

## Ruralidad, migración y marginalidad urbana en la Revista “Educador Sanitario” (Argentina, 1960-1970)

## Rurality, migration and urban marginality in the “Educador Sanitario” Magazine (Argentina, 1960-1970)

## Ruralidade, migração e marginalidade urbana na Revista “Educador Sanitario” (Argentina, 1960-1970)

Reyna, Carla

Carla Reyna

reynacarla.e82a@gmail.com

Instituto Regional de Estudios Socio-Culturales,  
Universidad Nacional de Catamarca/Consejo Nacional  
de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina

**Estudios Rurales. Publicación del Centro de Estudios  
de la Argentina Rural**

Universidad Nacional de Quilmes, Argentina

ISSN: 2250-4001

Periodicidad: Semestral

vol. 13, núm. 28, 2023

estudiosrurales@unq.edu.ar

Recepción: 23 Mayo 2023

Aprobación: 18 Octubre 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/181/1814401024/>

**Resumen:** El estudio focaliza en los discursos educativo-sanitarios de una agencia estatal en torno a la población de provincias extracéntricas, grupos migrantes, y residentes en contextos de informalidad urbana, en la Argentina de los años 1960. Con este propósito, examina la Revista “Educador Sanitario”, que dependía de la Dirección de Educación Sanitaria y Social de la Nación para difundir, entre públicos amplios, saberes técnicos y consejos prácticos sobre los modernos lineamientos desarrollistas en salud pública. En esas retóricas expertas, la recurrencia al curanderismo, la diseminación de endemias y de epidemias y las presuntas desventajas psicofísicas para adaptarse el ritmo ciudadano constituyeron algunos de los rasgos de quienes migraban hacia las áreas metropolitanas, con un único destino: residir en los suburbios marginales.

**Palabras clave:** educación sanitaria, desarrollismo, migraciones, marginalidad urbana, Argentina .

**Abstract:** The study focuses on the educational-health discourses of a state agency in relation to the population of extra-central provinces, migrant groups, and residents in contexts of urban informality in Argentina in the 1960s. For this purpose, it examines the “Educador Sanitario” Magazine, which depended on the Dirección de Educación Sanitaria y Social de la Nación to disseminate, among broad audiences, technical knowledge and practical advice on modern developmentalist guidelines in public health. In these expert rhetorics, the recourse to quackery, the dissemination of endemics and epidemics and the alleged psychophysical disadvantages to adapt to the city rhythm were some of the features of those who migrated to the metropolitan areas, with a single destination: to live in the marginal suburbs.

**Keywords:** health education, developmentalism, migrations, urban marginality, Argentina .

**Resumo:** O estudo centra-se nos discursos educativo-sanitários de uma agência estatal em torno da população de províncias extracêntricas, grupos migrantes e residentes em contextos de informalidade urbana, na Argentina na década de 1960. Para isso, examina a Revista “Educador Saúde”, que dependia da Direção de Saúde e Educação Social da Nação para disseminar,

entre públicos amplos, conhecimentos técnicos e conselhos práticos sobre diretrizes modernas de desenvolvimento em saúde pública. Nessas retóricas especializadas, a recorrência do charlatanismo, a propagação de endemias e epidemias e as supostas desvantagens psicofísicas na adaptação ao ritmo da cidade constituíram algumas das características de quem migrou para áreas metropolitanas, com um único destino: residir em subúrbios marginais.

**Palavras-chave:** educação em saúde, desenvolvimentismo, migrações, marginalidade urbana, Argentina .

## INTRODUCCIÓN

En este artículo focalizamos en los discursos educativo-sanitarios de una agencia estatal en torno a la población de provincias extracéntricas, grupos migrantes internos y residentes en contextos de informalidad urbana, en la Argentina de los años 1960. Nuestro propósito de investigación es desentrañar los sesgos de género, de clase, etarios y étnicos que enlazaron semánticamente *ruralidad*, *migración* y *marginalidad*; a partir del análisis de la Revista “*Educador Sanitario*” (RES), un dispositivo editorial de distribución federal que crearon los expertos estatales de la Dirección de Educación Sanitaria y Social (DESSN), dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación.

Esta agencia estatal fue creada en 1956, una coyuntura caracterizada por la proscripción al peronismo y especialmente receptiva al ideario desarrollista. En los años de la Guerra Fría, producto del miedo al avance del comunismo, los organismos internacionales propusieron que se tomen medidas gubernamentales para revertir la inaccesibilidad a recursos esenciales como agua, alimentos, vivienda y asistencia médica. Desde entonces, la gestión de las políticas de salud pública quedó regida por los saberes y las prácticas expertos postulados por estas instituciones, estimulados por los programas de cooperación técnica y financiera (Cueto, 2015; Gómez Paz, 2008; Ramacciotti, 2014). En ese contexto, la educación sanitaria cobró un renovado protagonismo como disciplina estatal, en tanto moderadora del cuidado de la salud familiar, de la prevención y de la rehabilitación de accidentes y de enfermedades crónicas; y de procesos de organización comunitaria para la satisfacción de necesidades vinculadas al abastecimiento de agua potable, la construcción comunitaria de viviendas y el fomento a las economías de subsistencia alimentaria, entre otras líneas de intervención (Reyna, 2023).

En este sentido, un hecho notable es que los burócratas de la DESSN fueron especializándose en educación sanitaria a través de becas de grado y de posgrado financiadas por agencias desarrollistas, como la Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud. En efecto, el surgimiento de la RES en 1960, que alcanzó los treinta volúmenes durante el período bajo estudio, representa los intereses de este núcleo de expertos por constituirse en una caja de resonancia local de las recomendaciones internacionales en salud pública[1]. Según las pautas editoriales reseñadas en las tapas y contratapas, la impresión y la distribución de veinte mil ejemplares en cada número tenían por destino llegar a los organismos intermedios de la sociedad civil, las agencias sanitarias estatales y los establecimientos escolares públicos y privados de distintos puntos de Argentina. La suscripción gratuita y la difusión a gran escala fueron conjugadas con el diseño de un formato comercial. La RES apelaba a que sus interlocutores pudieran mediatizar saberes técnicos y consejos prácticos entre la población adulta e infantil, a través de un lenguaje coloquial y fundamentalmente gráfico. Es por esta razón que en la publicación de la DESSN convivieron contenidos teóricos, materiales pedagógicos y recursos didácticos sobre un amplio repertorio de tópicos sanitarios. Por su frecuencia en el índice de cada edición, se destacaron la alimentación nutritiva; la inmunoprofilaxis; la prevención y la rehabilitación de enfermedades crónicas físicas y mentales; los consejos

sobre crianza y vínculos de pareja; y el rol de las organizaciones civiles para gestionar, en concurso con las ayudas subsidiarias del Estado, las demandas socio-sanitarias de los sectores populares (Reyna, 2023).

En este último punto, fueron reiteradas las notas periodísticas, los artículos científicos y los textos literarios referidos al incesante fenómeno migratorio hacia las áreas metropolitanas del país. En las narrativas del equipo editorial de la RES, ésta constituía la principal causa del exponencial crecimiento demográfico urbano y, por tanto, de mayores erogaciones estatales en infraestructura urbana, servicios de salud y asistencia social. La recurrencia al curanderismo, la diseminación de endemias y de epidemias y las presuntas desventajas psicofísicas para adaptarse el ritmo ciudadano constituyeron algunos de los rasgos de quienes migraban desde localidades extracéntricas hacia un único destino: las denominadas “villas de emergencia”. Según las especulaciones eruditas, la vida cotidiana en condiciones de extrema precariedad material suscitaba entre estos grupos un estado de “tensa calma”.

Los procesos migratorios internos y limítrofes en Argentina han sido estudiados desde diferentes enfoques disciplinares. A partir de una posición epistemológica que asume estas trayectorias poblacionales como una estrategia de movilidad social y económica, sociólogas y antropólogas se han abocado a investigar la interseccionalidad entre origen migratorio, clase, género y generación (Canelo, 2013; Matossian & Melella, 2016; Gavazzo, Gerbaudo Suárez, Espul, & Morales, 2020-2021). Una línea de indagación en expansión es atenta al rol de las mujeres migrantes en la configuración de nuevas constelaciones familiares, el afianzamiento de vínculos de ayuda mutua para la provisión de cuidados domésticos y comunitarios, las trayectorias laborales transfronterizas y las instancias de participación ciudadana en los espacios socio-culturales de recepción (Malimacci, 2012; Magliano, 2018).

Vale destacar que en el campo historiográfico local son escasas las contribuciones que se han interesado en las corrientes migratorias interprovinciales. En el marco de los estudios sobre la historia social y cultural de la salud y la enfermedad (Armus, 2010), algunos trabajos abordaron a lo largo de la primera mitad del siglo XX cómo se estructuraron las relaciones semánticas entre ruralidad y procesos migratorios en el campo discursivo de la salud pública (Rodríguez, Aizenberg, & Carbonetti, 2016; Reyna, 2019) y de la educación formal (De Marco, 2021; Cammarota, 2023). Dichas investigaciones confluyen en demostrar que los interlocutores eruditos, aun cuando reconocían las incapacidades estatales para expandir los servicios de asistencia socio-sanitaria; atribuyeron como rasgos deliberados de la población rural y migrante la escasa higiene, la pobreza y el analfabetismo. Tal caracterización condicionaba la percepción de estos grupos como vectores humanos del atraso social, representado en patologías persistentes como la tuberculosis, el tracoma y la anquilostomiasis, entre otras.

Desde la historia cultural, un aporte sustancial sobre las representaciones y los sentidos asignados a los flujos migratorios durante el peronismo clásico es el de Natalia Milanesio (2014). La afluencia de familias a las ciudades motivada por las posibilidades de ascenso social y económico y la expansión popular del mercado de consumo suscitó que las costumbres comerciales de los estratos medios y altos ciudadanos ya no fueran exclusivas. Expresivo de ello fueron las alocuciones peyorativas en distintos formatos y géneros editoriales de la época, que retrataban a la demanda masiva de bienes y servicios como patrones adquisitivos vulgares, superfluos e incluso inmorales, pues asumían que cercenaban la canasta de alimentos de los sectores populares. De acuerdo a lo postulado por Javier Auyero y Rodrigo Hobert (2007), tras el Golpe Militar de 1955 las corrientes migratorias hacia el Gran Buenos Aires no cesaron, sino que se intensificaron a causa del declive del sector agropecuario y del auge del modelo sustitutivo de importaciones. Los investigadores de la historia reciente sostienen que las expectativas de bienestar de estos grupos contrastaban con su confinamiento en las zonas periféricas y marginales de la ciudad, dotando a los asentamientos urbanos características demográficas propias.

Ahora bien, como señala Alejandro Grimson, la uniformidad poblacional en territorios extracéntricos ha prevalecido, incluso, como sesgo metodológico en los imaginarios de reconstrucción histórica. Tras constatar las plurales características étnicas, de procedencia territorial urbana y rural, de mano de obra calificada

y de organización sindical de la clase trabajadora en los orígenes del peronismo; el autor repara en los vicios epistemológicos de emplear estadísticas demográficas oficiales, en virtud de que implantan una “visión exagerada de la migración interna, así como de su carácter homogéneo” (Grimson, 2017, pág. 173).

Nuestra propuesta se nutre y dialoga con estas investigaciones contemporáneas e históricas. Recupera la construcción de sentidos y de categorías oficiada por los funcionarios expertos de una agencia sanitaria estatal sobre los procesos migratorios en la Argentina de los años 1960, a través del análisis de las instancias de diseño y de difusión de un dispositivo gubernamental en pedagogía sanitaria. No ahondaremos en las discusiones teóricas sobre la categoría “ruralidad” y sus implicancias socio-históricas, culturales y territoriales (Williams, 2001; Girbal-Blacha, 2014; De Marco, 2021), ni en las estadísticas demográficas oficiales sobre flujos migratorios durante la época (Rechini de Lattes & Lattes, 1975); en virtud de que pretendemos desentrañar los sesgos de género, de clase, etarios y étnicos que enlazaron semánticamente *ruralidad*, *migración* y *marginalidad*. Pues, esa concatenación simbólica pretendía instaurar una frontera socio-sanitaria entre la población de regiones extracéntricas, representada como una masa homogénea, “foránea” y empobrecida; y la población urbana, considerada un reducido núcleo demográfico, “nativo” y de clase media.

Organizamos los resultados de nuestra investigación en tres secciones. En la primera, analizamos las directrices sanitarias de los organismos de desarrollo relacionadas al exponencial crecimiento demográfico urbano a nivel mundial y el modo en que los expertos locales apropiaron y adaptaron estas recomendaciones mediante la construcción de estereotipos culturales asociados al fenómeno migratorio. En la segunda sección abordamos el tono persuasivo de los consejos sanitarios destinados a moderar el consumo de los sectores populares que pretendían “imitar” un estilo de vida moderno en las ciudades. Por último, profundizamos en las retóricas eruditas sobre la supuesta predisposición de los grupos rurales y migrantes a padecer afecciones mentales y fisiológicas, atribuidas al desfase cultural, el estrés sensorial provocado por el ritmo urbano y la frustración de sus expectativas de ascenso social y económico.

## CAMPESINOS, MIGRANTES Y MARGINALES

Desde el inicio de las publicaciones de la RES, fueron recurrentes las notas de interés general y de corte teórico que se explayaban sobre los problemas derivados del crecimiento demográfico urbano, asociado a la migración exponencial desde zonas rurales. Entre los mismos artículos que bajo un tono intimista orientaban a madres y padres de los estratos medios ciudadanos sobre cómo cultivar la calidad del vínculo filial y conyugal tras las largas jornadas laborales; se incorporaron secciones y notas que advertían sobre las precarias condiciones de vida y los malos hábitos sanitarios de las familias de regiones extracéntricas y de las que, por sus expectativas de progreso social y económico, optaban por radicarse en áreas metropolitanas como el Gran Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

Una de las secciones emblemáticas al respecto fue “Diálogos con Don Agamenón”, a cargo del entomólogo y escritor Jorge Ábalos. Por su trayectoria profesional, Ábalos conocía muy bien las limitadas capacidades del subsistema de salud público en las provincias del Norte Argentino. Había nacido en La Plata, en 1915, y luego se radicó en Santiago del Estero, donde se recibió de maestro en 1933. Prestó servicios durante muchos años en escuelas rurales del bosque chaqueño, interactuando con comunidades quichuas. Sus contribuciones al estudio de las enfermedades endémicas transmitidas por animales venenosos e insectos vectores fueron trascendentales para las investigaciones de los reconocidos médicos Salvador Mazza y Bernardo Houssay. Ábalos también reflejaba sus conocimientos especializados en distintos cuentos y ensayos de su autoría (Rivas, 2014).

Su participación en la RES fue parte de su faceta literaria. Los pequeños relatos ficcionales dispuestos en la sección giraban en torno a una serie de encuentros entre un médico rural y un anciano santiaguense, Don Agamenón. Con estilo anecdótico y picaresco, Ábalos representaba ciertas prácticas medicinales populares ante la eventualidad de picaduras de insectos ponzoñosos, confrontándolas con los saberes de la medicina

galénica. Como sostenía, estos pasajes “explican, se oponen o ratifican los elementos del conocimiento popular que componen el acerbo [sic] cultural del simpático viejito santiagueño; conocimientos los suyos heredados por transmisión oral, basados en experiencias de observación no científica: el conocimiento folklórico” (Ábalos, 1960, p. 16).

En esta sección, que se publicó entre 1960 y 1962, las conversaciones guardaban un tono condescendiente y se centraban en las indagaciones que el facultativo realizaba al personaje sobre su estilo de vida, en particular sus hábitos de higiene y sus prácticas curativas. Las respuestas del lugareño sobre la anatomía humana y los paliativos populares para tratar dolencias y malestares eran ridiculizadas. En un tono jocoso, el facultativo refutaba sus creencias al atribuir las al pensamiento mágico e infantilizado y a un frecuente estado de borrachera. Con una mala dicción y modismos quichuas, las respuestas del anciano eran exageradas y extremistas. De hecho, Agamenón y sus vecinos campesinos a menudo eran ilustrados como protagonistas alegres y pintorescos, pero ignorantes y faltos de aseo, cuyas voces estaban plagadas de mitos y de supersticiones. En ese anecdótico, el anciano sólo se higienizaba si el río crecía; ante la picadura de un arácnido preveía amputarse la zona afectada con un machete; y casi matan de un golpe a un vecino envenenado para evitar la continuidad de su sufrimiento (Ábalos, 1960; 1961a)[2].

En estos relatos, el hogar rural era representado como un hábitat insalubre. Por ejemplo, para prevenir la enfermedad de Chagas-Mazza[3], el médico insistía en que “[c]on los mismos materiales que se utilizan para construir un mal rancho, puede prepararse una excelente vivienda rural”. Higienizada con frecuencia por sus moradores, evitaría la anidación de estos parásitos, de modo que “tiene vinchucas sólo el que quiere tenerlas” (Ábalos, 1961b, p. 27). Como señalaba el entomólogo, la distribución de la endemia, que se extendía desde el sur de los Estados Unidos hasta la Patagonia Argentina, estaba estrechamente vinculada a las poblaciones que se desplazaban desde el campo a las ciudades. Las vinchucas eran transportadas en los enseres domésticos y, una vez en el nuevo domicilio, éstas podían volar a las casas vecinas y continuar infectando. Esas dinámicas migratorias, decía Ábalos, dejaban sin efecto las acciones de desinsectación que emprendía regularmente la cartera sanitaria en áreas periurbanas y en asentamientos de emergencia (Ábalos, 1966). El problema de la enfermedad transmitida por la vinchuca había cobrado tal magnitud que “se le llegó a localizar en las islas del Paraná y aún en el Tigre” (*¿Qué es la enfermedad de Chagas?*, 1966).

Además de esta sección, en las primeras ediciones de la RES fueron publicados otros artículos que complementaban la construcción de un estereotipo cultural insalubre vinculado a la población rural. Con distintos formatos literarios, como los microcuentos, las fábulas y las misivas de un médico dirigidas a las “amas de casa”, la edición de estos contenidos imitaba a las notas de interés general de los magazines de consumo femenino. La consigna editorial que los enlazaba era la pervivencia de la medicina tradicional entre los sectores populares urbanos, vinculada a la masiva afluencia de migrantes. Entre otras prácticas, la cura del “empacho” y del “mal de ojo” a mano de “señoras” y de “curanderos”; o la recurrencia a remedios caseros, como la aplicación abdominal de paños con alcohol etílico para los cólicos en lactantes, representaban un perjuicio para el erario público. Como regla general, provocaban el agravamiento del cuadro clínico original, lo que imponía un mayor gasto para los servicios de atención hospitalaria (*Consejos de vecinas y consejos de médicos*, 1961; Layño, 1961).

La recurrencia a esta temática en la publicación de una agencia estatal especializada en educación sanitaria, a mediados de los años sesenta, era una referencia explícita al relativo éxito de la corporación médica para monopolizar el universo de prácticas curativas. Desde principios del siglo XX, la circulación de discursos expertos y el amparo estatal a la profesión médica habían sido desplegadas como estrategias de legitimación y hegemonización de sus conocimientos científicos (González Leandri, 1999; Di Liscia, 2003). Sin embargo, las históricas dificultades del Estado para proveer asistencia socio-sanitaria en regiones extracéntricas, sumado a componentes culturales arraigados desde tiempos coloniales y a la efectividad de muchas de sus prácticas que combinaban conocimientos homeopáticos y rituales mágico-religiosos, promovieron que la oferta terapéutica de empíricos encontrara más adeptos que detractores. El atavismo hacia los servicios provistos por

charlatanes, curanderos, espiritistas, parteras, hipnotistas, entre otros, relativiza la noción de que los saberes de la medicina popular se trataban de prácticas “alternativas” e ilegítimas. Incluso, el ejercicio ilegal de la medicina fue detentado por las propias filas del saber biomédico, como los estudiantes de ciencias médicas y los facultativos extranjeros que no lograban obtener o validar sus credenciales (Di Liscia, 2003; Rivero y Vanadía, 2018; Armus, 2022; Dahhur, 2022).

Expresivo de ello fueron las intervenciones expertas en la RES que explicitaban los nutridos intercambios disciplinares entre las ciencias médicas y la antropología, para robustecer el campo de acción de la educación sanitaria. Dichas alocuciones proponían al público lector una visión fatalista sobre las terapias al margen de la medicina alopática.

Un referente destacado fue Armando Vivante; licenciado en letras, antropólogo y docente de la Universidad Nacional de La Plata en 1963. Al igual que Ábalos, el erudito elegía como género narrativo los cuentos, con el objeto de dramatizar a estas prácticas como imprudentes y señalar la interpretación mágica de sus resultados. En uno de sus relatos, aquejado por un punzante dolor de muelas, un jinete aplicó sobre la mejilla afectada la “panza fría” de un sapo. La indicación terapéutica de su abuela le provocó la muerte en tan solo veinticuatro horas. El deceso del joven se había producido por la absorción cutánea del tétanos, dado que el batracio se alojaba en lugares húmedos y sombríos, un ámbito de cultivo natural del germen patógeno. Por las características de los síntomas, familiares y vecinos endilgaron el fatídico final a la eficacia de conjuros y de brujerías. Vivante explicaba que, si bien se trataba de una mitología popular típica del Norte Argentino compartida con los vecinos de Bolivia, Perú y Paraguay; se había extendido por la campaña bonaerense como resultado de las corrientes migratorias interna y limítrofe (Vivante, 1963).

En la misma dirección, el director general y la jefa de la Sección Planeamiento y Capacitación de la DESSN, Saúl Biocca y Argentina Acebes, referenciaban las limitaciones de la pedagogía sanitaria en contextos rurales. Los consejos sanitarios dispensados por las maestras en las escuelas campesinas no surtían el efecto deseado, puesto que la mayoría de los escolares vivían en un ambiente familiar de “bajo nivel cultural o completo estado de ignorancia que favorece el cultivo de creencias absurdas que dan lugar a costumbres y hábitos nocivos para la salud” (Biocca y Acebes, 1961, p. 12). Postulaban que la niñez en el espacio rural se encontraba expuesta a múltiples condicionantes para el trabajo educativo-sanitario. Las circunstancias climáticas y geográficas contribuían con la persistencia de entidades endémico-epidémicas; los trastornos nutricionales afectaban la predisposición al aprendizaje y eran provocados por la mala elección de alimentos autóctonos, en tanto que las exigencias del trabajo agrícola y ganadero a edades tempranas alentaban el ausentismo y la deserción escolares. Para Biocca y Acebes, migrar en la búsqueda de nuevos horizontes laborales no resultaba una solución, pues las familias traccionaban sus problemas sanitarios desde estas latitudes inhóspitas hacia los recintos marginales, en los que habitaban al llegar a las ciudades.

Tales aprensiones en torno al fenómeno migratorio fueron objeto, incluso, de una polémica campaña preventiva en la RES. Un texto de 1962, titulado “Una carta”, proponía un modelo de volante para ser reproducido y distribuido en la vía pública. Narraba la historia ficcional de una joven “semianalfabeta” de Santiago del Estero, Mercedes. La misiva se dirigía a su madre, a quién no veía hace seis años. “Gracias a una patrona muy buena” que le había enseñado a escribir, finalmente podía contarle de puño y letra su dura experiencia al arribar al Gran Buenos, en busca de trabajo. Mercedes vivía en una “villa miseria” junto a su marido y a sus cuatro hijos, el más grande de cuatro años y el más pequeño de seis meses. No tenían servicio de energía eléctrica. Las visitadoras sociales, señaladas como referentes de la modernidad sanitaria, la asistían regularmente en su hogar para proveer cuidados al bebé. Le sugerían contraer matrimonio con el padre de sus hijos, Juan, un deseo que no podía concretar porque nunca había tramitado su documento de identidad nacional. Entre otros pormenores, uno de sus niños había estado gravemente enfermo, pero ella estaba feliz por su recuperación milagrosa. En agradecimiento, ofrendaría una trenza de los cabellos del pequeño a una de las figuras religiosas de su Santiago natal, la Virgen de Mailín. Mercedes argumentaba que ya no trabajaba como empleada doméstica. Ahora se dedicaba al cuidado de su familia y de su “casita”, a la que destacaba

con su orden e higiene, mientras Juan “trabaja mucho y quiere a los chicos”. “Somos pobres, pero estamos felices” finalizaba la carta, manifestando sus frustradas expectativas de progreso material en la ciudad (Russo, 1962, p. 12).

En el texto se traslucían los elementos que componían el estereotipo cultural de las familias migrantes asociado, a su vez, a una imagen sesgada de los habitantes rurales de las provincias del Norte Argentino: escaso o nulo grado de instrucción, religiosidad y superstición en el cuidado de la salud, extensas jornadas laborales y bajos ingresos, familias numerosas y precariedad habitacional. El desarraigo afectivo de sus lugares de origen, sumado a las limitaciones económicas para reencontrarse con sus afectos, también formaban parte de la compleja trama de adversidades que debían sortear en su nueva vida urbana.

Las retóricas y los recursos literarios con los que el equipo editorial de la RES interpelaba a sus lectores tributaron en favor del “modelo de creencias de la salud” que impulsaban los organismos sanitarios internacionales desde la posguerra. Un aspecto crucial para el desarrollo económico de sociedades “atrasadas” radicaba en el despliegue de medidas gubernamentales destinadas a identificar y a erradicar el carácter folclórico y tradicional de los saberes vinculados al propio cuidado de la salud. Erróneos y supersticiosos, estos conocimientos podrían ser traslocados por los de la medicina canónica mediante intervenciones pedagógicas (Epele, 2017, p. 363).

En esta línea, en la publicación de la DESSN las críticas expertas desde el abordaje etnográfico se hicieron extensivas a otros aspectos de la “vida cotidiana” de quiénes decidían radicarse en las grandes ciudades. El supuesto arraigo a una idiosincrasia rural ante el moderno ritmo citadino, provocaba ciertos desajustes culturales perniciosos para la salud, como veremos en el siguiente apartado.

#### “IMITAR” UN ESTILO DE VIDA MODERNO

Durante los primeros años del peronismo, la afluencia de trabajadores hacia el polo porteño-bonaerense tuvo efectos expansivos sobre el mercado de consumo. La pérdida de exclusividad a la cultura comercial de los sectores medios y altos citadinos quedó retratada en las alocuciones peyorativas que circulaban en distintos formatos y géneros editoriales durante la época. Calificaban a los gustos populares como patrones adquisitivos escatológicos y facsímiles, pues asumían que en la ambición y en la vulgaridad se originaba el consumo desmedido de los sectores de menores ingresos (Milanesio, 2014).

La alimentación también figuró entre las disputas por las fronteras de clase. En el marco de un gobierno que amplió las políticas sociales, la expresión “comida de lujo” en las discursividades peronistas fue reivindicativa del asible privilegio de consumir carne vacuna en los hogares populares. Sin embargo, al despuntar la década de 1950, fue el propio gobierno quién intervino para deconstruir en términos simbólicos y materiales aquel emblema oficialista. El reaseguro del consumo interno en detrimento de las demandas del mercado exterior y la crisis de abastecimiento agroalimentario tras recurrentes sequías, recrudecieron la escalada inflacionaria frente a los bajos salarios. El gobierno refrendó los preexistentes reclamos de múltiples organizaciones laborales y de eminentes sanitaristas sobre la necesidad de resguardar la salud nutricional familiar, cuyas voces estipulaban que los trabajadores destinaban más de la mitad de sus ingresos a productos comestibles (Milanesio, 2010). A estos efectos, en 1952 las autoridades sanitarias emprendieron una campaña de sensibilización popular para promover el retorno a tradiciones culinarias, como las recetas vegetarianas y la producción doméstica de hortalizas; y para estimular la sustitución de cortes vacunos por filetes de pescado (Milanesio, 2010).

En el posterior contexto de proscripción política, las medidas peronistas para demarcar patrones de consumo alimentario en el marco de una crisis agropecuaria fueron retomadas y reactualizadas por los funcionarios de la DESSN bajo el amparo de las directrices desarrollistas. En múltiples ediciones de la RES alegaban sobre los riesgos sanitarios de “imitar” un estilo de vida moderno y lujoso.

Uno de los primeros artículos que se publicó sobre este tema fue un discurso del director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1963, Michel Candau. Refería a las proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por *Food and Agriculture Organization of the United Nations*) sobre un inminente déficit alimentario, a causa del vertiginoso crecimiento vegetativo y de las corrientes migratorias desde territorios rurales hacia regiones metropolitanas. Ante este sombrío panorama, las ayudas técnicas y financieras provistas por la FAO desde 1960 tenían por destino respaldar reformas simultáneas en ámbitos de acción estatal específicos: investigación, expansión de agro cultivos y educación alimentaria[4]. La OMS ratificó estas disposiciones técnicas en 1963, con el anuncio de su campaña sanitaria anual, “El hambre: enfermedad mundial”. Dictaminó para las membresías gubernamentales el despliegue de lineamientos pedagógicos sobre salud nutricional y alimentación asequible, con especial énfasis en fomentar conciencia patriótica sobre sus implicancias en el proceso de desarrollo económico nacional. Pues, la privación de elementos de alto valor en la dieta cotidiana, como cereales, carnes, huevos, leche, legumbres y hortalizas, ocasionaban una menor resistencia orgánica a las infecciones; una mayor incidencia de síndromes carenciales típicos, como el raquitismo, el bocio o la anemia; y, en consecuencia, una menor capacidad para el trabajo (Candau, 1963).

La RES adscribió a las directrices de la OMS con una edición especial, en la que participaron distintos referentes argentinos. Su editorial delimitaba dos posibles causas vinculadas al déficit alimentario. La primera estaba representada por una pequeña fracción de la población sin acceso a víveres esenciales, un real “problema de necesidad”. La segunda se circunscribía a un “problema de capacitación”: el llamado “hambre oculto”, prevalente a nivel mundial y cuya etiología estaba determinada por patrones culturales en las decisiones alimentarias (*Se está jugando el futuro de este mundo técnico, que por singular paradoja se muere de inanición*, 1963, p. 1).

Las colaboraciones expertas que siguieron en esa edición confluyeron en señalar que Argentina se ubicaba entre las segundas filas, dado que el “granero del mundo” transitaba un desacelerado crecimiento vegetativo (Biocca, 1963; Núñez Malnero, 1963; Ventura, 1963). Una postura destacada al respecto fue la del director de Instituto Nacional de la Nutrición en 1963, el médico Carlos Albariña, el factor económico no era el de mayor jerarquía. Sostenía que, si bien la mayoría de los salarios podrían estar al límite de la línea de pobreza, una mala distribución de los ingresos inclinada al consumo de artículos de confort ocasionaba una alimentación deficiente (Albariña, 1963).

Con la pretensión de ilustrar como norma popular el presunto desfasaje entre expectativas de consumo y nivel de ingresos, en la RES circularon recomendaciones en economía doméstica bajo el formato de estereotipos antagónicos de consumo. Existían “dos maneras de gastar el dinero”. Quienes optaban por una “comida de lujo, incorrecta y cara”, recurrían a la carne y a la leche como principal fuente proteica, lo que predisponía a enfermedades como la arterioesclerosis, la obesidad, la “gota” y la diabetes. En cambio, quienes elegían la “comida correcta y económica”, por ejemplo, la dilución de lácteos en infusiones y el consumo de huevos y de cortes vacunos baratos –como las vísceras–, no restringían la “cantidad necesaria” de vitaminas, hidratos de carbono y proteínas. Para aleccionar sobre estas disparidades, un gráfico comparaba precios, raciones y aportes nutricionales de dos planes dietarios alusivos a estas categorías (Instituto Nacional de la Nutrición, 1963, p. 12). Un “buen consumidor” se destacaba por su capacidad para planificar compras, en función de su salario y de las necesidades de su hogar. En cambio, un “mal consumidor” imitaba un estilo de vida moderno. Se comportaba como “un juguete de la propaganda, esclavo de la última moda”; preocupado por adquirir bienes superfluos, sin miramientos sobre aquellos artículos esenciales para el bienestar nutricional de su familia (*Condiciones del buen consumidor y defectos del mal consumidor*, 1963, p. 11).

Como vimos, la referencia a “comida de lujo” no era aleatoria. Los consejos dietéticos y ahorrativos retomaban aquel emblema oficialista para legitimar las pautas de la campaña que el propio peronismo había emprendido una década atrás. No obstante, estas voces expertas que se amparaban en las retóricas



desarrollistas insistían en que por fuera de la región pampeana la disponibilidad de productos para acceder a una alimentación saludable no estaba garantizada.

Las críticas fueron múltiples. Coincidían en que la difusión popular de conocimientos nutricionales debía ser concomitante con la implementación de políticas que estimularan las agroeconomías periféricas; en virtud de que las características climáticas, la inaccesibilidad vial y la ausencia de medios de transporte con refrigeración provocaban el desabastecimiento y la inflación de productos lácteos, legumbres, cereales y hortalizas. Invocaban a las organizaciones internacionales y al Estado argentino para que inyectaran mayores recursos técnicos y monetarios en el desarrollo de planes de producción, tecnificación, sanidad y comercialización para pequeños productores agrícolas, ganaderos y pesqueros (Albariña, 1963; Biocca, 1963; Mazzei, 1963; Núñez Malnero, 1963; Ventura, 1963). Tal estrategia sería funcional al desarrollo económico nacional, al evitar la sobrecarga y la erosión de los saldos exportables y el éxodo hacia regiones urbano-industriales.

La compleja trama de narrativas sanitarias especializadas en torno a la problematización del fenómeno migratorio también tuvo sus aportes desde el terreno de saberes “psi”. Esa tendencia discursiva se hizo más notoria en los tardíos años 1960, cuando en la RES psiquiatras, psicoanalistas y sanitaristas aseveraban que el proceso de adaptación cultural al ritmo de las grandes ciudades generaba padecimientos y secuelas psicofísicas, como veremos a continuación.

## LA EXPANSIÓN DEMOGRÁFICA Y EL VÉRTIGO CITADINO

A tono con las recomendaciones de la FAO y de la OMS, la agenda del Primer Congreso Nacional de Educación Sanitaria que organizó la DESSN en 1961, en la ciudad cordobesa de Alta Gracia, gravitó en torno al exponencial crecimiento demográfico de las principales áreas metropolitanas del país. La inusitada velocidad de las corrientes migratorias internas y limítrofes provocaba la expansión de los asentamientos informales y, por tanto, de las demandas en infraestructura urbana. No solo en términos de asistencia socio-sanitaria; sino también por la menor recaudación impositiva entre sus habitantes (*Primer Congreso Nacional de Educación Sanitaria*, 1961).

Desde entonces, estas preocupaciones se constituyeron en un eje central de la RES. Sanitaristas y referentes de la psiquiatría y del psicoanálisis explicaban a un público lector amplio que las afecciones neuróticas se encontraban en franco ascenso. En esas variadas retóricas expertas, la epidemia de padecimientos mentales se vinculaba a las frustradas expectativas de ascenso social y económico; el desfasaje cultural y el estrés sensorial de quienes se radicaban en las áreas metropolitanas, pues al llegar residían en un único destino: los suburbios marginales.

Recordemos la propuesta de la revista para diseñar y distribuir en la vía pública volantes que desalentaran la migración interna: la historia ficcional de Mercedes, una joven santiagueña “semianalfabeta”. En una carta dirigida a su madre relataba las penurias económicas y las limitaciones sociales de su nueva vida en un asentamiento del Gran Buenos Aires. No es un dato menor, dado que, seguidamente a este pequeño texto de 1962, fue publicada en la misma plana una breve nota sobre “las personas raras”, como expresión eufemística de los trastornos psiquiátricos. Se trataba de una reseña sobre el éxodo húngaro hacia Austria, a consecuencia del ataque de las fuerzas rusas en 1956, una experiencia paralela y contemporánea a la de los migrantes locales. Según la nota, distintos investigadores habían constatado que la ascendente curva de afecciones mentales era consecuencia de los desajustes adaptativos que vivenciaba este núcleo poblacional en la sociedad de recepción. Los migrantes húngaros “esperaban mucho del nuevo país en que se hallaban” y esa susceptibilidad psicoafectiva limitaba su capacidad laboral. Si bien, esta condición era visibilizada por los austríacos como una actitud “haragana”, los especialistas habían concluido en que se trataban de secuelas emocionales, producidas por el choque cultural (*Las personas raras. Higiene mental*, 1962, p. 12).

El enlace semántico entre notas publicadas en la misma página o en páginas contiguas constituyeron un rasgo distintivo de publicación de la DESSN. En este caso, la red léxica establecía una analogía, pues las familias argentinas de regiones extracéntricas, como las provincias norteñas, experimentaban múltiples obstáculos para adaptarse a un nuevo escenario socio-cultural y físico, la modernidad urbana. La estrategia del equipo editorial destinada a crear o a reforzar la interpretación de ciertos aspectos morales e ideológicos de los mensajes sanitarios oficiales cobra mayor relevancia a la luz de una revista estatal que se distribuía en forma gratuita en todo el país.

En esta línea, un editorial de la RES de 1965 señalaba que, a diferencia de la población urbana “nativa”, los migrantes en las ciudades se exponían a otros riesgos para su salud mental; en virtud de la pérdida de los vínculos familiares en sus lugares de origen y, más tarde, de sus truncas aspiraciones materiales cuando se radicaban en precarias y hacinadas viviendas de las “villas de emergencia”. Además, el agobio de los estímulos visuales, del smog, del ritmo de tránsito, de las extensas jornadas laborales y la superficialidad de los lazos sociales creaban circunstancias óptimas para el desgaste corporal y cognitivo, condicionando así su aptitud laboral (*Editorial*, 1965, p. 1). En este sentido, eran frecuentes las manifestaciones psicósomáticas infantiles y las crisis emocionales en la edad adulta, como consecuencia del proceso de adaptación a la cultura citadina. Para ello, se ofreció al público lector algunas nociones técnicas sobre aquellas pautas de alarma que ameritaban la consulta médica (Leroux, 1966; Quiña González, 1966).

Tales alocuciones trascendían en el marco del nuevo paradigma de salud mental que había consagrado la OMS ese año. Los descubrimientos farmacológicos y el éxito de terapias “psi” alternativas habían consolidado un modelo de atención ambulatoria para este tipo de padecimientos en sus formas no agresivas. El fundamento basal en la desmanicomialización asistencial consistía en reconocer la capacidad productiva residual de las personas con afecciones neuróticas. Sin embargo, los nuevos parámetros en salud mental se reducían a una concepción vaga y ambigua, definida como todo individuo con “aptitud perfecta para establecer relaciones armoniosas con sus semejantes” (Aujoulat, 1965, p. 7). En la RES, esto habilitó y legitimó interpretaciones expertas divergentes, pero compatibles con la coyuntura de proscripción política y violencia institucional que caracterizaba a la década.

Uno de sus principales difusores fue el reconocido psiquiatra Mauricio Goldemberg, promotor de la modernización del sistema de salud mental en la Argentina (Plotkin, 2003). De acuerdo a su postura en la revista de la DESSN, los cambios internacionales operados en el paradigma de asistencia psiquiátrica respondían a la excepcional prevalencia de enfermedades mentales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Explicaba que la transversalidad de este fenómeno estaba ligada a profundas transformaciones en los valores familiares, un dinamismo vertiginoso que repercutía en la personalidad y en las generaciones venideras, volviéndolas más propensas a desórdenes emocionales y psíquicos. Según Goldemberg, esos cambios se debían a una composición poblacional alterada por el lento crecimiento vegetativo y las precipitadas corrientes migratorias, cuyos efectos culturales se veían potenciados por los procesos de urbanización, industrialización y expansión de los medios de comunicación (Goldemberg, 1965).

Otras narrativas especializadas apelaron al tono de las evidencias demográficas provistas por la OMS en 1966, cuando impulsó su campaña sanitaria anual “El hombre en la gran ciudad”. “Un mensaje del director general de la OMS”, Michael Candau, señalaba que en los últimos cien años la población del mundo se había duplicado, pero, para el mismo período, esa proporción se había quintuplicado en los centros urbanos:

[...] El crecimiento vertiginoso ha suscitado, en todo el mundo, la aparición de esas aglomeraciones de tugurios, de esas “villas de emergencia”, “villas miseria”, “caliampas” o “favelas”, donde viven hoy la tercera parte de los habitantes de las ciudades en condiciones de hacinamiento incompatibles con las exigencias de una vida higiénica...

[...] La capacidad de los recién llegados para ajustarse a los modos de la vida ciudadana pueden crear problemas de adaptación de muy diversos órdenes. Grandes son los atractivos de la ciudad moderna, sus posibilidades de empleo, sus medios de educación y de enseñanza, su intensa vida cultural, pero en el reverso de la medalla se inscriben la delincuencia juvenil, la criminalidad, la prostitución, el alcoholismo y el abuso de estupefacientes. [...] son causas determinantes de trastornos neuróticos y psicósomáticos.” (Candau, 1966, p. 5).

Alineada a la pauta internacional, ese año, la nota de apertura de la edición número 23-24 de la RES encendía las alarmas locales: “El crecimiento de la población urbana es más acelerado que el del campo. La angustia también”. El éxodo desde distintos puntos de la Argentina, considerada una masa homogéneamente rural y empobrecida, resultaba “perjudicial para la salud, el bienestar social y las normas morales” (*El crecimiento de la población urbana es más acelerado que el del campo. La angustia también*, 1966, p. 1).

Alfonso Núñez Malnero, psiquiatra y asesor de la DESSN, elucubraba que la cadena de problemas urbanos asociados al factor migratorio era más amplia: hacinamiento provocado por la escasez de viviendas; inmoralidad por hacinamiento, incremento de los delitos sexuales, trastornos gastrointestinales por inaccesibilidad al agua potable y por inadecuada eliminación de excretas; aglomeración urbana y lentitud del tránsito; trastornos mentales y agresividad social. De acuerdo a los guarismos provistos por la OMS, Núñez Malnero deducía estimaciones comparativas sobre el exponencial crecimiento demográfico que se había registrado entre 1940 y 1960 en las principales ciudades de América del Sur. Mientras en Caracas la población se había quintuplicado; en San Pablo, Lima y México había crecido el triple y en Buenos Aires y en Santiago de Chile se había duplicado. Para ello, el psiquiatra incluyó en este artículo de su autoría fotografías aéreas, con la pretensión de retratar la aglomeración edilicia y el caos vial que reinaba en estas áreas metropolitanas (Núñez Malnero, 1966).

En este sentido, el rol subsidiario del Estado ante las demandas socio-sanitarias en asentamientos urbanos informales se constituyó en un tópico recurrente de la revista. En sus ediciones, circularon numerosas crónicas sobre experiencias de organización comunitaria en la Ciudad y en la Provincia de Buenos Aires. El rol de la educación sanitaria en estos procesos colectivos consistía en proveer a los vecinos orientación técnica sobre la resolución de sus necesidades más urgentes, de acuerdo a las prioridades postuladas por los equipos asistentes en salud pública. La realización de obras de saneamiento ambiental; la contratación de servicios para instalar agua potable y para recolectar residuos; la construcción de módulos habitacionales, de salas de primeros auxilios y de establecimientos de recreación comunitaria fueron algunos de los proyectos reseñados en las páginas de la RES (Badaracco, 1961; *Círculo Infantil Wilde Este*, 1964; Lombardo, 1965; Kraly, 1966).

Cobra relevancia una noticia titulada “Una experiencia en Villas de Emergencia”, publicada por el médico Bernardo Lapin en 1966. Se trataba de un plan de urbanización en la localidad balnearia de Villa General Pueyrredón, destinado a “reubicar” a unas seis mil personas en lotes fiscales. Allí, las familias podrían acceder a una vivienda con créditos hipotecarios otorgados por el municipio, en convenio con la cartera sanitaria provincial. Las autoridades admitieron el reciclado de materiales de las casillas y pusieron a disposición de los vecinos una máquina para fabricar ladrillos. De esta manera, podrían abaratar los costos de la construcción y mermar el monto de las cuotas del empréstito. En la nota, las tareas de educación sanitaria habían dado sus frutos dado que, en una primera instancia, en cuatro semanas se trasladaron casi cien familias. Para los coordinadores, esta experiencia evidenciaba que:

[...] la mayoría de los líderes de las diversas villas, [estaban] en contacto con grupos políticos que querían capitalizar el problema para sus propios fines [...]. Esto nos llevó a la conclusión [de] que el liderazgo que emerge de un grupo social marginado tiene dinamismo psico-patológico que no les [sic] permite colaborar con el desarraigo que nutre su liderazgo, basado generalmente en el matonismo y en la explotación del grupo social enfermo (Lapin, 1966, p. 14).

Desde esta perspectiva, migración, marginalidad y patología social eran mutuamente constituyentes; un reservorio donde podrían fungir agrupaciones revolucionarias.

## CONCLUSIONES

La línea editorial de la RES fue expresiva del modo en que los sanitarios argentinos apropiaron y adaptaron las recomendaciones internacionales de desarrollo a la coyuntura social y política de la era posperonista. Tejieron una compleja trama de problemas sanitarios en torno al fenómeno migratorio, al considerarlo el

origen del exponencial crecimiento demográfico urbano y, por tanto, de mayores erogaciones estatales en infraestructura urbana, servicios de salud y asistencia social.

Estas alocuciones expertas provenían del campo de la antropología en salud, la medicina nutricional y la salud mental. Bajo retóricas diversas, construyeron estereotipos culturales que enlazaban de manera equivalente ruralidad, migración y marginalidad, con la pretensión de legitimar una frontera socio-sanitaria entre la población de regiones extracéntricas y la población del Gran Buenos Aires. Pues, la recurrencia al curanderismo y a la medicina casera; la diseminación de entidades endémico-epidémicas; la persistencia de patrones alimentarios deficientes; la precariedad habitacional; las limitaciones psico-físicas para adaptarse al ritmo urbano y la frustración de sus expectativas de progreso material constituyeron los principales rasgos identitarios asignados a los grupos migrantes.

En el marco de las intervenciones oficiales de una agencia estatal, la construcción discursiva de esta problemática sanitaria en los años 1960 habilita otros interrogantes: ¿cómo fueron interpretados y apropiados estos lineamientos entre el público lector de la RES en regiones distantes al polo porteño-bonaerense, en particular en las provincias del Norte Argentino?, ¿fueron diseñadas e instrumentadas políticas de poblamiento territorial destinadas a reorientar los procesos migratorios hacia terruños de escaso desarrollo agrícola y/o industrial?

## REFERENCIAS

- Ábalos, J. (1960). Diálogos con Don Agamenón. La araña pollito. *Revista Educador Sanitario*, (1), 16-17.
- Ábalos, J. (1961a). Diálogos con Don Agamenón. La araña "rastrojera". *Revista Educador Sanitario*, (2), 26-27.
- Ábalos, J. (1961b). Diálogos con Don Agamenón. La vinchuca. *Revista Educador Sanitario*, (3), 26-27.
- Ábalos, J. (1966). Educación sanitaria y participación de las comunidades en la erradicación de la enfermedad de Chagas-Mazza. *Revista Educador Sanitario*, (21-22), 25
- Albariña, C. (1963). ¿Puede concebir usted que haya hambre con exceso de comida? *Revista Educador Sanitario*, (10-11), 8-9.
- Armus, D. (2010). El Descubrimiento de la Enfermedad como Problema Social. En M. Lobato (dir.), *El Progreso, la Modernización y sus Límites*. Sudamericana.
- Armus, D. (2022). *Sanadores, parteras, curanderos y médicas. Las artes de curar en la Argentina moderna*. Fondo de Cultura Económica.
- Aujoulat, L. P. (1965). Adolescencia y salud mental. *Revista Educador Sanitario*, (18), 7-8.
- Auyero, J.; Hobert, R. (2007). "Y esto es Buenos Aires?" Los contrastes del proceso de urbanización. En D. James (comp.), *Violencia, proscripción y autoritarismo: 1955-1976, Nueva Historia Argentina* (3ª ed., vol. IX). Sudamericana.
- Badaracco, J. (1961). Ayudarse a sí mismo. *Revista Educador Sanitario*, (4-5), 16-17.
- Biocca, S. (1963). El problema del hambre en la República Argentina. *Revista Educador Sanitario*, (10-11), 10-11.
- Biocca, S.; Acebes, A. (1961). Educación sanitaria en las escuelas rurales. *Revista Educador Sanitario*, (4-5), 12-13.
- Buschini, J. (2016). Surgimiento y desarrollo temprano de la ocupación de dietista en la Argentina. *Avances del CESOR*, 13(15), 135-156.
- Buschini, J.; Pohl Valero, S. (2023). Estado, saber experto y la configuración del problema alimentario en América Latina (1900-1960). *Estudios Sociales del Estado*, 8(16), 1-12. <https://doi.org/10.35305/ese.v8i16.307>
- Cammarota, A. (2023). Las infancias rurales en la mira: campañas sanitarias, Aldeas Escolares y la Comisión Nacional de Ayuda Escolar (1936-1951). *Revista Mexicana de Historia de la Educación*, 11(21), 31-60. <https://doi.org/10.29351/rmhe.v11i21.410>
- Candau, M. (1963). El hambre es una enfermedad mundial. *Revista Educador Sanitario*, (10-11), 3.
- Candau, M. (1966). Un mensaje del Director General de la OMS. *Revista Educador Sanitario*, (23-24), 5.

- Canelo, B. (2013). *Fronteras internas. Migración y disputas espaciales en la Ciudad de Buenos Aires*. Antropofagia. *Círculo Infantil Wilde Este* (1964). *Revista Educador Sanitario*, (14-15), 4-5.
- Condiciones del buen consumidor y defectos del mal consumidor* (1963). *Revista Educador Sanitario*, (10-11), 10-11.
- Consejos de vecinas y consejos de médicos* (1961). *Revista Educador Sanitario*, (4-5), 15.
- Cueto, M. (2015). La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX. *História, ciências, saúde- Manguinhos*, 1(22), 255-273.
- Dahhur, A. (2022). *La medicina popular bajo la lupa. Concepciones, discursos y prácticas de un arte de curar en la provincia de Buenos Aires (1870-1940)*. Teseo.
- De Marco, C. (2021). De los surcos a los libros. Representaciones sobre campo, familia e infancia en manuales escolares (Argentina, décadas 1940-1960). *Espacio, Tiempo y Educación*, 8(1), 73-98. <http://dx.doi.org/10.14516/ete.331>
- Di Liscia, M. S. (2003). *Itinerarios curativos. Saberes, terapias y prácticas médicas indígenas, populares y científicas (Región Pampeana, 1750-1910)*. Universidad Complutense de Madrid.
- Editorial* (1965). *Revista Educador Sanitario*, (19-20), 1.
- El crecimiento de la población urbana es más acelerado que el del campo. La angustia también* (1966). *Revista Educador Sanitario*, (23-24), 1.
- Epele, E. (2017). Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas. *Salud Colectiva*, 13(3), 359-373. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1104>
- Gavazzo, N., Gerbaudo Suárez, D., Espul, S.; Morales, Y. (2020-2021). Intersecciones entre migración, clase, género y generación. Las estrategias de movilidad social de mujeres migrantes en el Gran Buenos Aires. *RevIISE*, 16(14), 115-130.
- Girbal-Blacha, N. M. (2014). Cultura agraria y territorio. Formosa (Argentina) en la primera mitad del siglo XX. *História Unisinos*, 18(23), 601-614.
- Goldemberg, M. (1965). La psiquiatría en el hospital general. *Revista Educador Sanitario*, (18), 9-10.
- Gómez Paz, J. (2008). La política de salud en el desarrollismo. *Asociación Médica Argentina*, 121(4), 29-38.
- González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. CSIC.
- Grimson, A. (2017). La homogeneización de la heterogeneidad obrera en los orígenes del peronismo. *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana "Dr. Emilio Ravignani"*, 3(47), 166-189.
- Instituto Nacional de la Nutrición. (1963). Dos maneras de gastar el dinero. *Revista Educador Sanitario*, (10-12), 12.
- Kraly, A. (1966). Por qué y cómo se desarrollará el Plan Nacional de Agua Potable. *Revista Educador Sanitario*, (21-22), 5-7.
- Lapin, B. (1966). Una experiencia en Villas de Emergencia. *Revista Educador Sanitario*, (23-24), 14-15.
- Las personas raras. Higiene mental* (1962). *Revista Educador Sanitario*, (7-8), 12.
- Layño, F. (1961). Curanderismo de hogar. *Revista Educador Sanitario*, (3), 15.
- Leroux, A. G. (1966). Higiene mental: problema típico de las grandes ciudades. *Revista Educador Sanitario*, (23-24), 7.
- Lombardo, B. (1965). Si el pueblo comprende.... *Revista Educador Sanitario*, (18), 11.
- Magliano, M. J. (2018). Introducción. En M. J. Magliano (comp.), *Entre márgenes, intersticios e intersecciones. Diálogos posibles y desafíos pendientes entre género y migraciones* (pp. 13-21). Teseo.
- Malimacci, A. I. (2012). Revisitando la relación entre género y migraciones: Resultados de una investigación en Argentina. *Revista Mora*, (18), 10-22.
- Matossian, B.; Melella, C. (2016). Mujeres migrantes y desigualdades socioterritoriales en barrios populares de San Carlos de Bariloche. Tensiones y discursos contrapuestos. *Comparative Cultural Studies: European and Latin America Perspectives*, (2), 49-62.
- Mazzei, M. (1963). Comer y alimentarse. *Revista Educador Sanitario*, (10-11), 3.

- Milanesio, N. (2010). Food politics and consumption in Peronist Argentina. *Hispanic American Historical Review*, 90(1), 75-108. <https://doi.org/10.1215/00182168-2009-091>
- Milanesio, N. (2014). *Cuando los trabajadores salieron de compras. Nuevos consumidores, publicidad y cambio cultural durante el primer peronismo*. Siglo XXI.
- Núñez Malnero, A. (1963). Víctimas propiciatorias. *Revista Educador Sanitario*, (10-11), 6.
- Núñez Malnero, A. (1966). Una nota. *Revista Educador Sanitario*, (23-24), 3-5.
- Pernet, C. (2013). Developing Nutritional Standards and Food Policy: Latin American Reformers between the ILO, the League of Nations Health Organization, and the Pan-American Sanitary Bureau. En S. Kott, & J. Droux, *Globalizing Social Rights: The International Labour Organization and Beyond* (pp. 249-261). Palgrave Macmillan.
- Pernet, C. (2014). Between Entanglements and Dependencies: Food, Nutrition, and National Development at the Central American Institute of Nutrition (INCAP). En M. Frey, S. Kunkel y C. R. Unger, *International Organizations and Development, 1945-1990* (pp. 101-125). Palgrave Macmillan.
- Plotkin, M. (2003). *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Sudamericana.
- Pohl-Valero, S. (2016). Alimentación, raza, productividad y desarrollo. Entre problemas sociales nacionales y políticas nutricionales internacionales (Colombia, 1890-1940). En G. Mateos y E. Suárez. (comps.), *Aproximaciones a lo local y lo global: América Latina en la historia de la ciencia contemporánea* (pp. 115-154). Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales "Vicente Lombardo Toledano".
- Pohl-Valero, S., Albán, S., Ariza, J., Becerra, J., Camacho, N., Cortés, C., & Macías, B. (2021). Cartografía del gobierno alimentario en Colombia durante los inicios del desarrollo, 1938-1960. En S. Pohl-Valero y J. Vargas Domínguez, *El hambre de los otros. Ciencia y políticas alimentarias en América Latina, siglos XX y XXI* (pp. 253-290). Editorial de la Universidad del Rosario.
- Primer Congreso Nacional de Educación Sanitaria* (1961). *Revista Educador Sanitario*, (4-5), 31.
- ¿Qué es la enfermedad de Chagas?* (1966). *Revista Educador Sanitario*, (23-24), 10.
- Quiña González, J. Á. (1966). El niño en la ciudad. *Revista Educador Sanitario*, (23-24), 6-7.
- Ramacciotti, K. (2014). Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. *Ciencias de la Salud*, 12(1), 89-109.
- Recchini de Lattes, Z.; Lattes, A. (1975). La población de Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Argentina.
- Reyna, C. (2019). La lucha antitracomatosa escolar en Santiago del Estero, Argentina (1920-1940). *Revista CS*, (27), 13-35. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2703>
- Reyna, C. (2023). *Educación sanitaria y desarrollismo. Argentina, 1960-1970*. Biblos.
- Rivas, J. A. (2014). *La cultura como frontera: un viaje al interior de las letras santiagueñas*. Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Rivero, D.; Vanadía, L. (2018). En los márgenes de la biomedicina: perspectivas en torno a la práctica ilegal de la medicina en Córdoba y en Buenos Aires, 1920-1930. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, (11), 98-121.
- Rodríguez, M. L.; Aizenberg, L.; Carbonetti, A. (2016). Tuberculosis y migración hacia Córdoba a inicios del siglo XX: discursos y concepciones sobre la figura del migrante interno. *Quinto Sol*, 20(2), 1-19. <http://dx.doi.org/10.19137/qs1167>
- Russo, E. (1962). Una carta. *Revista Educador Sanitario*, (7-8), 12.
- Se está jugando el futuro de este mundo técnico, que por singular paradoja se muere de inanición* (1963). *Revista Educador Sanitario*, (10-11), 1.
- Ventura, D. (1963). La población total aumenta 55 millones de seres por año. *Revista Educador Sanitario*, (11-12), 7.
- Vivante, A. (1963). La muerte en acecho. Sapo y dolor de muelas. *Revista Educador Sanitario*, (12-13), 21-22.
- Williams, R. (2001). *El campo y la ciudad*. Buenos Aires: Paidós.

## NOTAS

- [1] La colección completa de la RES alcanzó los cincuenta volúmenes, cuando dejó de publicarse en 1983 con el retorno a la democracia.
- [2] “Después me’i quedao pensando que si la apasanca esa me hubiera picao en un dedo, áhi no más ib’a pelar mi machete y cortarme el dedo de un solo golpe... prefiero perder un dedo y quedarme con el resto de mi cuerpo que morirme intosicao por la araña”, (Ábalos, 1960, p. 16). “En una de esas [veces, el hombre] comenzó a gritar y pedían que lo maten pa no sufrir más. El chofer que estaba componiendo la goma, comenzó a temblar y agarró la manija’el auto pa despenarlo al hombre”, (Ábalos, 1961a, p. 26).
- [3] Para un análisis histórico sobre la enfermedad como problemática sanitaria local, interesa destacar el trabajo de Juan Pablo Zabala, “La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina”, *Salud Colectiva*, 8(1), noviembre 2012, pp. 9-21.
- [4] El análisis historiográfico sobre las intervenciones alimentarias estatales en América Latina cuenta con una nutrida producción. Distintas contribuciones se ocuparon de reconstruir el modo en que la Primera Guerra Mundial, y luego la Gran Depresión, colocaron en la agenda global la necesidad de instrumentar medidas que resguardaran la salud nutricional las familias de trabajadores. Particularizan el rol que desempeñaron la Organización Internacional del Trabajo, la Sociedad de las Naciones Unidas y la Oficina Sanitaria Panamericana (Pernet, 2013; Buschini, 2016; Pohl-Valero, 2016; Pohl-Valero, y otros, 2021). Otros trabajos se abocaron con referencia específica al surgimiento de una agencia especializada en el área a partir de la posguerra, la FAO; dando cuenta de que las geopolíticas alimentarias impulsadas en el contexto de la Guerra Fría Cultural se tratan, más bien, de un fenómeno de larga duración (Pernet, 2014; Buschini y Pohl Valero, 2023).