia, otorgándole categorías médicas: condiciones de posibilidad, realidad, desviación y aceptabilidad (Friedson en Conrad y Baker, 2010).

cambios espontáneos en la virulencia de los microorganismos, y por intervención médica, medidas de la salud pública y mejoras en el estándar de vida de las poblaciones (McKeown en Birn, Pillay y Holtz, 2009).

La década de 1960 estuvo marcada por la puja Este-Oeste a nivel internacional, y en América Latina, por la movilización social, los reclamos en pos de reformas profundas y la represión, con frecuentes avances violentos y represivos. Se sucedieron ciclos alternos de reforma social y una intensa reacción conservadora, en una dinámica particularmente feroz que vinculaba proyectos reformistas con medidas revolucionarias (Joseph, 2020). La colaboración de la Argentina con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), iniciada décadas antes, se profundizó bajo una visión desarrollista, con la inclusión de las normativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

América Latina formaba parte, en esa visión global, de las regiones subdesarrolladas, con tasas de crecimiento demográfico explosivo, que complicarían la provisión de agua, alimentos, energía, educación y sistemas previsionales, entre otros servicios estratégicos. La forma de resolución era, para muchos expertos internacionales, encarar ese problema con programas masivos de control reproductivo. La Argentina tenía otras urgencias, dado que la natalidad estaba en proceso de decrecimiento desde hacía décadas (Felitti, 2009), pero la morti-morbilidad era un punto importante, dado que atañía directamente a la salud de las poblaciones.

A mediados del siglo XX, el ascenso de nuevos sectores introdujo en la Argentina el derecho a la salud en la agenda de gobiernos de signo democrático-populista, sin desaparecer completamente en los tecnocrático-desarrollistas. Entre 1945 y 1955, durante los gobiernos de Juan Domingo Perón, se produjeron cambios significativos. Es posible advertir ecos de las transformaciones internacionales descritas en la organización de Delegaciones Regionales de Salud Pública, dependientes a su vez de la Secretaría de Salud Pública y luego, del primer Ministerio de Salud, bajo Ramón Carrillo (Ramacciotti, 2009). Entre los principales objetivos de estas políticas, estaban la ampliación de asistencia médica y social y la centralización de decisiones, la organización de nuevas instalaciones de salud, así como la realización sistemática de campañas educativas y sanitarias. Carrillo demostró diligencia y habilidad, a pesar de la oposición de científicos y médicos, y de las dificultosas negociaciones con la Fundación Eva Perón, con mayores recursos y cuya dinámica la llevó a superponerse al Ministerio (Cueto y Palmer, 2015). Muchas de las medidas tomadas, si bien no eran exactamente originales, se visualizaban en una escala amplia, e incluían más sectores y problemáticas sanitarias y sociales (*La Nación Argentina*, 1950).

Parte de estas cuestiones se reflejan en el Territorio Nacional de La Pampa, espacio dependiente a nivel político y sanitario de las autoridades centrales desde 1884 hasta 1951. En 1947, cuando había en todo el país 15.893.827 habitantes, La Pampa tenía 169.480, muchos de ellos inmigrantes europeos o que provenían de otras provincias. El Territorio tenía una superficie de 143.440 km² pero no era uniforme: al nordeste tenía un clima templado y mejores posibilidades de cultivo de secano, pero al oeste había menos habitantes y recursos.²

En 1947, había 237 profesionales sanitarios (tanto médicos, farmacéuticos, odontólogos como personal auxiliar). Dos años antes, se habían censado 25 instituciones sanitarias: 9 hospitales, 7 salas de primeros auxilios, 3 maternidades, 2 sanatorios y un centro materno-infantil, una asistencia pública, un consultorio médico y un hospital de niños, la mayoría en Santa Rosa, pequeña capital de unos 15.000 habitantes. El total de camas era

² Sobre la población, la organización urbana y rural y las instituciones de diverso tipo, ver Di Liscia, 2007a y 2007b.

de 886, número insuficiente comparado con otras áreas con mejor actuación sanitaria del país.³

El Territorio fue declarado provincia primero con el nombre de Eva Perón y luego, Provincia de La Pampa (Ruffini, 2005). Con el arribo del peronismo a la órbita nacional en 1946, la designación como gobernador recayó en Juan Páez. Durante su gestión, se creó la Dirección de Salud Pública y Asistencia Social de la Provincia y se mantuvo la Delegación Regional de Salud Pública de la Nación. En 1953, triunfó en las elecciones Salvador Ananía, leal al gobierno peronista. Su dinámica gestión continuó algunas políticas de años anteriores e intentó nuevas, con la elaboración de algunos planes específicos que replicaban los del orden nacional.

En 1955, el golpe militar prescindió del gobernador electo y persiguió a sus seguidores. La intervención nacional suspendió la constitución provincial y dejó como gobernador al médico Martín R. Garmendia.⁴ También intentó eliminar los vestigios del régimen y “desperonizar” la sociedad (Spinelli, 2013).

Entre 1958 y 1966, fueron muy frecuentes las asonadas militares para reprimir movimientos sociales y sindicales y proscribir partidos políticos (Tcach, 2007). En un contexto internacional caracterizado por una creciente intervención estatal, las reformas de gobiernos democráticos, que llegaron al poder con la proscripción del peronismo, como los de Arturo Frondizi (1958-1962), José María Guido (1962-1963) y Arturo Illia (1963-1966), intentaron plasmar nuevas reglas, aunque con muchas dificultades, en el marco del desarrollismo.

Este concepto elusivo, vinculado al crecimiento económico y social con cierta autonomía nacional, conectaba la medicina con asuntos sociales e intervención pública a través de la planificación. El caso argentino marcaba ciertas diferencias respecto del resto de América Latina, con un producto bruto interno (PBI) que en 1960 duplicaba a muchos del subcontinente, pero estaba muy por debajo de la media de los países desarrollados. Había aumentado la expectativa vital, con una transformación del perfil morbi-mortal, dado el aumento de enfermedades crónicas de una población progresivamente envejecida, pero sin el esperado descenso de la mortalidad infantil (Cibotti, 1970). Tal cuestión entonces planteaba los límites del control de las enfermedades transmisibles y la prevención de otros males, dados por la propia historia natural de las patologías y las condiciones socioculturales de la población. Los indicadores de salud dependían de las características del empleo, educación, alimentación, vivienda y otras condiciones sociales (Abbona, 1970).

En los años sesenta se agotó, paulatinamente, la tendencia reguladora del Estado vigente con mayor fortaleza entre 1945-1955. El contexto autoritario impuso delegar, asesorar y controlar la gestión comunitaria y la iniciativa privada. En la actividad médica predominaba la idea de mercado como principal regulador, pero ante la falta de equidad surgió una segunda generación de reformas, que propuso la atención primaria de salud como estrategia para lograr una cobertura eficaz y accesible a toda la población. Como aplicación de las recomendaciones de la OPS, luego de los afanes de nacionalización y centralización, gran parte de las instituciones sanitarias nacionales pasaron a la esfera provincial. Tal situación impactó en los presupuestos, ya que el traspaso se produjo sin el correspondiente soporte técnico y financiero, y se tradujo en un marcado deterioro hospitalario. Así, se mantuvo un sistema sanitario plural sin la hegemonía del sector público; gran parte de los recursos provenientes de este y de los aportes de los trabajadores quedaron bajo el control de los sindicatos y corporaciones médicas (Belmartino, 2005).

3 Fondo Gobierno, Exp. 832, D, Reg. 9036, 27-11-1945, Catastro Provincial, 1967 y Salud Pública, 1979.

4 “Decreto del Gobierno Provisional de la Nación n° 230/55”, 1955.

En la nueva provincia, ascendió al poder Ismael Amit quien desde 1958 fue gobernador-interventor en diferentes períodos y referente político. Amit puso en marcha muchas iniciativas, conjuntamente con organismos provinciales y nacionales, según la lógica de la planificación, e indicó tanto las carencias como los errores de la salud pública: los hospitales nacionales estaban hechos una ruina, gran parte de la población no tenía acceso a las mínimas condiciones y se requería más y mejor equipamiento técnico. En 1965, se aprobó el primer Plan de Desarrollo Económico Social Provincial, que indicaba como principales problemas los recursos naturales, el nivel parcial de desarrollo y la ubicación geográfica, con propuestas para aumentar la población y mejorar su nivel de vida.⁵

Impactó también a nivel provincial la impronta que inducía a un capitalismo de connotaciones humanitarias. En 1967, la publicación de la encíclica papal *Populorum Progressio* dio pie para reflexionar sobre la visión católica de la pauperización extrema en todo el mundo, así como sobre la responsabilidad de las naciones desarrolladas.⁶ También se replicaban en La Pampa noticias de la OMS sobre programas internacionales, como la declaración del “Día Internacional de la Salud”.⁷ La infraestructura sanitaria implicaba más que hospitales, dado que introducía el tema de la energía o el agua potable. El entonces secretario de Salud Pública a nivel nacional, Ezequiel Holmberg, retomó tales cuestiones e indicó que “no puede concebirse el desarrollo sino como una empresa que ubica en un mismo pie de igualdad por lo menos las inversiones en el plano económico y los que capitalizan en bienestar social”.⁸

La dictadura impuesta por la “Revolución Argentina” abrió un nuevo ciclo represivo bajo Juan Carlos Onganía en 1966, que se prolongó hasta 1973 con otros gobernantes. En este período, hubo una acelerada movilización de organizaciones políticas y sociales, que insistieron en una profunda transformación del país con consignas progresistas. Al mismo tiempo, bajo el amparo de sectores conservadores católicos y de las Fuerzas Armadas, acumularon poder y prestigio otras agrupaciones y agentes cuyos objetivos generales eran fortalecer el crecimiento económico, sin ceder al desorden social. Los aspectos sanitarios emergieron en estas propuestas, entremezclados con nociones técnicas con el fin de despolitizar la sociedad.

La intervención federal producto de la dictadura introdujo en La Pampa una seguidilla de funcionarios militares. Entre 1967 y 1970, gobernó la provincia el Contralmirante Helvio Guozden. Entre sus medidas, se observa la organización del Ministerio de Asuntos Sociales, luego de Bienestar Social.⁹ Tenía injerencia en el desarrollo en el sur y oeste de la Pampa y en la localización de agua, y quedaba a cargo del Instituto de la Vivienda y el Instituto de Seguridad Social. La provisión de agua potable había sido uno de los objetivos planteados por el peronismo, que esta gestión retomaba a nivel nacional con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo. El plan beneficiaría a 1,7 millones de pobladores rurales en toda la Argentina, a través del Servicio de Agua Potable y Saneamiento Rural, y permitiría así salvar vidas infantiles que se perdían por enfermedades evitables.¹⁰

5 En 1953, 60,1 % del producto bruto geográfico (PBG) era de tipo primario (actividad agrícola-ganadera). Este perfil productivo se modificó poco en las décadas siguientes, aunque aumentó la actividad terciaria. En 1970, el sector primario constituía el 59,3 % del PBG, mientras que la actividad secundaria (industria y construcción) era de solo un 8,7 % (Lluch, 2016).

6 “La encíclica del Papa sobre el desarrollo de los pueblos”, 1967.

7 “La OMS destacará la necesidad de personal de salud”, 1967.

8 “El Día de la Salud en la palabra del secretario”, 1967.

9 “Presentó su Plan de Acción el ministro de Asuntos Sociales”, 1967.

10 “Agua pura para salvar miles de niños”, 1967.

Como Amit, este gobernador también esbozó un plan, de acuerdo con los lineamientos autoritarios. La Subsecretaría de Salud Pública puso en marcha el programa de transferencia de los establecimientos sanitarios nacionales con su personal a la provincia, y coordinó el programa de hospitales de comunidad (Guozden, 1970). Se habían planificado tres instituciones de estas características, ubicadas en Santa Rosa, General Pico y General Acha, los tres centros urbanos más importantes, pero solo se realizó en uno y fue de corta duración. Con términos técnicos, que evidencian tanto el autoritarismo como la búsqueda de cierta armonía social, el Plan insistió en crear las condiciones de bienestar social de las “familias indigentes”, a través de estudios especializados de diferentes organismos para conocer, asesorar e investigar sobre la población pampeana; también en generar centros de lucha contra la tuberculosis y apoyar campañas nacionales contra el mal de Chagas.¹¹

Otros temas destacados en el informe del gobernador, referidos al área social y sanitaria, eran la organización de un programa de salud rural y la elaboración de proyectos de construcción de establecimientos sanitarios, para que todas las localidades pampeanas pudiesen contar con una institución. Las edificaciones desde cero fueron estaciones y postas sanitarias, mientras que los hospitales de mayor envergadura incrementaron equipamiento y jerarquizaron el personal (Guozden, 1970).

En 1971, una modificación en el staff militar nacional produjo un recambio gubernamental en La Pampa. La asunción de Ángel Benjamín Trapaglia se correspondió con la presidencia de facto de Alejandro Agustín Lanusse; el ministro de Bienestar Social a nivel nacional fue Francisco Manrique. Un informe de este gobierno elevado ante la OPS planteaba diversas áreas, y en esta planificación exhaustiva, se incluían la salud pública y privada, así como campañas específicas de vacunación y atención materno-infantil en diferentes provincias. También detallaba las investigaciones sobre tuberculosis, mal de Chagas y otras enfermedades, y los acuerdos internacionales del país respecto de la erradicación de la viruela y la malaria, entre un sinfín de temas médico-sanitarios (*Informe de la República Argentina*, 1970). Manrique indicó como eje la política social, estrategia para morigerar la protesta ante la represión antidemocrática. En 1972, se registra su paso en La Pampa, cuando intentaba construir su base política como candidato presidencial a través de la organización y mantenimiento de programas sociales, algunos de los cuales quedaron en promesas.¹²

La administración de Trapaglia mantuvo con pocas alteraciones el organigrama anterior: Departamentos de Estadística, de Sanidad Ambiental, de Educación Sanitaria, de Odontología, de Arquitectura Hospitalaria, de Administración Hospitalaria y de Epidemiología, así como la Dirección de Medicina Preventiva. A pesar de no ser militar, el gobernador reconoció haber tenido el apoyo de gran parte de las comunas y entidades locales y, sobre todo, de las autoridades nacionales, como los entonces comandantes en jefe. A partir de tal conexión, se desplegaron una serie de programas con financiamiento millonario para centros de salud, realizadas por el Ministerio de Obras Públicas de la nación y administradas por las comunidades. También fue significativo el contacto con instituciones dedicadas al tratamiento y la investigación, como el Instituto Nacional de Epidemiología de Santa Fe (Trapaglia, 1973).

En 1973, la apertura democrática permitió la llegada al poder de Héctor Cámpora y luego, del tercer gobierno de Juan Domingo Perón, quien intentó implementar políticas sanitarias novedosas. Domingo Liotta, a cargo de los asuntos públicos sanitarios, coordinó un equipo de técnicos que elaboró un proyecto para crear un Sistema Nacional Integrado de

11 “Decreto-Acuerdo N° 27/47”, 1968: 48-49.

12 “Lo que Manrique prometió”, 1972.

Salud (SNIS), cuyo objetivo era unificar el sector público de salud e integrarlo a la seguridad social (Veronelli y Veronelli Correch, 2004). Estas y otras medidas no pudieron aplicarse por un creciente clima golpista y de inestabilidad, previo a la dictadura cívico-militar de 1976.

En La Pampa, un frente electoral con participación del peronismo permitió en 1973 el triunfo de Aquiles José Regazzoli. En su gobierno, el ministro de Bienestar Social, Néstor Ahuad, intentó organizar un sistema similar al SNIS, teniendo en cuenta el papel de los especialistas para cobertura generalizada en centros públicos, también malogrado por la oposición de las corporaciones médicas y acusaciones de subversión y comunismo.

En 1970, la población argentina era de 23.364.431 y en La Pampa, de 171.700 habitantes. Un registro específico de 1967 daba cuenta de 96 instituciones sanitarias (58 públicas y 41 privadas), sin aumento significativo de otros indicadores. En 1979, se censaron 1.058 camas (803 del sector privado).¹³

Endemias y epidemias en escena

Las estadísticas sanitarias son escasas e incompletas antes de 1945 para La Pampa, salvo en epidemias o en el registro de los casos de mortalidad. Ese año, hubo 1.395 muertes, de las cuales 363 correspondían a cáncer y enfermedades cardíacas y el resto, a otras causas entre las cuales estaban epidemias y endemias. En 1975, de 1.451 defunciones, 898 fueron por cáncer y enfermedades cardíacas, y disminuyeron las debidas a epidemias y endemias.¹⁴

Sin analizar con profundidad tales guarismos, se puede concluir a grandes rasgos que en esos treinta años hubo una transformación general en la morbilidad de la población pampeana con mayor impacto de las patologías crónicas, que en parte acompañaba el proceso general a nivel nacional. El índice de esperanza de vida al nacer en La Pampa era de 67,97 años en 1980, levemente superior a la media nacional, que comparado con los de mediados de siglo permite observar también los cambios demográficos en este período.¹⁵ Veamos a continuación de manera concreta cómo se reflejan determinadas políticas sanitarias y de qué manera se intersectan nuevas tecnologías médicas en estas décadas de convulsiones políticas con las enfermedades y sus soluciones.

2.1. Tuberculosis, sífilis y viruela

A mediados del siglo XX, determinadas enfermedades parecieron limitarse en distintos puntos del planeta, a raíz de terapias más efectivas y mejoras sanitarias. La tuberculosis es un ejemplo, dado que la infección por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* redujo sus efectos mortales por la terapia de penicilina. Recién en 1947 se trató por primera vez con ellos a un paciente en la Argentina, y dada su necesidad y escasez, el gobierno consintió la instalación de un laboratorio extranjero para producir penicilina (Múgica, 2024). En los años sesenta, una batería de drogas antibacterianas, como la Pirazinamida, Tiocarbanilida y Kanamicida permitieron mayores esperanzas (Babich y Lassalle, 1965: 11). Pero el médico Florencio Escardó indicaba en su columna de *Primera Plana* que era erróneo pensar que la tuberculosis o la blenorragia podían ceder ante simples pastillas, y que tal confianza debía moderarse controlando las recetas de antibióticos (Escardó, 1963: 31).

En 1951, se localizaron 9.835 enfermos de tuberculosis en todo el país, que en 1958 habían aumentado a 16.508. La tasa de morbilidad por cien mil habitantes encabezaba el

13 Catastro Sanitario, 1967.

14 Ander Egg, 1958, *Plan de Desarrollo, 1966 y Estadísticas Vitales, 1975*.

15 En 1914, la esperanza de vida al nacer para toda la Argentina era de 48,5 años; en 1947, de 61,1 años, en 1960 de 66,4; en 1970 de 65,6 y en 1980 de 67,71 (Grushka, 2014). Carecemos de información específica para La Pampa antes de 1980.

listado de patologías en 1958.¹⁶ En 1967, se habían incrementado los enfermos (21.367), que descendieron en 1968 (18.461), con 2.988 muertes por esa causa.¹⁷ En La Pampa, las salas de internación para enfermos de tuberculosis, solicitadas desde principios de siglo, siguieron siendo una demanda por la necesidad de cirugías y tratamientos complicados, y también como medios para limitar el contacto de enfermos y sanos y prevenir contagios. En 1960, hubo 11 fallecidos por tuberculosis (*Plan de desarrollo económico-social, 1966*).

El informe citado de Amit indicó la creación de un Departamento de Lucha Antituberculosa. Los profesionales estaban obligados a informar sobre pacientes con esta enfermedad, y se dispuso que los exámenes radiofotográficos y de tuberculina fuesen obligatorios. En todos los centros provinciales se introdujo la vacuna del bacilo Calmet Guerin (BCG) (Amit, 1961). Aunque se observa una sección provincial en el organigrama de salud, la cobertura ya era de rutina a finales de los treinta en la Asistencia Pública de Santa Rosa. Pero la novedad era la extensión de la medida a una provincia con regiones de diferente desarrollo y escasos caminos y transportes.

Este estímulo se debió a una fuerte tracción nacional, dado que, en 1959, la legislación obligó a vacunar a los recién nacidos con la vacuna BCG.¹⁸ Y en 1960, se había sancionado la Ley 15.465, de obligación de notificación de los casos de enfermedades infecciosas que incluía la tuberculosis, entre otras enfermedades.¹⁹

Diez años después, esta dolencia reemergió en las agendas de proyectos nacionales como parte de un esquema de “enfermedades transmisibles”, junto a la hidatidosis, brucelosis, diabetes y mal de Chagas.²⁰ Dada la cronicidad de la enfermedad y el contagio, y a que la terapia antibiótica no cumplía siempre todas las expectativas, para las autoridades públicas la opción parecía ser la detección temprana. Determinadas encuestas realizadas en La Pampa indicaban la prevalencia de la tuberculosis, junto a la sífilis y otras dolencias.

El Laboratorio Central Epidemiológico, fundado durante la gestión de Guozden, fue equipado en 1972 para diagnóstico bacteriológico de tuberculosis. Con la sola presunción de infección, se realizaba radiología para confirmación, para luego aplicar tuberculostáticos. De esa manera, se evitaba que los pacientes recibieran un uso indebido de drogas (Trapaglia, 1973).²¹ Entre 1971 y 1973, se reportó que de 1.208 estudios para diagnóstico con sensibilización tuberculínica, hubo 143 casos positivos. Se habían realizado 303 radiografías de tórax, atendido cientos de consultas externas referidas a vías respiratorias, y esta agencia pública había distribuido tanto tuberculostáticos como vacunas BCG en dispensarios de toda la provincia. También llevó adelante una investigación entre las 63 escuelas de la capital pampeana, con el estudio de 2.952 niños. Esta población infantil representaba 61,67 % del total provincial, a la cual se le había suministrado la vacuna (Trapaglia, 1973).

¿Dónde estaban localizados los enfermos, tanto menores como adultos? No había en las pequeñas ciudades de entonces barrios obreros dada la escasez de industrias, pero sí aglomeraciones de viviendas precarias de peones y jornaleros, migrantes rurales en su mayoría. En los años treinta y cuarenta, se menciona el Barrio El Salitral de Santa Rosa, hacia donde se dirigían periódicamente las visitadoras de higiene con sus prácticas tanto

16 *Reported Cases of Notifiable Diseases, 1960.*

17 *Reported Cases of Notifiable Diseases, 1971.*

18 “Ley 14.837”, 1959.

19 “Ley de Salud Pública Nº 15.465”, 1960.

20 “Lucha antituberculosa”, 1971.

21 Los tuberculostáticos son medicamentos asociados, como la Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Estreptomina –entre los de primera línea–, que eliminan *Mycobacterium tuberculosis* en sus diferentes fases de crecimiento metabólico, para impedir que los pacientes desarrollen resistencia que requiera tratamientos más prolongados (Boldú et al., 2007).

sociales como sanitarias, que incluían la atención de estos enfermos. En 1969, se detectan otros sectores marginales en La Planicie, un barrio de General Acha (Guozden, 1970). En un municipio de 6.253 habitantes, 760 personas (12 % de la población), se hacían en una pobreza extrema. Un registro oficial, cuyo relevamiento se realizó con el asesoramiento del Instituto Nacional de Epidemiología de Santa Fe, indicó alto desempleo e indicadores escalofriantes sobre las malas condiciones de las viviendas.²² También los funcionarios concurren a eventos como la “Reunión Nacional de Directores y Asistentes de la Lucha Anti-tuberculosa”, que reunía a autoridades de todo el país (Trapaglia, 1973).

La vacuna BCG se había aplicado profusamente en la década 1960-1970. En 1974, hubo 5.043 inoculaciones, de las cuales 1.436 correspondieron a niños de un año. En 1975, los nacimientos habían sido de 4.159, por lo que es posible que todos los bebés hayan sido inoculados, pero no es seguro si lo estaban el resto de los niños, que quizás recibieron la vacuna durante el primer año de vida o en las campañas anteriores.²³ Por entonces, había 181 enfermos con tuberculosis (*Estadísticas Vitales*, 1975). Pero, como indica Armus (2024) ya la enfermedad no tenía la urgencia de otras épocas, y en las causas de mortalidad, se la subsumió dentro de las respiratorias. Paralelamente, adquieren especificidad estadística los tumores en bronquios y pulmones.

Los enfermos de sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, entonces denominadas venéreas, eran una preocupación más. Los recorridos de las visitadoras de higiene con salvarsán y bismuto podrían haber ayudado a la mejoría de enfermos y enfermas desde 1938,²⁴ pero esas enfermedades se transmitían además a nuevas generaciones en el embarazo y parto, sobre todo en bebés desnutridos. Una encuesta realizada entre 1958 y 1967 en el Hospital de Niños de Capital Federal sobre 7.010 casos encontró 30 infantes con sífilis. Para los pediatras que realizaron el estudio, tal persistencia era responsabilidad de las madres, dado que por “ignorancia, dificultades económicas, uniones ilegítimas o irregulares” no habían completado el tratamiento con antibióticos durante la gestación, y los recién nacidos presentaban ya daños viscerales de extrema severidad (Turro et al., 1969: 6-7).

Pero ¿eran las madres responsables por desidia, cuando difícilmente podían hacerse de atención médica y medicación, y muchas no tenían acceso educativo? Y ¿cómo podían las políticas de suministro de medicamentos llegar con suficiente antelación para impedir la transmisión vía placentaria? Todos estos interrogantes ponían en la mira la incapacidad femenina para tener hijos sanos, aunque se podían suplir esas carencias con educación y detección precoz.

En La Pampa, los ecos de estas demandas ya habían llegado, porque la Asistencia Pública, organismo que existía desde 1913, realizaba sistemáticamente desde 1930 una labor de localización y tratamiento de los afectados por enfermedades “venéreas”. Pero las medidas estaban concentradas en Santa Rosa y, además, las muestras se tomaban y enviaban a laboratorios de provincias vecinas, porque no había a nivel local personal, equipamiento o reactivos. Un paso importante fue la organización de un Laboratorio Central de Salud Pública en 1969, que centralizó las muestras de baciloscopia directa de sífilis, tuberculosis y mal de Chagas. En 1975, había 174 enfermos con patologías de transmisión sexual en toda la provincia, 64 de ellos con sífilis (*Estadísticas Vitales*, 1975).

22 Un 25,5% de personas compartían entre 5 una habitación, y más de la mitad (58,8%) compartían entre 3 una cama; la mayoría no tenía cuarto de baño (57,5%) sino solo letrina. De entre los mayores de 14 años, 27,9% estaba desempleado y 61% no tenía empleo fijo (Kaufmann y Deluca, 2018).

23 Hacia 1970, La Pampa tenía 16.501 niños de 0 a 4 años y 17.738 de 5 a 9 años (*Estructura por sexo y grupos de edad*, 1991).

24 Ver Di Liscia y Billorou, 2005.

También la viruela estuvo en el foco de las políticas provinciales, por efecto de campañas nacionales y del proceso de control internacional de la enfermedad. La erradicación fue uno de los primeros objetivos de la OMS, e involucraba un programa sistémico con la expansión y profundización de la vacunación antivariólica. La investigación epidemiológica había revelado antes del programa de erradicación que, con la estrategia de vigilancia y contención la enfermedad, se limitaba o aparecían variantes menos peligrosas. Además de razones científico-médicas, había aquí aspectos de orden geopolítico en relación con la confrontación Este-Oeste. La viruela fue seleccionada porque no había reservorios de virus salvajes y el microorganismo infectaba solo a humanos (Di Liscia, 2024a).

En 1959, cuando por presión de la URSS la OMS lanzó a nivel mundial el programa de erradicación, la transmisión de la enfermedad ya no existía en muchas naciones americanas (Cueto y Palmer, 2015). A pesar de ello, en 1967, la OMS y en América, la OPS, planificaron tres fases: la de “ataque”, para aquellos países con 5 casos de viruela o más por cada 100.000 habitantes, y donde menos de 80% de la población había sido vacunada; luego, la fase de “consolidación”, en naciones con menos de 5 casos por 100.000 habitantes, y más de 80% de la población vacunada. Finalmente, se estableció la fase de “vigilancia y mantenimiento”, en países libres del contagio por al menos dos años (Rodríguez, 1975:57-58).

La vacunación antivariólica en La Pampa, una provincia más de las tantas con campañas masivas en la Argentina, evidenció el uso de las nuevas tecnologías de inmunización (Di Liscia, 2023). En 1971, se aplicaron 105.000 dosis (Trapaglia, 1973). La población censada el año anterior fue de 172.847; es decir que la cobertura alcanzó a 60,64%, tanto de nuevos vacunados como de refuerzos. Las vacunas provenían del Instituto Bacteriológico Nacional, que realizó un salto tecnológico para producir las liofilizadas, dado que con anterioridad se vacunaba con las glicerizadas. Mucho antes de lograr la eliminación en el resto del país, La Pampa estuvo libre de viruela.²⁵

2.2. Vinchucas, ranchos y mal de Chagas

La historia del mal de Chagas, endemia extendida a millones de personas de México a la Patagonia, es también la de la investigación médica, entre acuerdos y conflictos científicos y políticos. Y se añade a esta situación la pobreza, dado que los enfermos suelen ser habitantes de ranchos y otras precarias viviendas, con paredes y techos donde se esconden y medran los insectos claves en el ciclo de transmisión del *Trypanosoma cruzi*, las vinchucas, además de perros, gallinas y otros animales domésticos que completan el ciclo de contagio.²⁶

Los trabajos iniciales que describieron el parásito se iniciaron a principios del siglo XX a partir de los esfuerzos de Carlos Chagas en Brasil, con gran impacto del conocimiento sobre medicina tropical más allá de América. Determinados errores e imprecisiones en la etiología nosológica llevaron a dudar de la existencia de la enfermedad, pero desde 1929, las investigaciones de Salvador Mazza en el norte argentino, apuntaron a la búsqueda de los vectores de la tripanosomiasis, así como de reservorios domésticos y silvestres del parásito. A la vez, Mazza examinó posibles infectados a través de trabajos de patología experimental, métodos diagnósticos y ensayos terapéuticos. En la década de 1940, se reco-

25 La Argentina logró la declaración de erradicación en 1977, certificada por la OPS/OMS, aunque desde 1971 no hubo casos. Se dejó de aplicar la vacuna antivariólica de manera definitiva en 1979, por consejo de las corporaciones médicas. La legislación de obligatoriedad de vacunación antivariólica, aprobada a principios del siglo XX, fue derogada en 1978, durante la última dictadura militar (Di Liscia, 2024a). En 1980, la OMS declaró definitivamente el mundo sin viruela, luego de que en Somalia se constataran tres años sin casos declarados (Fenner et al., 1988).

26 La vinchuca (*Triatoma infestans*) pica, defeca sobre la picadura y allí deja el parásito, si está infectada. Este contamina el torrente sanguíneo y otros órganos; en los seres humanos produce anemia, afecta el miocardio y el sistema nervioso. Las madres transmiten al parásito a sus bebés durante el parto/embarazo. Ver “Enfermedad de Chagas” (1982), “Progress toward Elimination of Chaga’s Disease” (1996) y Ault, 2007.

noció al mal de Chagas como una enfermedad crónica esencialmente cardíaca, diez años después, se establecieron en distintos puntos del medio rural, campañas sanitarias para eliminar las vinchucas (Di Liscia y Kroft, 2010). Se utilizó por entonces el insecticida BHC, que abrió el camino a otras dolencias.²⁷

La cantidad de afectados siempre fue difícil de establecer. La modalidad evolutiva, habitualmente subclínica, obligaba a utilizar métodos de laboratorio, ya que desde el momento que el individuo contrae la enfermedad hasta su aparición con lesiones en las vísceras, pasaban años e incluso décadas, durante los cuales el individuo transmitía el patógeno (Cerisola et al., 1972).

Las tripanosomiasis, en general, aparecen como enfermedades denunciadas en los registros de la OPS desde 1951. Entre ese año y 1958, los casos detectados en la Argentina parecieron descender de 703 a 98 (*Reported cases of notifiable diseases*, 1960). Pero los registros de 1960 y 1961 fueron superiores, con 1.209 y 1.525 casos respectivamente (*Casos notificados de enfermedades*, 1963). En 1967, de acuerdo a la OPS, tuvieron un nuevo ascenso, al registrarse 3.443, para bajar en 1968 a 2.726 (*Reported cases of notifiable diseases*, 1971). Otras fuentes establecen un descenso del índice de infectados, que pasaron del promedio de 10,1 del total de la población entre el periodo 1964 y 1969 a 5,8 en 1981 (Zabala, 2010).

Muchos de los enfermos se diagnosticaban recién en la revisión para realizar el servicio militar, por lo que la población que sufría la enfermedad podía ser mucho mayor. En La Pampa, un estudio de finales de los cincuenta encontró que la miocarditis de etiología chagásica se presentaba entre el 3% y 4% del total de la población, por lo que los enfermos debían de haber sido unos 5.700 (en Zabala, 2010). A partir de la Reacción Machado-Guerreiro, se le había detectado en 25% de los conscriptos de varias provincias, entre las cuales se mencionaba La Pampa ("mal de Chagas", 1967). En la evaluación realizada en los años setenta, entre 1.600 varones a ser incorporados a las filas de las Fuerzas Armadas, se detectaron 164 seropositivos, es decir, 9,9%.²⁸

El marco de referencia social y científico de esta enfermedad fluctuaba entre la indiferencia y el desconocimiento. En *Primera Plana*, una nota de opinión indicaba que de los 800.000 enfermos de 1957 se llegaba, diez años después, a 1.500.000, y otros 10 millones más se contagiarían, hasta en las puertas mismas de Buenos Aires ("mal de Chagas", 1967).

Los gobiernos provinciales de mediados de siglo tuvieron al mal de Chagas en la agenda, que incluía la detección de enfermos en centros públicos. También la enfermedad suministraba la justificación de políticas de más envergadura, con la construcción de viviendas para trasladar a quienes estaban en barrios de precaria construcción y sin servicios sanitarios.

Guozden (1970) indicaba, que en General Acha, una localidad del centro-sur, se había iniciado una urbanización para erradicar La Planicie, pero el nuevo barrio no era suficiente o quizás había quedado sin finalizar en los años posteriores, cuando se censaron tantas familias en condiciones infrahumanas ya detalladas. Entre otras medidas de esos años, se citaban los recorridos al oeste pampeano, a través de equipos móviles, organizados, según se decía, por primera vez (Guozden, 1970). Quizás utilizaban como base sistemas de traslado de personal y equipamiento de décadas anteriores.²⁹

27 El hexacloruro de benceno (BHC), denominado hexaclorociclohexano (HCH) es un insecticida órgano-clorado, hoy prohibido en muchos países desarrollados por su relación con la existencia de diversas afecciones y tumores cancerígenos (Randi et al., 2018).

28 Se examinó a la clase 1948 en el caso de La Pampa. La seroprevalencia positiva alcanzaba en Santiago del Estero a 35,5 y en Santa Cruz, a 3% de los examinados, y además de estas diferencias lo que se observa es la extensión en todo el país de la endemia (Cerisola, Rabinovich, Di Corleto y Pruneda, 1972).

29 Fondo Gobierno, AHP, Expediente 842, Reg. 520, 1943. Se trató de un sistema organizado por la Comisión Nacional

En la siguiente administración, el Departamento de Sanidad Ambiental, dentro del Ministerio de Bienestar Social, llevó adelante un programa específico de saneamiento de las viviendas rurales en Colonia 25 de Mayo, al Sur de La Pampa. Esta localidad fue la estrella de las políticas de desarrollo provinciales, para fomentar tanto la producción frutas y verduras como la extracción petrolera, y allí se llevó a cabo un programa "Antichagas". Se acordó también con organismos nacionales establecer un plan de acción en Santa Rosa, General Pico y General Acha. Y se firmó un convenio con el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), cuyos objetivos eran el "saneamiento de hogares rurales" e incluía la detección de zoonosis, así como el estudio de vectores (Trapaglia, 1973: 16).³⁰

En 1973, al filo del ingreso del gobierno democrático, se creó el Departamento de Lucha Antichagásica, seguramente para concentrar las sucesivas acciones realizadas. En 1975, se detectaron en La Pampa 65 personas con mal de Chagas, aunque quizás más tuvieran el parásito en la sangre, ignorantes del hecho (*Estadísticas Vitales*, 1975). Las investigaciones sobre esta enfermedad avanzaron sobre la particularidad de la trasmisión congénita, una preocupación que se agudizó habida cuenta de que la dolencia se mantenía en zonas no endémicas, con el traslado de las madres afectadas. En 1975, en el Congreso Mundial de Pediatría realizado en Buenos Aires, el médico pampeano Alfredo Felipe Otálora recibió un premio por su labor a raíz del trabajo "Inmuno globulinas y aglutininas específicas aumentadas en la enfermedad de Chagas congénita". El informe en la prensa apareció el mismo día de su detención ilegal, en los tiempos previos al golpe de Estado.³¹

El control de la dolencia fue difícil en las siguientes décadas, aun al eliminar las vinchucas con insecticidas, que tampoco resulta un sistema completamente exitoso, porque afecta la salud humana y los insectos se vuelven resistentes. Se podía controlar la patología con una terapia específica, a través del uso de medicamentos que en los años ochenta estaban siendo probados con cierta efectividad, aunque su toxicidad era alta y no resolvía las afecciones cardíacas.³²

El estigma de ser una "enfermedad de los pobres" fue la causa de la poca atención que le prestaron los emporios farmacéuticos, los cuales dejaron su control en manos del sistema público. Este fluctuó desde programas para eliminar vectores hasta erradicar viviendas insalubres, además de educar a la población para que acudiese a los servicios de salud ante los primeros síntomas de la infección. Por lo tanto, fueron escasas las investigaciones para establecer tanto una terapia eficaz como una vacuna para prevenir los miles de casos en las zonas endémicas (Zabala, 2010; Ault, 2007). Estudios más específicos referidos a todo el país sobre la seroprevalencia de la enfermedad encontraron que madres afectadas entre 1970 y 1990, cuando niñas, transmitían el parásito a sus bebés, en su edad fértil. Entre 1994 y 2004, el porcentaje de casos entre la población de La Pampa declinó del 5 al 2% (Guther, 2007). Pero la persistencia del mal de Chagas a principios del siglo XXI nos hace reflexionar sobre esos legados malditos, aun con viviendas sin vinchucas.

2.3. Vacunas y poliomieltis

El poliovirus había afectado a la humanidad mucho antes, pero en las sociedades desarrolladas las primeras epidemias se presentaron en el siglo XIX. Antes de 1909, cuando se lo

de Ayuda Escolar, con personal médico y odontológico que asistía escolares en toda La Pampa.

30 El INTA se creó en 1956 a nivel nacional como parte de una estructura mayor de fortalecimiento productivo agropecuario. En La Pampa se instaló una sede en Anguil, transformándose en un importante centro de investigaciones de la región (Martocci, 2018).

31 "Distinción mundial a un médico pampeano", 1975.

32 Se trata de tripanocidas como el Nufurtimox y Benznidazole ("Enfermedad de Chagas", 1982).

describió, su etiología era mal conocida, no había método preventivo y en los casos paráliticos, era imposible la curación, por lo que los pacientes podían sólo rehabilitarse (Alvarez, 2013; Testa, 2024).³³

La inquietud por esta enfermedad llevó a que asociaciones de profesionales y organismos internacionales publicasen información sobre su descripción, así como sobre los pronósticos y formas de tratamiento. En los años cuarenta, se mencionaba que sólo un 2% de los afectados podía tener secuelas paráliticas permanentes. Pero su recuperación e inserción era difícil y esto podía ocasionar una carga extra tanto a las familias como al sistema sanitario público en su conjunto (“Parálisis infantil”, 1947).

En la Argentina, las epidemias sucedidas entre 1942 y 1953 tuvieron alta incidencia acumulada, pero la de 1956 lo fue aún más, dado que el riesgo de sufrir la enfermedad aumentó de manera considerable. Los afectados fueron 6.496, de los cuales 595 fallecieron (*Reported cases of notifiable diseases*, 1960). A la vez, la epidemia se politizó en el clima autoritario existente. Las autoridades militares y miembros de la Iglesia católica consideraron que su contagio era consecuencia de las acciones, e incluso de los pecados, del gobierno peronista, e incluso la atribuyeron a la herencia maldita del régimen anterior (Testa, 2024).

En Santa Rosa, hubo brotes epidémicos anteriores, pero el más importante fue también el de 1956, con 25 afectados de entre 10 meses y 15 años. Los niños y adolescentes fueron atendidos en su mayoría en los nosocomios de Santa Rosa y General Pico, aunque 2 de ellos se derivaron a la Capital Federal. La mayoría sufrió parálisis en los miembros inferiores o superiores, y falleció un niño de 13 años (Ander Egg, 1958). En estos casos, los médicos recomendaban el uso del “pulmón de acero”, como se denominó al respirador eléctrico a presión negativa. Se trataba sin embargo de caros aparatos, que escaseaban en muchos hospitales porteños y que no había en La Pampa. Los pulmotores no daban completa seguridad para lograr la supervivencia frente a la parálisis respiratoria, pero parecía imprescindible contar con ellos.³⁴

Esta tecnología de punta era conocida por el público, aun en la novel provincia. En 1956, la “Liga de Madres y Padres de Familia”, formada por miembros de la notabilidad local, le entregó a Garmendia, interventor a cargo de la gobernación, una considerable suma para que el Ministerio de Asistencia Social y Salud de la nación adquiriera un pulmotor. La agrupación cedió a la provincia el monto recaudado, sin que se sepa el resultado, puesto que no hubo por entonces mención a dicho pulmotor y solo aparece uno, para adultos, con posterioridad. El gobierno argentino había adquirido unos 40 pulmones de acero, como se llamaba coloquialmente estos aparatos, y el traslado a la Capital Federal obedecería a ese posible uso.³⁵

Como parte de las preocupaciones generadas por la epidemia, el entonces gobernador creó en La Pampa una comisión permanente de lucha contra la parálisis infantil, conformada por médicos y otros especialistas, así como representantes de la Cruz Roja y del Colegio Médico provincial.³⁶ La comisión surgía para concentrar las colectas realizadas en toda la provincia, y una de sus primeras medidas fue aprobar que dos funcionarios viajaran

33 Estos virus, transmitidos en las heces y el agua, estaban presentes desde hace siglos entre las poblaciones humanas que eran inmunes hasta que, hace doscientos años, cambiaron las condiciones sanitarias y la transmisión de la inmunidad entre madres y bebés modificó el comportamiento viral (Strauss y Strauss, 2008).

34 Estos tanques de acero estuvieron vigentes hasta que, a partir de investigaciones y experimentación europeas, se introdujeron ventiladores regulados por volumen de aire que ingresa en el pulmón, estableciendo la ventilación con presión positiva intermitente, como práctica estándar. Sin embargo, en Estados Unidos se mantuvo el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de origen neuromuscular con los pulmones de acero hasta finales de los años sesenta (Rodríguez, 2012).

35 “Interesantes observaciones”, 1956.

36 “Decreto 484/56. 1956.

a Buenos Aires para informarse sobre la vacunación para luego transmitir la información al resto de los médicos.³⁷ También, la Dirección de Salud autorizó a su personal a desplazarse a Colonia Emilio Mitre y a Rolón, dos localidades del oeste y norte, para luego asistir al Hospital Rural de Victorica donde había dos menores con síntomas de polio. El traslado de médicos de otros puntos provinciales obedeció a un posible brote en regiones sin auxilio profesional especializado.³⁸

Durante años, no hubo preventivos: en todo el país se recomendaba limpiar calles, blanquear cordones y árboles, así como profundizar la higiene individual o fumigar los hogares. Sin que fuera obligatorio el aislamiento, muchos padres evitaron el contagio sin llevar a sus hijos a colegios o parques (Alvarez, 2018). La vacunación parecía ser la única esperanza para controlar la enfermedad. Su desarrollo se inició en Estados Unidos en los años treinta, pero recién en 1955 los trabajos de Jonas Salk y otros investigadores lograron un producto eficaz, con la vacuna parenteral de virus atenuados (Salk, 1954).

En la Argentina, las campañas de vacunación se iniciaron en 1955 con la vacuna de Salk, a raíz del brote epidémico. El gobierno de Perón había adquirido dosis en Estados Unidos, aunque el golpe militar interrumpió ese proceso. La oposición al peronismo sospechaba de la calidad de los productos para inmunizar y suspendió la vacunación; pero a la vez, la urgente necesidad de vacunas provocó el contrabando en barcos y aviones. En general, vacunas como la antivariólica y la BCG eran gratuitas en el sistema público, pero indudablemente una activa demanda de sectores más pudientes debió provocar su circulación ilegal y subir los precios (Alvarez, 2018).

La Pampa replicó la normativa nacional para vacunar con Salk y estableció un fondo extraordinario para una “Campaña Preventiva contra la Parálisis Infantil”.³⁹ Durante ese año, las autoridades provinciales organizaron la vacunación en el Norte provincial (Eduardo Castex, General Pico y Realicó) y movilizaron equipos automotores desde Santa Rosa.⁴⁰

En 1960, la vacuna oral de Albert Sabin permitió aumentar el nivel de cobertura, y aunque hubo enfermos en todo el país ese año y el siguiente (1.097 y 1.197 casos en 1961), limitó la enfermedad en los años sesenta y setenta.⁴¹ Los informes internacionales daban cuenta de avances significativos de la vacunación en Argentina, dado que se había llegado a inmunizar a millones de personas.⁴² De todas maneras, el proceso no tiene éxito si se está debajo del 70% del nivel de cobertura de toda la población. Es decir, que no se trata de una decisión individual, aunque por supuesto involucra personas, sino que se requiere la intervención pública para aumentar y mantener el nivel de protección (Blume, 2017).

En 1960, el país contaba con 20.013.793 habitantes, y estaba lejos de tener los porcentajes de cobertura vacunal para la eficacia deseada. La Ley N° 15010, sancionada en 1959, estableció la obligatoriedad de la vacunación antipolio, e intentó erradicar la enfermedad, pero el brote subsiguiente hizo dudar sobre las condiciones de la vacuna o las dosis. En consecuencia, un estudio publicado por la Sociedad Argentina de Pediatría, la cual trabajaba en colaboración con el Departamento de Enfermedades Transmisibles, recomendaba un esquema de vacunación en masa con Sabin oral de toda la población susceptible, niños

37 “Decreto 485/56”, 1956.

38 “Resolución N° 123”, 1956; “Resolución N° 124”, 1956 y “Resolución N° 125”, 1956.

39 “Decreto N° 1756”, 1956. El monto aprobado era de 55.402,25 \$.

40 “Resolución N° 261”, 1956. El traslado de las vacunas se hacía también por avión, con un gasto de 57.000 \$ (“Resolución N° 279”, 1956).

41 “Casos notificados de enfermedades”, 1963.

42 En 1965, se vacunaron con 3 dosis de vacuna Sabin oral a 6.774.571 personas; en 1966 a 10.186.196; en 1967 a 3.005.529 y en 1968, a 2.244.742 (*Reported cases of notifiable diseases*, 1971).

menores de un año y embarazadas, , al mismo tiempo, en fechas fijas en cada provincia, y la revacunación en masa de los niños de 0 a 5 años. (Shepherd y Fejerman, 1967a: 48).

Los debates sobre cuándo y cómo aplicar las dosis incluían esta y otras vacunas, habida cuenta de que el calendario implicaba de 10 a 15 vacunas en diferentes jurisdicciones. Es interesante que ya no se mencione la resistencia a la vacunación, que existió en relación con la antivariólica y otras vacunas, sino por el contrario, a madres que peregrinaban para conseguir vacunar a sus hijos. Se proponía entonces que estuviese disponible en las farmacias, "sin estar limitada su distribución al Estado" ("Discusión", 1967: 95), como ocurría ya con otras vacunas para la primera infancia, que se vendían en comercios dedicados al expendio de medicamentos. Pero no sucedió lo mismo en el caso de la polio, quizás porque su costo era alto y dependía de otros factores, como la importación del producto y su distribución en condiciones para inmunización masiva, todas cuestiones que el Estado aseguraba mejor que las decisiones privadas.

¿Qué sucedió con la poliomiélitis en La Pampa? En 1960, 3 personas habían fallecido por esta causa (*Plan de Desarrollo Económico y Social*, 1966). Con dosis enviadas desde la Secretaría de Salud Pública, a mediados de la década siguiente la vacunación se llevó a cabo y se registró concienzudamente, lo que lo que fue reportado en la prensa.⁴³ En 1971 y 1972, el Ministerio de Bienestar Social provincial desarrolló una campaña que coincidía en noviembre en todo el país, aunque entre 1969 a 1972 no se habían presentado casos (Trapaglia, 1973). En 1975 se volvieron a repetir estas medidas, ya bajo un gobierno democrático y se inmunizó a 19.627 personas en octubre de 1975 y a 14.732 en noviembre (*Estadísticas Vitales*, 1975). Estos esfuerzos, que cubrían toda la provincia, permitieron un control efectivo de la polio, como parte de políticas de ampliación del derecho a la salud, sobre todo para los más pequeños.

Un breve repaso a lo anteriormente dicho permite también tomar el pulso a las transformaciones demográficas y sanitarias en La Pampa. Entre 1945 y 1975, epidemias y endemias como la tuberculosis, viruela, polio y mal de Chagas adquirieron menor peso en la mortalidad, en comparación con el resto del país. Las patologías crónicas, sobre todo neoplasias y cardiopatías, aumentaron considerablemente su peso dentro de las causas de mortalidad (Ver Cuadro 1 y 2, en Anexo). Estas requerían una alta inversión técnica en recursos humanos especializados, equipamiento y terapias de complejidad creciente, todo lo cual era difícil de generar en el ámbito provincial.⁴⁴

3. Conclusión

En la segunda mitad del siglo XX, emergieron en el debate sobre el bienestar de la población, la medicina social y nuevas prácticas médicas, que integraban sistemas de prevención y diagnóstico. Muchas preocupaciones sobre morbilidad que estaban en las agendas de organismos internacionales aparecieron replicadas en La Pampa. Gran parte de las políticas sanitarias públicas primero del Territorio y luego de la provincia, dependían de agencias nacionales, tanto de signo populista como desarrollista, y muchos de los cambios se debieron a la insistencia en demarcar el escenario social para evitar estallidos sociales.

Llaman la atención las menciones de los funcionarios a muchos esfuerzos desde cero, como si lo realizado en décadas anteriores no hubiese existido. Las declaraciones políticas de esta envergadura parecen ser comunes cuando analizar hacia atrás no parece importante, sino siempre ir hacia delante, proceso común en otras jurisdicciones nacionales.

43 "Antipolio", 1971.

44 Sobre las enfermedades cardiovasculares, ver Di Liscia, 2024b. En relación a las neoplasias, consultar Eraso, 2024.

En esta síntesis, se observa cierta continuidad en las campañas de inmunización, mantenidas durante gobiernos autocráticos y democráticos, a diferencia de los sistemas de prestación universal de servicios, vivienda o contrato de profesionales médicos y auxiliares que sufrieron transformaciones debidos a los sucesivos recambios. Las transformaciones donde se observa el paso de diferentes gobiernos asimismo se asientan en nuevos organigramas y en el financiamiento hospitalario, así como en el equipamiento.

Las campañas de vacunación antivariólica, con el correlato de la posible erradicación, involucraron recursos sanitarios públicos y a la vez, apoyo del público hacia otras a otras campañas, como la antituberculosa y la antipoliomielítica: la renuencia inicial a la inmunización artificial, que hemos detectado en otros trabajos,⁴⁵ no se replicó en el caso de prácticas similares de mediados de siglo en adelante. En una etapa donde la medicalización amplia prometía la posibilidad de luchar y vencer las enfermedades, la implementación de medidas de prevención recibió general acogida y aplauso.

Paralelamente, en la sociedad pampeana, como otras de la Argentina, se profundizó la oposición entre modelos conservadores y autoritarios con otros de signo progresista, sin que pudiesen resolverse algunas de las demandas sobre la expansión de la atención médica hacia un conjunto cada vez más amplio de la sociedad, de manera equitativa y a través de un sistema de seguro de salud. La conformación de la estructura sanitaria con un sistema fragmentado dejó al sector público esta y otras medidas preventivas (y onerosas), y en manos del sector privado el diagnóstico y la terapéutica.

Fuera en democracia o en dictadura, muchas políticas en La Pampa estuvieron limitadas además por la difícil geografía, escasa población y las poco diversificadas actividades económicas, donde la industria tenía poco peso. El modelo productivo inicial, basado en la explotación agrícola ganadera extensiva, tuvo poca modificación a lo largo de las tres décadas analizadas, a pesar de los esfuerzos oficiales para impulsar la industrialización. Tal cuestión, a su vez, dependía de la expansión del mercado interno, el aumento de la inversión privada, la escasa cobertura de transportes y comunicaciones y los recursos humanos formados, entre otros factores. A la vez, La Pampa no tuvo la dinámica demográfica ni la modernización urbana que otras áreas argentinas experimentaron en el mismo período.⁴⁶

El incremento de la esperanza de vida en esta nueva provincia trajo como consecuencia el aumento de las neoplasias y de enfermedades del sistema circulatorio, cuya resolución era más difícil y onerosa que la inmunización y la fumigación, utilizadas frecuentemente frente a las epidemias y endemias. El control de las enfermedades infecciosas y parasitarias por inmunización y otras medidas preventivas, al mismo tiempo que el incremento de las crónicas, son clara muestra del proceso de transición epidemiológica en La Pampa.⁴⁷ No es posible desarrollarlo en toda su magnitud y complejidad y sólo he pretendido plantear aquí de manera preliminar algunas de sus principales aristas en un caso provincial.

4. Bibliografía

Abbona, Guillermo (1970) "Evolución, tendencias y expectativas del sector salud dentro del desarrollo". *Educación Médica y Salud*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 14, 1 y 2, 70-84.

45 Ver Di Liscia 2007^a, 2007^b y 2023.

46 En la Argentina, la concentración de población, tanto por crecimiento vegetativo como por migración de países vecinos en virtud de las actividades de servicio e industriales, se consolidó a partir de 1940, con el incremento de centros urbanos de las provincias de Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires y sobre todo, el área que rodeaba la Capital Federal (en Rapoport, 2020, los aspectos generales).

47 Ver Carbonetti y Celton, 2007.

- Alvarez Adriana (2018) "Muletas, vacunas y fragmentación del sistema de salud. El caso de la poliomielitis en la Argentina de mediados del siglo XX". *Investigaciones y Ensayos*, 66, 149-177.
- Amit, Ismael (1961) *Reseña de la obra ejecutada por el gobierno de la Provincia de la Pampa desde mayo de 1958 a 1960*. Argentina: Cooperativa Poligráfica Editora Mariano Moreno.
- Ander Egg, Ezequiel (1958) *La Pampa. Esbozo preliminar para un estudio de su estructura socio-económico. Volumen 1. Demografía*. Argentina: Gobierno de la Provincia de la Pampa.
- Armus, Diego (2024) "La tuberculosis. De la tesis pulmonar a la enfermedad de los más vulnerables". En Diego Armus (Ed.). *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 341-380). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Ault, Steven (2007) "Chagas Disease and Neglected Diseases: Challengin power and Exclusion". En *La enfermedad de Chagas: a las puertas de 100 años del conocimiento de una endemia ancestral* (pp. 13-18). Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, Documento 426-06, 7.
- Babich. I. y T. Lassalle (1965) "Nuevas drogas en el tratamiento de la tuberculosis infantil". *Archivos Argentinos de Pediatría*, XXXVI, LXIII, 1 y 2, 8-11.
- Belmartino, Susana (2005) *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Birn, Pillay, Yogan Pillay y Timothy H. Holtz (2009) *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*. United States: Oxford University Press.
- Blume, Stuart (2017) *Immunization. How Vaccines Became Controversial*. United Kingdom: Reaktion Book.
- Boldú, Joan et al. (2007) "Tratamiento de la tuberculosis pulmonar". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 2, 99-115.
- Carbonetti, Adrián y Dora Celton (2007) "La transición epidemiológica". En Susana Torrado (Comp.). *Población y bienestar en la Argentina del Primero al Segundo Centenario. Una historia. Tomo I*. (pp. 369-399). Argentina: Edhasa.
- Carter, Eric (2023) *In Pursuit of Health Equity. A History of Latin American Social Medicine*. Estados Unidos: The University of North Carolina Press.
- Cerisola, José A. et al. (1972) "Enfermedad de Chagas y transfusión de sangre". *Oficina Sanitaria Panamericana*, 73,3, 203-221.
- Cibotti, Ricardo (1970) "Introducción al análisis del desarrollo y la planificación". *Educación Médica y Salud*. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, 14, 1 y 2, 14-57.
- Conrad, Peter y Kristin Baker (2010) "The social construction of Illness: Key Insights and Policy Implications". *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S, 567-579.
- Cueto, Marcos y Steven Palmer (2015). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. United States: Cambridge University Press.
- Di Liscia, María Silvia (2007a). Instituciones, médicos y sociedad. Las posibilidades y los problemas en el Territorio pampeano (1884-1933). En María Silvia Di Liscia, Andrea Lluch y Ana María Lassalle (Eds.). *Al oeste del paraíso. La transformación del espacio natural, económico y social en la Pampa Central (siglos XIX-XX)* (pp. 123-154). Argentina: Miño y Dávila-EdUNLPam.
- Di Liscia, María Silvia (2007b). "Dificultades y desvelos de un estado interventor. Instituciones, salud y sociedad en el interior argentino (La Pampa, 1930-1946)", *Anuario IEHS*, 22, 93-123.

- Di Liscia, María Silvia (2023) "Smallpox and immunization policies in Argentina, from the 19th to the 20th century". *Medical History. An International Journal for the History of Medicine and Related Sciences*, 66, 4, 323-338.
- Di Liscia, María Silvia (2024a) "Entre agujas y vacunas. Colaboración científica internacional para la erradicación de la viruela en Argentina (1950-1980)". En María Isabel Porras Gallo (Coord.). *Ciencia médica y atención sanitaria. El papel de las estancias internacionales de investigación y de las redes de colaboración en su transformación* (pp. 157-193). España: Los Libros de la Catarata.
- Di Liscia, María Silvia (2024b) "Investigaciones y entrelazamiento de expertos. La cirugía cardiovascular y las redes entre Argentina y Estados Unidos en el siglo XX". En José Ignacio Allevi y Stefan Rinke (Eds.). *Saberes globales y expertos locales en América Latina en el siglo XX* (pp. 113-136). Alemania: Verlag Herder GmbH.
- Di Liscia, María Silvia y María José Billorou (2005). *Cuadernos de las visitadoras de higiene. Fuentes para una historia regional de género*. Argentina: Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Di Liscia, María Silvia y Simone Kroft (2010) "Bocio, mal de Chagas e identidad nacional. Enfermedades y polémicas en Argentina y Brasil (1910-1940)". *Dynamis*, 30, 65-90.
- Escardó, Florencio (1963) "La gloria y la miseria de los antibióticos modernos". *Primera Plana, La Revista de Actualidad mejor informada*, II, 10, 15 de enero, 31.
- Eraso, Yolanda (2024) "Crecimiento maligno. Cáncer, biología y cultura urbana en Argentina". En Diego Armus (Ed.). *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 233-257). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Felitti, Karina (2009) *Regulación de la natalidad en la historia argentina reciente (1960-1987). Discursos y experiencias*. Volumen 1. Tesis. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Fenner, Frank et al. (1988) *Smallpox and Its Eradication*. Suiza: World Health Organization.
- Grushka, Carlos (2014) "Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina...". *Revista Latinoamericana de Población*, 8, 15, 93-118.
- Guozden, Helvio Nicolás (1970) *Cuatro años de gobierno en La Pampa. 1966- 30 de junio-1970*. Argentina: Imprenta Oficial-Consejo Provincial de Difusión.
- Guther, Ricardo (2007) "Eco-epidemiología regional de la transmisión vectorial: enfermedad de Chagas en el Gran Chaco". En *La enfermedad de Chagas: a las puertas de 100 años del conocimiento de una endemia ancestral* (pp. 137-156). Washington: Organización Panamericana de la Salud. Documento 426-06. Publicación N° 7.
- Joseph, Gilbert M. (2020) "Foreword". En Anne-Emanuelle Birn y Raúl Necochea López. *Peripheral Nerve, Health And Medicine In Cold War Latin America* (pp. IX-XVII). United States: Duke University Press.
- Kaufmann, Silvina y Luciana Deluca (2018) Los barrios como lugar de pertenencia. En Federico Martocci, Selva Olmos y Rocío Guadalupe Sánchez (Eds.). *Te contemplamos desde las sendas del recuerdo... General Acha, 1882-2014* (pp. 186-194). Argentina: EdUNLPam.
- Lluch, Andrea (2016) Políticas públicas, planificación y promoción del desarrollo económico en la provincia de La Pampa (1955-1976). En Andrea Lluch (Ed.). *Desarrollo, políticas públicas e instituciones: la experiencia de La Pampa en una visión de largo plazo* (pp. 1-36). Argentina: Edulpam.
- Martocci, Federico (2018) El INTA: experimentación y extensión agropecuaria en La Pampa ¿una historia de larga data? En Federico Martocci, Selva Olmos y Rocío Guadalupe Sanchez, (Eds.). *Te contemplamos desde las sendas del recuerdo... General Acha, 1882-2014* (pp. 250-255). Argentina: EdUNLPam.

- Múgica, María Luisa (2024) "El mal de Venus: sífilis, sexualidad y cultura (Argentina, siglos XIX-XX)". En Diego Armus, ed. *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 285-310). Argentina: Fondo de Cultura Económica
- Randi, Andrea et al. (2018) "El hexaclorobenceno como factor de riesgo en el cáncer de mama", *Salud (i) Ciencia*, 22, 8, 734-742.
- Ramacciotti, Karina (2009) *La política sanitaria del peronismo*. Argentina: Editorial Biblos.
- Rapoport, Mario (2020) *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2003)*. Argentina: Crítica-Paidós.
- Rodrigues, Bichat (1975) "OPS. Small Pox Eradication". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 9, 1, 53-65.
- Rodríguez, Adriana (2012) "Historia de la ventilación mecánica". *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 29, 1. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/302>
- Rosenberg, Charles (1992) "Introduction. Framing disease: Illness, society and history". En Charles Rosenberg y Janet Golden (Eds.). *Framing disease. Studies in Cultural History* (pp. 305-318). United States: Rutgers University Press.
- Ruffini, Martha (2005) "Peronismo, territorios nacionales y ciudadanía política. Algunas reflexiones en torno a la provincialización". *Revista Avances del Cesor*, V.5, 132-148.
- Salk, Jonas (1954) "Los principios de la inmunización aplicados a la poliomielitis y a la influenza". *Boletín de la Oficina Panamericana*, 37,6, 727-744.
- Shepherd, Gwendolyn y Natalio Fejerman (1967) "Programa de acción en la lucha contra la poliomielitis en la República Argentina". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 65, 1-6, 47-49.
- Spinelli, María Estela (2013). *De antiperonistas a peronistas revolucionarios. Las clases medias en el centro de la crisis política argentina (1955-1973)*. Argentina: Sudamericana.
- Tcach, César (2007). Golpes, proscripciones y partidos políticos. En Daniel James (Dir.). *Violencia, proscripción y autoritarismo, Nueva Historia Argentina, Tomo IX* (pp. 17-61). Argentina: Sudamericana.
- Testa, Daniela (2024) "Tiempos de polio: entre alcanfor, vacunas y muletas". En Diego Armus (Ed.). *Enfermedades argentinas, 16 historias* (pp. 311-342). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Trapaglia, Angel Benjamín (1973). *Dos años de Gobierno en La Pampa. 1971-1973*. Argentina: Consejo Provincial de Difusión
- Turro, Oscar et al. (1969) "Sífilis congénita precoz". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 69, 1-6, 1-7.
- Veronelli Juan Carlos y Magalí Veronelli Correch (2004) *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina, Tomo 2*. Argentina: Organización Panamericana de la Salud.
- Zabala, Juan Pablo (2010) *La enfermedad de Chagas en la Argentina. Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias*. Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

5. Fuentes documentales

- "Agua pura para salvar miles de niños", Diario La Capital, Santa Rosa, 09-04-1967.
- "Antipolio", Diario La Arena, Santa Rosa, 17-03-1971.
- Casos notificados de enfermedades de Declaración Obligatoria en las Américas, 1961* (1963). Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicaciones Científicas N° 86.

- “Decreto 484. Creando la Comisión Permanente de Lucha contra la Parálisis Infantil” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 67, 189.
- “Decreto del Gobierno Provisional de la Nación n° 230/55” (1955). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 47, 171.
- “Decreto N° 1756” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 91, 559.
- “Decreto del Gobierno Provisional de la Nación n° 230/55” (1955). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 47, 171.
- “Discusión sobre el trabajo de Shepherd y Fejerman” (1967). *Archivos Argentinos de Pediatría*, 65, 1-6, 94-95.
- “El Día de la Salud en la Palabra del Secretario”, Diario La Capital, Santa Rosa, 09-04-1967.
- “Interesantes observaciones de la Dra. Jessie Wrigth sobre experiencias médicas en Buenos Aires”, Diario La Reforma, General Pico, 20-03-1956.
- “La Encíclica del Papa sobre el desarrollo de los pueblos”, Diario La Capital, Santa Rosa, 30-03-1967.
- “La OMS destacará la necesidad de personal de salud”, Diario La Capital, Santa Rosa, 13-01-1967.
- “Ley de Salud Pública N° 15.465” (1960). Honorable Congreso de la Nación, 28-10-1960. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195289/norma.htm>. Consultada: 20-06-2020.
- “Lo que Manrique prometió”, Diario La Arena, Santa Rosa, 20-08-1972.
- “Lucha antituberculosa”, Diario La Arena, Santa Rosa, 11-09-1971.
- “Mal de Chagas. Invasión y contra-ataque” (1967) *Primera Plana, La Revista de Actualidad mejor informada*, V, 219, 7 de marzo, 47-48.
- “Parálisis infantil o poliomielitis aguda. Breve descripción de la enfermedad y su tratamiento” (1947). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 26, 4, 314-332.
- “Presentó su Plan de Acción el Ministro de Asuntos Sociales”, Diario La Capital, Santa Rosa, 02-03-1967.
- “Resolución N° 123” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 63, 294.
- “Resolución N° 124” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 63, 294.
- “Resolución N° 125” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 63, 294.
- “Resolución N° 261” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 94, 517.
- “Resolución N° 279” (1956). *Boletín Oficial de la Provincia de La Pampa*, N° 94, 517.
- Catastro Provincial. Recursos y servicios para la salud* (1967). Provincia de La Pampa, Ministerio de Economía y Asuntos Agrarios, Dirección General de Estadísticas y Censos *Estadísticas Vitales y Hospitalarias, 1974-1975* (1975). Mimeo, Provincia de La Pampa.
- Estructura por sexo y grupos de edad de la población* (1991). Mimeo, Provincia de La Pampa, Ministerio de Hacienda y Finanzas, Dirección General de Estadísticas y Censos.
- Fondo Gobierno, Expediente 832, D, Registro 9036, 27-11-1945.
- Informe de la República Argentina* (1970) XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Estados Unidos, Organización Panamericana de la Salud.
- La Nación Argentina. Libre, Justa y Soberana* (1950). Argentina, Subsecretaría de Informaciones.
- “Ley 14.837” (1959). Declarase obligatoria la vacunación antituberculosa en toda la Nación Honorable Congreso de la Nación, 18-09-1959. Disponible en: <https://www.saij.gob.ar/14837-nacional-declarase-obligatoria-vacunacion-antituberculosa-toda-nacion-Ins0001585-1959-09-18/123456789-0abc-defg-g58-51000scanyel?> Consultada: 09-03-2025.
- Plan de desarrollo económico-social, Provincia de La Pampa* (1966). Consejo Provincial de Desarrollo, Anexo VII, Población. Mimeo.

Reported cases of notifiable diseases in the Americas, 1949-1958 (1960). United States: Pan American Health Organization, Scientific Publications N° 48.

Reported cases of notifiable diseases in the Americas, 1968 (1971). United States: Pan American Health Organization, Scientific Publications N° 223.

Salud Pública (1979). Argentina: Ministerio de Bienestar Social de La Nación. Secretaría de Estado.

Anexo

Cuadro 1:
Hechos vitales, 1965-1973

Año	Población	D.F.	T. M.G.	D.I.	T.M.I.	D.F.	T.M.N.	N.	T.N.
1965	170.299	1.435	8,4	198	52,5	88	23,3	3.771	22,1
1966	173.247	1.356	7,8	161	44,0	100	27,3	3.659	21,1
1967	175.388	1.427	8,1	207	57,3	86	23,8	3.612	20,6
1968	178.013	1.333	7,5	196	51,8	86	22,7	3.784	21,3
1969	180.245	1.546	8,6	186	45,7	68	16,7	4.066	22,6
1970	172.841	1.439	8,3	136	37,6	53	14,7	3.615	20,9
1971	175.951	1.407	8,0	144	37,1	74	19,1	3.878	22,0
1972	178.174	1.449	8,1	175	46,4	74	19,6	3.773	7,9
1973	180.432	1.516	8,4	168	43,2	70	18,0	3.887	21,5

D.F: Defunciones generales; T.M.G: Tasa de mortalidad general; D.I: Defunciones infantiles; T.M.I: Tasa de mortalidad infantil; D.F: Defunciones fetales; T.M.N: Tasa mortinatalidad; N: Nacimientos; TN: Tasa natalidad

Fuente: Estadísticas Hospitalarias y Vitales, 1973.

Cuadro 2:
Defunciones registradas según causas de muerte. Total del país y La Pampa, 1960

Causas	Total país			La Pampa		
	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones	Total
Tuberculosis ap. resp	318	545	863	2	9	11
Otras formas tuberculosis	72	79	151	-	-	-
Sífilis y sus secuelas	18	52	70	-	-	-
Fiebre tifoidea	3	2	5	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería	2	4	6	-	-	-
Escarlatina	-	-	-	-	-	-
Difteria	31	44	75	-	-	-
Tos ferina	45	26	71	-	-	-
Infecciones meningocócicas	9	8	17	-	-	-
Peste	-	-	-	-	-	-
Poliomielitis aguda	25	33	58	2	1	3
Viruela	-	-	-	-	-	-
Sarampión	54	28	82	-	1	1
Tifus	1	1	2	-	-	-

Paludismo	2	2	4	-	-	-
Demás parasitosis e infecciones	258	279	537	7	6	13
Neoplasias malignas	2.692	3.991	6.683	79	162	241
Neoplasias benignas	588	859	1.447	-	4	4
Diabetes	221	182	403	2	5	7
Anemias	44	57	101	2	2	4
Lesiones vasculares	1.796	1.886	3.682	33	60	93
Meningitis no meningocócica	178	222	400	5	8	13
Fiebre reumática	8	4	12	-	-	-
Cardiopatía reumática	37	28	65	-	-	-
Cardiopatía aterosclerótica	825	1.641	2.466	13	35	48
Otras cardiopatías	227	428	655	3	13	16
Hipertensión con cardiopatía	35	30	65	1	1	2
Hipertensión sin cardiopatía	92	105	197	5	4	9
Influenza	41	30	71	-	-	-
Neumonía	830	945	1.775	20	35	55
Bronquitis	50	65	115	2	4	6
Úlcera gástrica y duodenal	14	98	112	1	3	4
Apendicitis	8	9	17	-	1	1
Obstrucción intestinal	192	197	389	7	5	12
Gastritis, diarrea en lactantes	592	593	1.185	29	32	61
Cirrosis hepática	119	295	414	1	10	11
Nefritis y nefrosis	195	222	417	2	1	3
Hiperplasia próstata	-	66	66	-	-	-
Complicaciones embarazo, parto y puerperio	93	-	93	2	-	2
Malformaciones congénitas	169	233	402	2	10	12
Traumatismo parto, anoxia	144	235	379	4	3	7
Infección en recién nacidos	281	320	601	10	9	19
Otras enfermedades de la primera infancia	797	1059	1.856	29	36	65
Senilidad, causas mal definidas	5.643	7.724	13.367	135	260	395
Demás enfermedades	2.087	2.857	4.944	31	78	109
Fracturas, traumatismo	160	700	860	6	20	26
Quemaduras	96	110	206	1	3	4
Efectos producidos por venenos	42	55	97	1	2	3
Demás lesiones	313	1.146	1.459	7	28	35
Total causas	19.447	27.495	46.942	444	851	1.295

Fuente: Plan de Desarrollo Económico y Social, 1966. Elaboración propia. Nomenclatura de acuerdo con causales de 1955.