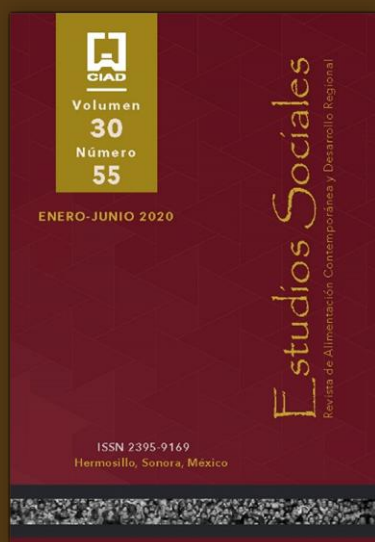


Estudios Sociales

Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional

Volumen 30, Número 55. Enero - Junio 2020

Revista Electrónica. ISSN: 2395-9169



Alimentación, escuela, filantropía
y comedores escolares en Capital Federal (1900-1940)

Food, school, philanthropy
and school canteens in Capital Federal (1900-1940)

DOI: <https://dx.doi.org/10.24836/es.v30i55.884>

PII: e20884

Adrián Cammarota*

<https://orcid.org/0000-0003-3022-7145>

Fecha de recepción: 22 de octubre de 2019.

Fecha de envío a evaluación: 25 de noviembre de 2019.

Fecha de aceptación: 16 de diciembre de 2019.

*Universidad Nacional de La Matanza.

Buenos Aires, Argentina

Departamento de Ciencias Sociales y Departamento de Salud

1712, Haedo, provincia de Buenos Aires.

Tel y ext.(54 11) 4480-8900 int. 8648

Dirección: adriancammarota2000@gmail.com

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.

Hermosillo, Sonora, México.



Resumen / Abstract

Objetivo: Analizar las estrategias esbozadas por el Consejo Nacional de Educación (en adelante CNE), en las primeras décadas del siglo XX, las discusiones y el armado institucional para enfrentar el problema de la alimentación escolar. **Metodología:** Nos proponemos una investigación exploratoria para alcanzar una visión general del objeto de estudio, esbozando un recorrido histórico que da cuenta de las posiciones discursivas de los médicos y la labor de las instituciones que intervinieron con sus propuestas y experticia en el problema de la alimentación. El corpus documental se asienta en la revista *El Monitor de la Educación Común*, la *Revista de Higiene y Medicina Escolares*, escritos editorializados por médicos y datos estadísticos del CNE. **Resultados:** En el proceso descrito, se observó la falta de criterios a principios del siglo XX, en torno a la alimentación escolar y la injerencia que tuvo la beneficencia y la filantropía auxiliando a los poderes públicos en la problemática señalada. **Limitaciones:** Debido a la falta de documentación empírica no pudimos profundizar en los alcances o la incidencia que tuvieron los comedores y la Clínica de Nutrición en el grueso de la población escolar. **Conclusiones:** Desde fines del siglo XIX y las primeras cuatro décadas del siglo XX, se vislumbró un proceso en el cual el empirismo y la falta de criterios en torno a la alimentación escolar dio paso a la incipiente organización científica con la expansión de los comedores y la creación de la Clínica de Nutrición, en un contexto en que la alimentación, tanto en Europa como en Estados Unidos, se había transformado en un problema científico.

Objective: To analyze the strategies outlined by the National Education Council (hereinafter CNE), in the first decades of the twentieth century, the discussions and the institutional assembly to face the problem of school feeding. **Methodology:** We propose an exploratory investigation to reach an overview of the object of study, outlining a historical journey that accounts for the discursive positions of doctors and the work of the institutions that intervened with their proposals and expertise in the problem of food. The documentary corpus is based on the magazine *The Monitor of Common Education*, the *Journal of School Hygiene and Medicine*, writings published by doctors and statistical data of the CNE. **Results:** In the described process the lack of criteria was observed, at the beginning of the twentieth century, regarding school feeding and the interference that charity and philanthropy had, helping the public authorities in the aforementioned problem. **Limitations:** Due to the lack of empirical documentation, we were unable to deepen the scope or incidence of canteens and the Nutrition Clinic in the bulk of the school population. **Conclusions:** From the end of the 19th century and the first four decades of the 20th century, a process was envisioned in which empiricism and the lack of criteria regarding school feeding gave way to the incipient scientific organization of food with the expansion of school canteens and the creation of the Nutrition Clinic in a context in which food, both in Europe and in the United States, had become a scientific problem.

Palabras clave: alimentación contemporánea; niñez; desnutrición; escuela; alimentación; clínica de nutrición.

Key words: contemporary Food; childhood; malnutrition; school; feeding; nutrition clinic.

Introducción

El presente trabajo propone un recorrido que aborda las intervenciones institucionales del Consejo Nacional de Educación (en adelante CNE) en torno a la problemática de la alimentación en las escuelas de Capital Federal. Tiene como objetivo analizar las estrategias esbozadas por el CNE en las primeras décadas del siglo XX, las discusiones y el armado institucional para enfrentar el problema de la alimentación escolar.¹ Por lo tanto, de esta propuesta se desprende un marco espacio-temporal que va desde fines del siglo XIX y las primeras cuatro décadas del siglo XX, para dar cuenta de un proceso en el cual el empirismo y la falta de criterios en torno a la alimentación escolar, las discusiones sobre la intervención de las sociedades filantrópicas, la beneficencia y el rol del Estado dieron paso a la incipiente organización científica de la alimentación con la expansión de los comedores escolares y la creación de la Clínica de Nutrición a fines de la década de 1920.

En la visión de los médicos y la clase dirigente, los cuerpos débiles de los niños o de los adultos influían negativamente en la construcción de una nacionalidad idealizada, cuyos gobernantes anhelaban modernizar y fortalecer en términos biológicos, acorde a los postulados eugenesicos de la época.² La elite dirigente que gobernó, a partir de 1880, se había propuesto modernizar la estructura productiva del país. Uno de los pilares de la modernización fue el establecimiento de la educación pública con la ley 1420 de educación libre, gratuita y laica y la extensión de los servicios de salud, teniendo en cuenta que para la expansión económica debía

paliarse el problema recurrente de los brotes epidémicos que asolaban a Buenos Aires.

La escuela incorporó a miles de niños, tanto criollos como hijos de inmigrantes, y se transformó en un espacio, no solo para homogeneizar culturalmente a los futuros ciudadanos, educar en los valores de la Patria y construir la nacionalidad. En pos de forjar un futuro cuerpo social saneado en términos corporales y biológicos, los dispositivos escolares buscaban detectar lo que en el paradigma médico se denominaba “niños anormales” o “niños débiles”, por medio de la acción del Cuerpo Médico Escolar (CME), creado en 1886 (2016). La “debilidad” se asociaba con los pequeños que manifestaban una herencia mórbida, cuyos progenitores habían sido golpeados por el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis; debilitados por el exceso de trabajo o la mala alimentación. Los “niños anormales”, por su parte, podían ser los ciegos o sordomudos, “imbéciles e idiotas” que, con la dureza de los términos utilizados, tenían que ser derivados a otras instituciones para su tratamiento. La inclusión de los “niños anormales” estuvo inspirada, en las primeras décadas del siglo XX, por la colonización en el campo escolar de disciplinas como la psicología, la medicina, la psiquiatría infantil y la pedagogía. El término “anormal” hacía referencia a todo lo que se separaba de la cifra media para constituir la anomalía. En la búsqueda del parámetro del niño normal, la escuela pública se transformó en el espacio de referencia y experimentación, detección y corrección de variables. Para ello se aplicaron tests psicopedagógicos, tests de inteligencia y tests psiquiátricos (Lionetti, 2018, p. 57).

Así las cosas, la niñez fue uno de los pilares fundamentales para abastecer a la república de los buenos ciudadanos. Para la medicina social y para la medicina escolar, el eje de preocupación era el estado deficiente o subnormal de los niños, según criterios de la época, ocasionado por una alimentación defectuosa.

Siguiendo a Donna Guy, consideramos que la intervención del Estado sobre el amplio abanico de problemáticas sociales, entre ellas la infancia indefensa desde fines del siglo XIX hasta la década de 1940, periodo caracterizado por la alternancia en el gobierno de liberales y conservadores,³ preconfiguró un incipiente Estado social en donde la caridad y los movimientos de asistencia a la infancia eran evidentes auxiliando a los poderes del Estado (Guy, 2011, p. 26). Estos actores añadieron un pilar más a la acción higienista para la creación de un nuevo orden social, consolidando la medicalización de las instituciones como la escuela o la unidad familiar. Por “medicalización” entendemos la intervención del saber médico,

cuya práctica incorpora y coloniza áreas y problemas de la vida social y que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia o el curanderismo.

Diversas producciones académicas han encarado la historia de la salud, la infancia y la educación. Los estudios sobre historia de la salud han enfatizado en el rol que tuvieron los médicos higienistas en la modernización del Estado argentino y sus intervenciones en las distintas esferas del campo social con miras a mejorar la salud de la población (Armus, 2000; Salvatore, 2001; Belmartino, 2005; Álvarez, 2007). También son fértiles los trabajos que dan cuenta del cuidado de la salud de los niños, la prevención de enfermedades, la detección de anormalidades y el accionar del Estado en torno a las políticas materno-infantiles (Carbonetti, 2005; Olaechea, 2008; Di Liscia, 2011; Biernat y Ramacciotti, 2008).

Por su parte, los discursos en torno a la infancia enfatizaron en el valor que tuvieron los niños en los proyectos de transformación social, política y biológica a principios del siglo XX, y la importancia de recuperar la niñez abandonada transformándose en un asunto medular en la agenda del Estado.⁴ Se entendía que la vida escolar era propicia para combatir las taras o la insuficiencia del ambiente en que vivían los pequeños (Carli, 2012).

La medicalización de la infancia y la pediatría psicosomática es un campo recientemente encarado por los investigadores que contribuye a ensamblar las historias de las infancias en Argentina (Rustoyburu, 2019). Otras producciones han ponderado en la salud de los escolares y en los instrumentos aplicados en la escuela para la detección de “anormalidades”, como las libretas sanitarias y las fichas de salud (2011) y la medicalización del campo escolar (2016). La alimentación de la niñez en las provincias también fue abordada en el territorio de La Pampa, dando cuenta de que el problema excedía a la Capital Federal (Billorou, 2010). Por último, la pesquisa también dialoga con un nuevo campo de indagación que se entronca con el análisis del surgimiento de la alimentación como problema científico en América del Sur, la producción, circulación y consumo de alimentos (Buschini, 2016).

Sustentado en el campo historiográfico explicado, y ante la ausencia de investigaciones que hayan encarado la temática, nos proponemos una investigación exploratoria para alcanzar una visión general del objeto de estudio. Realizamos un recorrido histórico tomando las posiciones discursivas de los médicos y la labor de las instituciones que intervinieron en el problema de la alimentación con sus propuestas y experticia. En función de estos intereses se utilizará el siguiente corpus

documental para un análisis de contenido: la revista *El Monitor de la Educación Común*, la *Revista de Higiene y Medicina Escolares*, escritos editorializados por médicos en diferentes momentos históricos y estadísticas oficiales del CNE.

Distintos interrogantes organizan el trabajo, a saber: ¿qué intervenciones promovió la élite dirigente para abordar la alimentación escolar y cómo era visualizado el problema según los médicos? ¿Qué discusiones se generaron en torno al accionar de las sociedades filantrópicas y de beneficencia que auxiliaron a los poderes públicos para prevenir la debilidad de los niños? ¿Qué tipo de organización tenían los comedores escolares y cómo surgieron? Por último, coronando un proceso que distó de ser lineal en el tratamiento del problema, indagamos en la génesis de la Clínica de Nutrición (1927) dependiente del CME a cargo de la doctora Perlina Winocur.

Evaluación del problema e intervención escolar sobre la niñez a principios del siglo XX

La alimentación escolar vio su génesis en Alemania a fines del siglo XIX, se extendió por Europa y luego se instaló en Estados Unidos. En 1895, con la ayuda del Ministerio de Agricultura, científicos que habían trabajado en Alemania importaron un programa para encarar la cuestión de la alimentación desde su aspecto biológico y económico. En 1910 la Dirección de Educación del Estado de Chicago dispuso *lunches* o meriendas en seis escuelas de la ciudad. En otras ciudades de catorce estados diferentes, clubes de mujeres, maestros y médicos tomaron iniciativas similares. Este movimiento obtuvo un gran impulso en América en las primeras décadas del siglo XX; llegó a transformarse en uno de los pilares del sistema escolar elemental en treinta ciudades en suelo norteamericano (Stevens, 1913).

Ahora bien, a fines del siglo XIX en el Río de la Plata, la niñez menesterosa fue una de las preocupaciones de los médicos higienistas, políticos y pedagogos. La gran mortalidad infantil y, sobre todo, la enorme morbilidad que había en la primera infancia se relacionaban con las paupérrimas condiciones de higiene y el abandono familiar. La preocupación e institucionalización de la infancia fue manifestada por diversos actores, como las dos defensorías de menores de la ciudad, que asistían bajo la figura de patronato o tutela pública. Por esa época surgieron propuestas y proyectos de expertos ligados al derecho, la medicina legal, la psiquiatría y la

criminología positivista. Otro dato para destacar es que en 1913 se celebró en Buenos Aires el Primer Congreso de la Niñez.

Por añadidura, la mortalidad infantil era, en la capital de la república, según los galenos, la consecuencia de regímenes alimenticios insuficientes y de las condiciones materiales en la vida cotidiana. Los sectores populares convivían con el hacinamiento, el peligro de las enfermedades infecto-contagiosas como la sífilis, la tuberculosis o la viruela. Si bien existía la vacunación obligatoria realizada por el CME y la Asistencia Pública, los rebrotes eran frecuentes, ya que los niños no eran revacunados por la indiferencia de sus padres o por el hecho de que se mudaban regularmente de las casas de inquilinato, siendo imposible para los funcionarios sanitarios determinar su paradero.

Con respecto a la distribución espacial de acuerdo con las posiciones sociales, en la Capital Federal se podían vislumbrar dos caras contrapuestas. Por un lado, los barrios del sur empobrecidos (La Boca, San Telmo, Monserrat, Parque Patricios, Bajo Flores), delimitados por el Riachuelo y expuestos a las penurias cotidianas generadas por la explotación laboral, la mala alimentación y la enfermedad. Estas familias vivían en las famosas casas de inquilinato o conventillos, con exiguas normas de higiene. Por ello el Estado, por medio de la ley 1420, intentó educar a las masas en las escuelas introduciendo las bases de la cultura del higienismo pregonada por los galenos que, ante los brotes epidémicos que asolaron a la Capital a fines del siglo XIX, empezaron a colonizar la estructura del Estado con su saber experto. La contracara, estaba en el centro y norte de la Capital, con sus modernos edificios, de corte europeo y las casas pudientes de las familias adineradas.

Este cuadro de situación lesionaba el desarrollo de la educación obligatoria, ya que durante la infancia los pequeños eran alejados de las escuelas, secuestrados literalmente en los hospitales, afectados por la tiña, la conjuntivitis granulosa o la lepra. Según el Dr. Gregorio Alfaro, a la sazón jefe del servicio del Hospital San Roque, en 1898, de 1307 niños enfermos atendidos en el hospital, el 36 % sufría graves desórdenes gastrointestinales, y más de la quinta parte debía su enfermedad al defectuoso sistema de alimentación (Aráoz, 1898). Por su parte, en su destacado informe sobre la mortalidad infantil en Buenos Aires, el Dr. Emilio Coni señalaba una serie de estadísticas que definían el rostro del problema. Coni fue un laureado médico que en 1881 se desempeñaba como vicepresidente del Consejo Escolar de las parroquias Catedral Sud y San Telmo, donde creó la inspección médica e higiénica de las escuelas del referido distrito debido al creciente número de infantes

que fallecían cotidianamente (Coni, 1918b). Según se desprendía de su estudio, el crecimiento de la mortalidad se debía esencialmente al tétano y a las afecciones del aparato respiratorio y digestivo. Otras enfermedades que llevaban a la muerte estaban ligadas a las fiebres eruptivas (viruela, escarlatina) y a las enfermedades infecciosas (difteria, fiebre tifoidea y sífilis). En el periodo 1868-1877, las defunciones de niños llegaron a un total de 30,990 (Coni, 1879).

En este escenario, la alimentación se transformó en un asunto patriótico y una de las preocupaciones recurrentes del CME, si bien los médicos habían tropezado con numerosas dificultades para determinar las bases científicas, definitivas y estables para la buena alimentación de la infancia (Cavia, 1911). Los especialistas no habían logrado unificar criterios científicos en los procedimientos para la aplicación de los menús específicos (Tonina, 1923). Pero la fase empirista que caracterizó el abordaje del problema tenía también otros causales. Uno de los obstáculos era la conducta indiferente de los padres ante la atención médica. Los tutores no tenían conocimientos específicos ni recursos para elaborar los hábitos alimenticios correctos para sus hijos. Por lo tanto, los médicos insistían en que la alimentación del niño debía ser reglamentada por facultativos para aconsejar sobre los alimentos, su cantidad, el horario de las comidas y en qué fecha debían ser modificados o sustituidos.

Intervenciones

Los poderes públicos terciaron a su modo con miras a mejorar la salud de los niños. Una de las respuestas la propició el Patronato de la Infancia, creado a fines del siglo XIX a instancias de Coni. El gobierno municipal de Buenos Aires había nombrado una comisión en 1891 con el objeto de estudiar las causas de la mortalidad infantil. La comisión recomendó la creación de la institución. Sus consultorios externos prestaban asistencia médica y medicamentos gratuitos a los niños enfermos. El derecho a la asistencia se adjudicaba a la familia que acreditara el estado de pobreza por medio de un certificado.

El Patronato impulsó la creación de las escuelas patrias en el Parque de los Patricios (zona sur de Capital), en las que se les daba a los escolares una dieta basada en leche, pan y una rebanada de carne fría o embutido. También se intentó extender la alimentación a las escuelas con las denominadas cocinas-cantinas. A pesar de esta

medida, se reconocía la falta de personal idóneo para las labores culinarias y la ausencia de locales óptimos que permitieran el desarrollo de la misión. Una diferenciación sustancial con la Clínica de Nutrición del CNE y la sanción de la ley que institucionalizó los comedores escolares, entre fines de la década de 1920 y comienzos de la década de 1930 respectivamente; en cuanto a su organización y funcionamiento fue la formación del personal: las escuelas patrias estaban a cargo de maestras que ingresaban rindiendo un examen de economía doméstica, mientras que los comedores escolares y la Clínica de Nutrición, como veremos más adelante, estaban gestionadas por personal femenino formado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, denominadas como “visitadoras de higiene”.

Al poco tiempo el servicio de las escuelas patrias se ramificó al barrio y habilitó la concurrencia de los niños a las escuelas a las que antes eran refractarios. Según un informe elevado al CNE, la influencia de una escuela que alimentaba cambió la conducta de las familias y el resultado fue que “las maestras no fueron ya insultadas ni apedreadas”, los niños tomaron el “buen rumbo” y las aulas se poblaron (Moreno, 1914).

Otro de los médicos que se implicó en la alimentación infantil fue el galeno Genaro Sisto (1870-1923), un pediatra de gran trayectoria ligada a la niñez. Se desempeñó como jefe de Clínica Infantil de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, fue vocal del Cuerpo Médico Escolar y catedrático de Ciencias Naturales e Higiene en la Escuela Normal de Profesoras. Propuso la implementación, en 1904, de la copa de leche en las escuelas. Junto con la copa de leche se instalaron los primeros comedores escolares, con un funcionamiento muy endeble por la falta de recursos para sostenerlos. Por eso promovió la organización de asociaciones privadas para que las escuelas tuvieran en mayor número este servicio.

Al plantear la mediación de asociaciones privadas, el galeno percibía los obstáculos del Estado para implementar las medidas que funcionarían como paliativos a la mala alimentación. Sin embargo, los estorbos serían de distinta índole y color. Por ejemplo, la calidad de los locales escolares atentaba contra el funcionamiento del servicio. Muchas de las escuelas se afincaron en casas que no eran propiedad del CNE y que por lo reducido y las malas condiciones que manifestaban, no tenían ni los ambientes ni el espacio para la instalación de la copa de leche. Los locales no respetaban las condiciones mínimas e indispensables para su manipulación, ya que debían estar aislados de las aulas, con paredes y pisos impermeables, con gran aireación e iluminación (Aguilar, 1921).

De todas las experiencias propuestas para la alimentación, las escuelas al aire libre o escuelas de niños débiles y las colonias de vacaciones fueron las que mantuvieron cierta regularidad hasta el armado normativo de las cantinas escolares. Estas escuelas y colonias tuvieron un carácter limitado.⁵ Las colonias de vacaciones se instalaron en Mar del Plata, Córdoba, Tandil, Baradero y San Antonio de Areco (provincia de Buenos Aires). Las primeras colonias fueron brindadas por organizaciones filantrópicas como la Asociación Colonias de Niños Débiles y Preventorios Infantiles, dependiente de la institución católica Escuela y Patronatos y contaba con establecimientos de llanura, mar y montaña.

Estas incipientes intervenciones descriptas, exceptuando la copa de leche, tuvieron un carácter intermitente, ya que carecieron de regularidad y centralización en su aplicación durante las primeras tres décadas del siglo XX. Por ello algunos médicos y funcionarios del CNE mostraron su disconformidad en el modo de encarar la raíz de los males que aquejaban al grueso de la población infantil.

Mediación estatal y discusiones sobre el modo de intervención en la alimentación de la niñez

Mientras que en las escuelas comunes los comedores escolares fueron escasos, previo a la sanción de la ley de 1932 que instituyó su funcionamiento, en las escuelas al aire libre estos marcharon de manera regular por el carácter prioritario que tenían los niños que confluían a su servicio, portadores de debilidades orgánicas y propensos a contraer enfermedades. Pero las posturas críticas sobre las estrategias implementadas por el CNE fueron motivo de discusión por parte de algunos profesionales de la salud.

El Dr. Teodoro Tonina, adscripto a la cátedra de Higiene Médica y médico del Hospital de Niños, analizaba que las dificultades de la alimentación tenían que ver con el trabajo excesivo y a destajo de los padres, cuya lucha por el alimento y la satisfacción de las necesidades básicas concebían el ausentismo de sus hogares, dejando a sus hijos huérfanos de autoridad. Otro de los problemas era el alcoholismo de los adultos. Una amplia literatura impresa en cartillas, láminas y manuales escolares pregonaron la educación en la escuela en torno a este flagelo. El material era elaborado por maestros normales y médicos higienistas.

Los hijos apreciaban a muy temprana edad la falta de atención, la negligencia y el abandono; lo cual los colocaba en condiciones de déficit orgánico y enfermedad general producto de un régimen alimenticio defectuoso (Tonina, 1923). Tomaba como referencia de estudio los menús es de algunas escuelas de Capital Federal. Según su observación, en 1932, un 33 % de la población escolar de la metrópoli seguía recibiendo una alimentación insuficiente (Tonina, 1923).⁶ Creía que las sociedades cooperadoras e instituciones de protección a la infancia que tuvieron la iniciativa de alimentar a los escolares, llevaron siempre y a pesar de los recursos obtenidos una vida precaria y poco regular. Según su observación, la “acción popular” se había aletargado, por su movimiento discontinuo e impreciso, con una acción dislocada e ineficaz. Bajo su óptica, la acción del Estado debía ser inmediata ya que el contingente anual de conscriptos era inapto para el servicio obligatorio de las armas (Tonina, 1923).

Le asignaba al Estado la urgente necesidad, más que a ninguna otra institución de beneficencia o de caridad, de tomar a su cargo la vigilancia y la atención del crecimiento sano de la niñez. Según su visión, en algunas escuelas el patrocinio de la copa de leche se distribuía entre los asociados contribuyentes, dejando sin el beneficio a los niños más necesitados.

Sancionada en 1904, después de varios años de propaganda y de numerosas iniciativas, su eficacia se mantenía dentro de estrechos límites. Para el galeno, “...como recurso alimenticio, debe tenerse por exiguo y a veces engañoso (...). Los niños se sienten pronto fatigados. Toman leche sin apetito, sin encontrar en ella satisfacción de su gusto como alimento, que solo es una bebida” (Tonina, 1923, pp. 14-15). Interpretaba que la filantropía y el accionar de la beneficencia no encauzaban el problema hacia una solución satisfactoria. Otras voces, como la del Dr. Coni, ponderaron el accionar de las damas de beneficencia, entendiendo que la caridad debía inspirarse en los consejos de la ciencia. Concebía el asistencialismo en un sentido más amplio, como una red compacta de instituciones profilácticas y terapéuticas dirigidas y coordinadas por médicos, arquitectos e ingenieros sanitarios (Armus, 2007).

Filantropía y beneficencia

La filantropía y la beneficencia fueron alentadas debido a la falta de recursos por el Estado para sostener los dispositivos para el cuidado de la salud de los niños.⁷ A pesar de ello, los modos de intervención de las sociedades filantrópicas y de beneficencia tuvieron defensores y detractores y estimularon incipientes debates. Por ejemplo, en 1937, durante la presidencia de Agustín Pedro Justo (1932-1938), se conformó una comisión para estudiar y concretar los puntos de vista presentados por la Federación Argentina de Sociedades Populares de Educación respecto a la niñez mal alimentada en edad escolar y preescolar. Uno de los interlocutores fue el Dr. Alfredo Palacios, senador nacional del Partido Socialista, quien elevó un informe al Congreso Nacional.⁸ La Comisión ponía en tela de juicio las políticas que hasta el momento habían intentado subsanar el problema de la mala alimentación y la desnutrición, criticando la efectividad de la beneficencia privada y pública. Desde fines del siglo XIX, un importante número de asilos y establecimientos oficiales se encontraban bajo el control de asociaciones de caridad y formaban una parte sustancial en el engranaje de la asistencia social del Estado. Diversos grupos filantrópicos de mujeres y feministas abrieron talleres, orfanatos, lactancia y reformatorios de menores (Guy, 2011). A pesar de la labor desarrollada, el rol de las damas no estuvo exento de dudas y críticas por parte de los funcionarios públicos.

El informe daba asidero al análisis de Tonina esbozado catorce años atrás. Según la Comisión, la beneficencia privada generaba “resultados muy dudosos, cuando no negativos y en muchos casos dañinos a la moral del individuo” (Federación Argentina de Sociedades Populares de Educación, 1937, p. 4). El problema radicaba en su carácter parcial y en los modos de injerencia pregonados:

A pesar de todos los encomiosos esfuerzos realizados hasta hoy por la beneficencia, y los que en el futuro pueda realizar siempre que no se canse (...) solamente alcanzará a proteger a los escolares que hoy se hallan en las condiciones anunciadas, pero el fenómeno se repetirá el año próximo y en los que le sigan, debido a que los escolares desnutridos, enfermos, faltos de ropa y de calzado, son una consecuencia únicamente y no una causa de los hogares de que proceden. Y esto no es nuevo en la Argentina; existe desde la época colonial sin que hasta hace poco los factores de nuestra vida económica lo hayan puesto en evidencia

con intensidad (Federación Argentina de Sociedades Populares de Educación, 1937, p. 9).⁹

Algunas voces dentro del CNE se encarrilaron en esa dirección y entendían que las cuestiones relativas a la salud escolar le correspondían de manera unilateral a la repartición central. Si bien consideraban que las instituciones privadas, entre ellas la beneficencia, habían resuelto determinados aspectos del problema de la salud escolar, también sostenían:

[L]as cifras (...) señalan en forma manifiesta, que si aquellas organizaciones actúan, sus servicios son deficientes desde el punto de vista del cuidado de la salud de los niños, y que es al Consejo Nacional de Educación a quien corresponde y le está impuesto el deber de hacerlo porque es parte principalmente del rol que le habido asignado por la ley en la distribución de las obligaciones que le corresponde al Estado (CNE, 1930, p. 106).

El funcionario del CNE creía que la escuela era la única institución que tenía un contacto directo con los niños y con las familias de estos, por medio de las visitadoras de higiene, quienes proporcionaban una información precisa y eficiente sobre el estado de salud de los escolares.¹⁰ En líneas generales, el informe de la Comisión daba cuenta de las limitaciones del Estado para emprender el problema educativo y la pobreza estructural. Para la Comisión, el problema radicaba en la escasa capacidad laboral/intelectual de los padres, que transmitían esta insolvencia a sus hijos.¹¹ En resumen, no era un problema del sistema sino que, por el contrario, era la insuficiente educación moral y productiva de las familias.

Una de las críticas también estaba direccionada a la Federación Argentina de Sociedades Populares de Educación. Se reconocía que había sido vigorosa para organizar las cooperadoras de las escuelas y que había actuado de manera eficaz procurando dar a la niñez la educación primaria obligatoria y los consecuentes beneficios de la instrucción: alimentación, vestuario, útiles para el aprendizaje y controles de salud. Pero, a juicio de la Comisión, la Federación carecía de una coordinación orgánica para resolver el problema. Todas estas incipientes intervenciones y discusiones fueron forjando los canales de un sistema de protección y alimentación a la infancia escolarizada, acorde a las propuestas y los modelos importados de Europa y Estados Unidos.

Orígenes y evolución de los comedores escolares

En 1926, el Dr. Enrique Olivieri, director del CME, presentó un proyecto para la organización y planificación de los comedores escolares. El año anterior había procurado una investigación en Capital Federal que demostró que un gran porcentaje de la población se encontraba bajo un estado de alimentación insuficiente.¹² En 1932, la ley 11.597 sancionada por el Congreso de la Nación arbitró recursos para la alimentación de los niños. De esta forma las cantinas o comedores escolares tuvieron el marco legal para funcionar periódicamente, a diferencia de los años anteriores (Imagen 1). La situación del país no era favorable, ya que la crisis económica de 1929 había sacudido la economía mundial. Como sincrónica de este fenómeno, la desocupación creció en Argentina. Miles de trabajadores migraron de las provincias del norte del país hacia la Capital Federal en busca de mejores condiciones de vida, y se ubicaron en las denominadas “villas”. El polo de atracción fue el naciente proceso de industrialización que inició el país como respuesta a la crisis del modelo agroexportador en el contexto descrito a nivel mundial.¹³

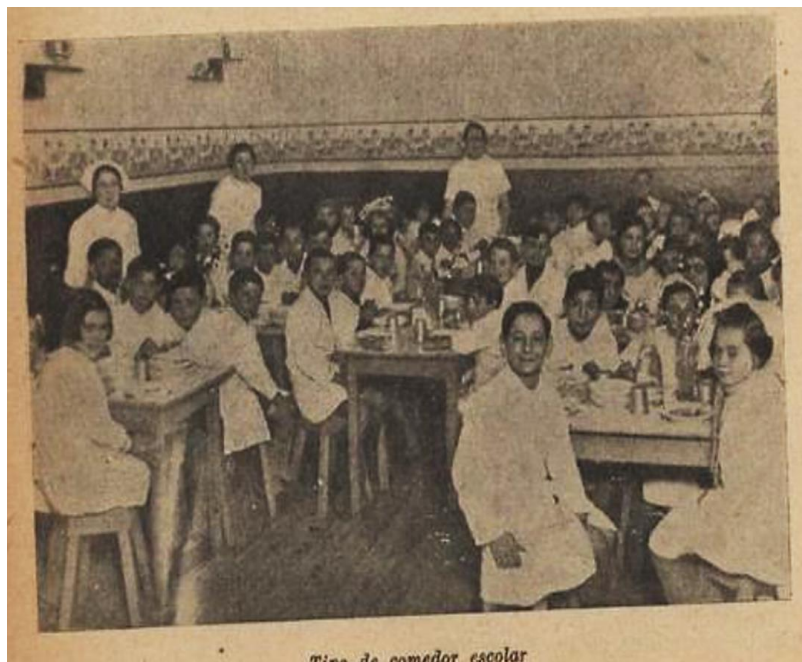


Imagen 1. Tipo de comedor escolar.
Fuente: *El Monitor*, 1938.

El proyecto comprendió la creación de los siguientes comedores: distrito 20 (Liniers, Mataderos, Villa Lugano): 20 comedores (Imagen 2); distrito 10 (Nueva Pompeya, Barrio de la Quema de Basuras): 2 comedores; distrito 13 (Chacarita): 2 comedores; distrito 17 (Villa del Parque): 1 comedor; distrito 16 (Villa Urquiza): 1 comedor; distritos 12 y 18 (barrio del bañado de Flores): 1 comedor; distritos 4 y 5 (La Boca y Barracas): 1 comedor (CNE, 1932). En 1932 el número de comedores escolares se incrementó a 22. Estos servicios se abrieron en barrios pobres, por ejemplo, en la calle Coronel Roca 2242, que servía a niños del barrio “Las Latas”. Otros fueron ubicados en la Avenida del Trabajo, en el Bajo Flores y en el barrio de Villa Luro. Con el gravado de las fracciones centesimales de los dividendos de las carreras que no terminasen en cero, el Jockey Club era el encargado de depositar, dentro de las veinticuatro horas y a la orden del CNE, el dinero destinado a los comedores.



Imagen 2. Inauguración de los primeros comedores escolares en Mataderos y Villa Lugano (Capital Federal). 2 de julio de 1932.

Fuente: *El Monitor*, 1932.

Los fines perseguidos con las cantinas eran la sana alimentación y la regularización de la asistencia de los niños a clase -atraídos por la posibilidad de comer-, lo que aumentaba, a su vez, las horas de influencia que ejercía el ambiente escolar. Se intentaba disminuir la influencia del ambiente de la calle y familiar que, como hemos señalado, se consideraba pernicioso. También se extendía el propósito de la incorporación de normas higiénicas y de convivencia social, ejercitándose la cooperación y ayuda mutua. El servicio de alimentación y los útiles de cocina se hacían por licitación pública tomando el modelo de las escuelas al aire libre (CNE, 1932).

Reglamento de los comedores escolares

Para organizar su funcionamiento se designó a una visitadora escolar con el título de inspectora. También seautó un Reglamento de Comedores Escolares que estuvo inspirado del Reglamento General de Escuelas (1900) y que regía para el sistema educativo. El Reglamento establecía que los comedores estaban bajo jurisdicción de la Dirección General de los Comedores a cargo de la Inspección Médica Escolar. Eran gestionados por las visitadoras de higiene, cuyos deberes eran cuidar el orden y la disciplina durante las horas de funcionamiento del comedor, fiscalizar diariamente la calidad y cantidad de los alimentos, llevar con esmero los registros y fichas y remitir a la inspección un informe sobre la marcha del comedor con un conjunto de datos (total de días que funcionó durante el mes, total de niños inscriptos el primer día del mes, total de asistencias e inasistencias; total de niños cuyo peso se verificó por primera vez, total de visitas domiciliarias, etc.) (artículo 2).

La visitadora directora se encargaba de la vigilancia de los registros de inscripción, el registro de asistencia diaria, las fichas con los datos correspondientes a cada niño y el libro de informe e inspección (artículo 3). Al igual que el Reglamento General de Escuelas, la visitadora directora podía perder el cargo, según el artículo 4, por enfermedad de cualquier carácter que pusiera en peligro la salud de los niños o abandono injustificable de sus tareas. Tenía como jefa inmediata a la visitadora inspectora, a la que estaba obligada a responder por la marcha de los comedores. Las visitadoras a cargo debían desarrollar una clase quinquenal de Higiene y Urbanidad y reunir para esto capacidades técnicas. En este sentido, los comedores escolares no fueron solo un espacio de alimentación, sino también de socialización en las normas

de comportamiento consideradas civilizadas. Las clases de Higiene y Urbanidad buscaban modificar conductas indeseadas, maneras bruscas o lenguaje inapropiado en pos de formar hábitos para aplicar al medio social.

Como ha señalado Norbert Elías en su obra *El proceso de la civilización*, con respecto al desarrollo de la cultura alimenticia en las sociedades europeas, la elite dirigente demuestra el control de los sectores subalternos, desde sus apetitos corporales, sus condiciones materiales o las construcciones de sentidos. La alimentación está ligada a una ética de vida que permite al grupo de elite distinguirse de otros grupos sociales (Elías, 1989). Así, la aplicación de buenas costumbres en la mesa permite percibir y transmitir esquemas básicos de control sobre los sectores subalternos, proyectando un ideal de ciudadanía y una imagen corporal ambicionada.¹⁴

Ahora bien, ¿qué tipo de comportamiento debían internalizar los niños? Veamos lo que establecía el Programa de Urbanidad y Buenas Maneras:

Asuntos de urbanidad y buenas maneras

1. Del modo de conducirse en el Comedor Escolar. 2. Del modo de conducirse en la calle.
3. Del modo de conducirse en los espectáculos y establecimientos públicos.
4. Deberes para con las personas mayores y con los compañeros.
5. El lenguaje. Expresiones inadecuadas. El gritar como índice de incultura. Los ademanes.
6. Manera de conducirse en la mesa. La mesa es el lugar donde más claramente se revela el grado de educación y de cultura de las personas. Situarse a distancia convenientemente (...) dando al cuerpo una inclinación leve hacia adelante, sin tener la cabeza sobre el plato. No apoyar en la mesa el antebrazo (...).
No ponerse de pie hasta recibir orden. No levantar los codos, ni para partir la comida con el cuchillo, ni para tomarla con el tenedor.
7. Modo de usar los utensilios en la mesa: (...) el cuchillo se toma por el mango, con los tres últimos dedos, apoyando el pulgar en el lado interior y presionando con el índice en la parte superior (...) En la misma forma el tenedor.

Para tomar la comida del plato, no debe auxiliarse al tenedor con trozos de pan. Es una costumbre de gente ineducada (...).

No se debe comer aceleradamente ni muy despacio (...)

Son actos muy groseros:

Abrir la boca o hacer ruido al masticar. Sorber con ruido la sopa. Conversar mientras se mastica o con la boca llena. Tomar bocados muy grandes (...) (CNE, 1933).

Con respecto al Programa de Higiene, este no presentaba novedad alguna con los preceptos higiénicos enseñados en las escuelas desde fines del siglo XIX. En resumidas cuentas, apuntaba al aseo corporal (cuidado del cuerpo, lavado de la cara, cuidado de la cabeza y las enfermedades del cuero cabelludo), la limpieza de los dientes, el aseo de los vestidos y el aseo de las habitaciones. Luego daba cuenta de la higiene de la digestión y sus reglas, la acción del alcoholismo, el tabaquismo y las enfermedades de transmisión infecto-contagiosas (escarlatina, viruela, sarampión) (CNE, 1933).

Incluso en la empresa contra la falta de alimentación participaron varias reparticiones estatales, como las Fuerzas Armadas. El Ministerio de Guerra instaló comedores en las ciudades del interior: Bahía Blanca, Catamarca, Curuzú Cuatiá, Goya, La Plata, La Rioja, Mercedes (San Luis), Paraná, Paso de los Libres, Río Cuarto, Salta, y San Juan (*El Monitor*, 1932).

En 1937 el número de comedores escolares trepó a 31, beneficiando a 10,737 niños en edad escolar. Hacia 1939 el número de niños que habían pasado por los comedores, según la estadística del CNE, fue de 11,972, lo que significaba un aumento del 0.6 % con respecto al año 1938 y del 76 % con referencia al año 1932. En 1942 funcionaban en Capital Federal 36 comedores escolares que beneficiaban a 10.524 alumnos; la mitad de ellos estaban afincados al sur de la Capital, debido a los niveles de pobreza que se concentraban en esa región. El siguiente mapa (Imagen 3) ilustra la ubicación de los comedores en los veinte distritos educativos y la Tabla 1, el número de inscriptos entre los años 1932 y 1939.

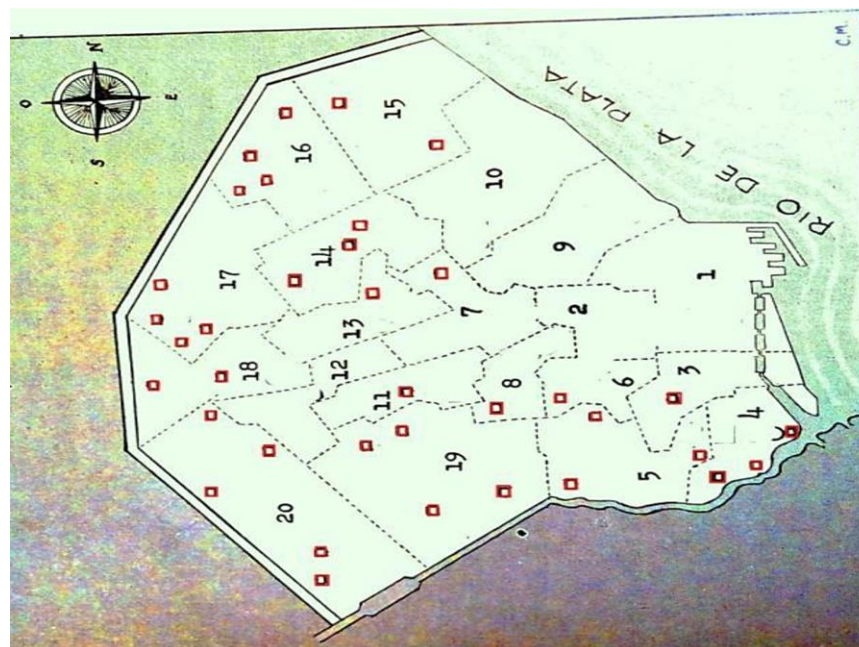


Imagen 3. Ubicación de los comedores escolares en la Capital Federal hacia el año 1942.

Fuente: *Revista de Higiene y Medicina Escolares*.

Tabla 1.

Comedores escolares y número de inscriptos (1932-1939)

Año	Inscriptos	Raciones	Comedores
1932	6.800	6.600	22
1933	8.270	6.600	22
1934	9.454	7.350	25
1935	9.609	7.350	25
1936	9.604	7.700	25
1937	10.737	8.990	31
1938	11.899	9.900	34
1939	11.972	9.900	34

Fuente: Estadística, CNE, 1939.

El catastro de los niños que se favorecían con el servicio de comedores permitía tener un registro de la evolución del peso o su ausencia de variación. La variación del peso era un indicativo de la efectividad de los servicios. Al ingresar, las visitadoras precedían a tomar el peso (Tabla 2). A modo de ejemplo, en 1933, la mayoría de los niños se beneficiaron con sus servicios. Por el contrario, los que permanecieron estacionarios o sufrieron un leve descenso lo debían a razones de salud, por pertenecer a familias de desocupados o por hallarse en un estado de desnutrición avanzado que requería no solo el alimento sino también la ingesta de medicamentos.

Tabla 2.
Variación de peso de los niños en los 22 comedores escolares (1933)

	Niños
Aumentaron de peso	6.886
Disminuyeron de peso	410
No variaron de peso	207
Se verificó una sola vez el peso	575
No se verificó el peso	192
Total	8.270

Fuente: Estadística, CNE, 1933.

Las condiciones materiales de las familias incidían en los factores nutricionales. Como vemos a continuación, la precariedad de las viviendas distaba de rendir culto a los preceptos de la higiene (Tabla 3). Otro dato es que el alimento recibido en los comedores junto con el que recibían en el hogar no era suficiente. A pesar de ello, las estadísticas recogidas por las visitadoras iluminaban un incremento en el peso de los niños.

Tabla 3.
Estadísticas recogidas por las visitadoras

Inscriptos	Estado de la vivienda	
12.578	Habitan en casas higiénicas	4.638
	Habitan en casas inapropiadas	7.940
Inscriptos	Alimentación de los niños	
12.578	Total de niños que no reciben otro alimento más que la comida del comedor	328
	Total de niños que, además del almuerzo del comedor, reciben otro alimento	12.250
Sobre los 12.250 niños	Este alimento es suficiente, complemento en	3.465
	Este alimento es insuficiente para	8.785
Inscriptos	Variación de peso	
12.578	Total de niños cuyo peso se verificó	12.435
	Con un pesaje	241
	Aumentaron	11.878
	Disminuyeron	178
	No variaron	169

Fuente: Estadística, CNE, 1942.

En resumen: la institucionalización de los comedores coronó un proceso que otrora estuvo caracterizado por un incipiente empirismo y limitaciones presupuestarias que dejaban indefenso el funcionamiento del servicio. La ley 11.597 de 1932 le dio estabilidad para los objetivos propuestos, sumado a la intervención experta de una nueva repartición que entroncó con la escuela y el CME en el fortalecimiento de los cuerpos escolares: en 1927 aparecería en escena la Clínica de Nutrición del CNE bajo la supervisión de la doctora Perlina Winocur.

La Clínica de Nutrición del CNE (1927)

En 1920 egresaba de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires con diploma de honor la flamante pediatra Perlina Winocur (1892-1959). Nacida en una colonia judía en Santa Fe, se recibió de maestra normal y luego egresó de la

Facultad de Medicina. Cabe señalar que entre 1889 y 1930 fueron 51 mujeres las que lograron la titulación académica, entre ellas Cecilia Grierson, Elvira Rawson, Julieta Lanteri, Teresa Malamud, Telma Reca de Acosta y Carolina Tobar García. En un mundo académico netamente varonil, estas profesionales debieron demostrar que la medicina podía ser una disciplina apta para sus capacidades enfatizando en sus posibilidades intelectuales para investigar y formar colegas.

Winocur tuvo una amplia trayectoria. Fue practicante externa en el Hospital de Niños de la Capital Federal entre 1915 y 1916 y médica agregada en el Hospital de Clínicas. Formó parte del Cuerpo de Sanidad Escolar, donde produjo trabajos de puericultura, nutrición infantil y medicina sanitaria. Fue una de las impulsoras de la antropometría escolar.¹⁵ Publicó numerosos trabajos en destacadas revistas científicas y en 1927 había sido la única mujer en presentar una ponencia en el Tercer Congreso de Tuberculosis titulado “Reacción positiva y negativa de la tuberculosis en los niños” (Lorenzo, 2012, p. 11).

A instancias de Olivieri y de Winocur se creó la Clínica de Nutrición y Enseñanza de Hábitos de Salud. Como era habitual, por falta de recursos, fue suprimida en 1931 y reabierto en 1935 funcionando hasta 1946. En esta segunda etapa inició su programa de investigaciones en el medio escolar. El funcionamiento de la clínica potenció a la doctora Winocur. Obtuvo una beca en el Johns Hopkins Hospital de desde enero de 1936 hasta abril de 1937. Allí realizó una serie de investigaciones que tenían como objeto la creación de nuevos organismos para la asistencia del niño en el aspecto médico y social.¹⁶

La clínica se fue sosteniendo de las experiencias de la Inspección Médica Escolar, el intercambio con instituciones, las consultas entre colegas dedicados a la alimentación, pedagogos y visitadoras. Dependiente del Cuerpo Médico Escolar, la clínica tomó el modelo norteamericano y estaba dirigida por un grupo de visitadoras especializadas en nutrición, estructurada en base a un programa esbozado por la misma Winocur. Tenía por objetivos: 1) suprimir los defectos que perturbaban el desarrollo normal del niño; 2) introducir modificaciones que le permitieran alcanzar un buen estado general; 3) divulgar conocimientos sobre alimentación y hábitos de salud; 4) asesorar a la Inspección Médica Escolar en todos los asuntos relacionados con la alimentación; 5) preparar a las visitadoras que actuaban en las instituciones nombradas; 6) realizar trabajos de investigación para tener un mejor conocimiento del escolar argentino (refrigerios, comedores, colonias escolares y hábitos

alimenticios de colectividades, institucionales o regionales); 7) formar un centro de consulta para los que realizaban trabajos afines (Winocur, 1948, p. 247).

El trabajo de Winocur y la experiencia de la Clínica de Nutrición del CNE estuvieron entroncados con el desarrollo de la alimentación como problema científico y objeto de políticas públicas durante la década de 1920 y 1940, cuando profesores universitarios y técnicos estatales de diferentes disciplinas (médicos, bromatólogos, veterinarios, ingenieros agrónomos), se involucraron activamente en la sistematización y la producción de conocimientos científicos sobre la alimentación humana (Buschini, 2016).

Una de las figuras fundantes en la profesionalización de la nutrición fue Pedro Escudero, quien ocupó la cátedra de Clínica Médica de la Facultad de Medicina y realizó, durante la década de 1920, una serie de trabajos sobre nutrición gracias a la experiencia que había acumulado en el Hospital Rawson. En 1924 le propuso al director de Asistencia Pública, Dr. Abel Zubizarreta, la creación de un servicio especializado para enfermos de la nutrición. El resultado de estas tratativas fue el nacimiento del Instituto Municipal de la Nutrición en 1929 y, en 1930, del Instituto Nacional de Nutrición a cargo de Escudero, organismo que dependía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (Escudero, 1930, p. 13).¹⁷

Para Escudero, al igual que para Winocur, la alimentación era un problema sanitario y económico y la subalimentación constituía un peligro que hacía que el individuo generase una descendencia inferior en términos biológicos. El campo de intervención del galeno y sus colaboradores se extendió desde el Instituto Municipal de las Enfermedades de la Nutrición, satisfaciendo las demandas de los funcionarios públicos y brindando servicios técnicos a organismos estatales municipales como el Consejo Deliberante y la Asistencia Pública (Buschini, 2016).

Como médica inspectora, Winocur dictó cursos sobre nutrición dietada que formaron a un grupo de visitadoras escolares. La clínica también brindaba charlas a las familias, en las que se les instruía en la forma en que debían alimentar a sus hijos, así como lo referido a factores determinantes que inciden en la salud, tales como el sueño, el descanso, la actividad física y mental, el cuidado de los dientes, el aseo y la vida al aire libre (Winocur, 1943).

Winocur realizó varios trabajos científicos desde la Clínica de Nutrición. En 1932 publicó, junto con la doctora Berta Vidal de Battini, quien a la sazón se desempeñaba como directora de la Escuela al Aire Libre No. 6 de Capital Federal; un Programa de Salud para la Escuela Primaria (Winocur y Vidal, 1932). En 1943

presentó una exhaustiva pesquisa sobre el peso y la talla de niños en la ciudad de Buenos Aires con prólogo del reconocido médico Bernardo Alberto Houssay (Imagen 4).

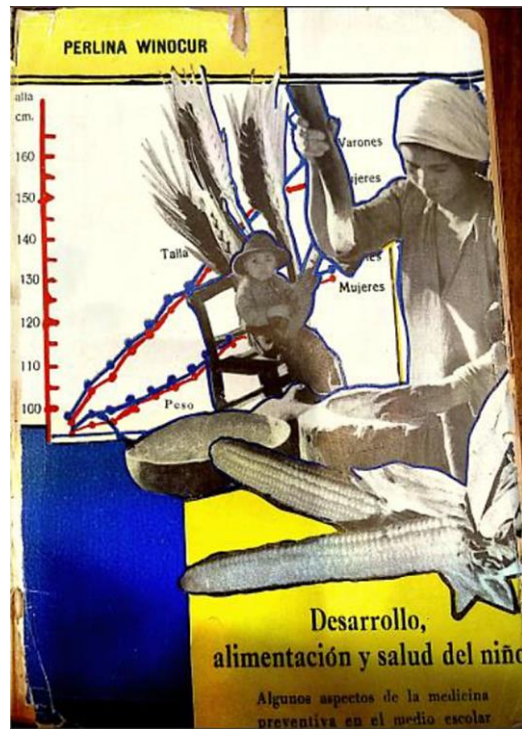


Imagen 4. Portada del libro *Desarrollo, alimentación y salud del niño* (Winocur, 1943)

La pediatra reconocía el valor que tuvieron las escuelas al aire libre, las colonias de vacaciones, los comedores infantiles y la asistencia social inaugurados a principios del siglo XX en el desarrollo del estado nutritivo de los escolares.¹⁸ De todas formas, hacia fines de la década de 1930, opinaba que esa etapa estaba siendo superada y que la ayuda asistencialista o toda iniciativa de sustraer al niño de su hogar resultaba nociva tanto para el niño como para la familia:

El ideal es que los niños vivan con sus padres, que estos conserven su responsabilidad, no sustraerlos al cuidado y al afecto de los suyos colocándolos en una vida anónima donde su importancia personal se diluye, en lugares artificialmente organizados, sin cambios ni grandes emociones; fría y carente de tradición hogareña, tan importante en el sustrato de la personalidad futura (Winocur, 1948, p. 13).

Al igual que los médicos escolares pensaba que el problema de la alimentación tenía una faz económico-social. Según su perspectiva, la medicina preventiva encontraba dos problemas en el campo escolar: la pobreza y la ignorancia de las familias. Cabe recordar que, a pesar de la génesis de la clínica y la expansión de los comedores escolares, la gestión de la beneficencia sobre diversos aspectos en el cuidado y desarrollo de la infancia no menguaron. La Clínica aportó la experticia y, junto a la escuela primaria, los recursos divulgativos y de catastro de la población escolar; pero no así la extensión profusa de los servicios alimenticios al conjunto de la población infantil. A fines de la década de 1930 el mismo Olivieri, desde el Cuerpo Médico Escolar, reconocía que esa intervención era insuficiente. La mala alimentación y la desnutrición seguían afectando la infancia de los barrios pobres (Olivieri, 1938).

Funcionamiento de la Clínica de Nutrición del CNE

El funcionamiento de la clínica era el siguiente: la visitadora, los médicos de distrito o los maestros seleccionaban a los niños que daban signos de debilidad. Se tenía en cuenta el estado nutritivo, el color de piel, los relieves óseos, la actitud física (posición) y la expresión del rostro. A esto se le sumaba el informe de la maestra (atención, cansancio físico y mental) y se completaba con los antecedentes e historia clínica recogida por el médico escolar.

Los niños debían concurrir con sus padres para facilitar los datos de la historia clínica. El peso era registrado en cada visita y la talla cada dos meses. La talla se tomaba sin zapatos con los talones unidos y apoyados contra la pared del altímetro. Las tablas utilizadas punteaban el peso que correspondía según la edad y la altura. En este proceso el lugar que ocupaba la visitadora era fundamental: debía tener conocimientos sobre alimentación y su aplicación, economía doméstica, administración del dinero y preparación de alimentos; conocer las instituciones, su funcionamiento y correlación con el lugar donde trabajaba. La visitadora también propiciaba una experticia pedagógica, social y económica para apreciar los problemas mundiales y su repercusión en la vida diaria. Según Winocur, “la cultura general completa su personalidad, haciéndola más flexible, más humana, al mismo tiempo renueva el interés, condiciones importantes cuando se debe alternar forzosamente con elementos heterogéneos” (Winocur, 1948, p. 264).

La clínica brindaba conferencias a los padres y madres y tutores en torno a la alimentación y a la educación sanitaria en general. Las visitadoras repartían material mimeografiado sobre menús y tablas sobre composición y valor de los alimentos. También dictaban un ciclo de conferencias para maestros que giraban sobre temáticas que iban desde la alimentación, el apetito del niño, la necesidad calórica o las instituciones que se ocupaban de la alimentación infantil. A modo de ejemplo, para resumir el accionar de la clínica citamos la estadística de 1935:

Tabla 4.
Estadística 1935

Estadística 1935	
La clínica de nutrición funcionó	95 días
Las visitadoras citaron	515 alumnos
De los cuales concurrieron	467 alumnos
De los cuales se ficharon	255 alumnos
De consultorio	112 alumnos
Concurrieron de 3 a 25 veces	239 alumnos
Visitas a domicilio	163 alumnos
Remitidos a colonia	99 alumnos
Resultados	
Número de graduados	40 alumnos
Aumentaron de peso sin graduarse	169 alumnos
Quedaron estacionados	14 alumnos
Disminuyeron	16 alumnos
De consultorio	112 alumnos
Mejoraron	
Por aumento de peso	93%

Fuente: Estadística CNE, Educación Común, 1936.

Las visitadoras realizaban una encuesta en la que se describían todos los aspectos sociales relacionados con la vida de los escolares, entre los que se encontraban la posición económica de la familia y las condiciones higiénicas de la vivienda. El examen clínico determinaba el peso, la talla y el perímetro torácico, datos fundamentales para establecer el índice de nutrición. En este sentido, los estudios biométricos, reducidos al ámbito capitalino, permitían apreciar los cambios

operados de una generación a otra y la influencia del mejoramiento económico que incidían en las condiciones alimenticias y de vivienda. Las tablas comenzaron a usarse luego de la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Las clases dirigentes, perplejas por el gran número de jóvenes inaptos para el servicio militar, iniciaron una campaña por el mejoramiento de la salud. Las tablas de peso y talla fueron difundidas en las escuelas, hospitales y otras instituciones infantiles.

Por último, hay que señalar que a mediados de la década de 1930 la interposición de los poderes públicos sobre la niñez desvalida se diversificó. El Congreso Nacional, a instancias del socialista Alfredo Palacios, dictó la ley 11.838, que creó una Comisión de Ayuda al Niño. A dos años de sancionada la ley, la Comisión no recibió los fondos estipulados pactados para su funcionamiento. En 1936 la ley 12.341 dio vida a la Dirección de Maternidad e Infancia, organizada en centros de higiene materno-infantil, dispensarios para lactantes, lactarios, cantinas infantiles y jardines de infantes. Esta medida vino acompañada, en 1938, de la ley 12.558 de “Protección a los niños en Edad Escolar”, instituyéndose la Comisión Nacional de Ayuda Escolar, que tenía el objeto el cuidado de la salud física y moral de la niñez, especialmente en el norte y en los Territorios Nacionales. La asistencia médico-escolar se efectuaba de manera gratuita en los consultorios, a domicilio o en las escuelas (ley 12.588, 1939).

Como ya hemos destacado, el recorrido histórico realizado da cuenta de la importancia que tuvo la niñez para los gobiernos conservadores y liberales que se alternaron en el poder en las primeras décadas del siglo XX. Y no era para menos: el proyecto de Nación impulsado a fines del siglo XIX contemplaba la necesidad, ya fuera por utilidad o por sensibilidad, de concursar los recursos materiales y espirituales para intervenir sobre la infancia desamparada. Esta impronta quedaría simbolizada, trazando cierta continuidad con las políticas reseñadas en este trabajo, durante el gobierno peronista (1946-1955) en el lema oficial que rezaba categóricamente “Los únicos privilegiados son los niños”.

Conclusiones

Desde fines del siglo XIX y las tres primeras décadas del siglo XX, la alimentación escolar se había transformado en una de las preocupaciones más acuciantes de las elites dirigentes del país y de los médicos que actuaron en los servicios médicos

escolares. Las mediaciones del Estado en la Capital Federal se valieron de distintas sociedades filantrópicas, instituciones como el Patronato de la Infancia y el saber especializado de un grupo de médicos como Emilio Coni, Genaro Sisto o Enrique Olivieri. Estos galenos pregonaron tempranamente el problema de la alimentación como un problema social, que debía ser encarado desde diversas estrategias, tales como la copa de leche, la creación de las cantinas escolares, las escuelas para niños débiles o las campañas alimenticias. A mediados de la década de 1920, uno de los puntos de inflexión fue la creación de la Clínica de Nutrición a cargo de la pediatra Perlina Winocur. El proceso se vio potenciado por el nacimiento de una noción que encaró la alimentación como un problema científico y objeto de políticas públicas hacia 1920 y 1940.

A pesar de la génesis de la Clínica de Nutrición y la incipiente expansión de los comedores, la gestión de la beneficencia sobre el cuidado y desarrollo de la infancia no menguó, ya que fue una rueda de apoyo en la labor de los poderes públicos. La clínica aportó la experticia y los recursos divulgativos y de catastro de la población escolar, perfilando la constitución de un saber que pasó de cierto empirismo a una prédica científica para incidir en la cuestión de la alimentación. Estas estrategias no estuvieron exentas de críticas. Las medidas adoptadas por el CNE carecieron de rigurosidad o sistematización durante las primeras décadas del siglo XX, y los beneficios en el corto y mediano plazo fueron difusos y difíciles de percibir. Como hemos visto, las medidas no alcanzaron a cubrir las necesidades de los niños que provenían de sectores subalternos y cuya cultura alimenticia estaba condicionada por los escasos recursos familiares. El mismo Olivieri reconoció, a fines de la década de 1930, es decir, luego de la sanción que instituyó los comedores; que estos habían sido insuficientes para revertir el problema. Por lo tanto, el proceso no fue lineal, ya que la falta de recursos o personal especializado, o las limitaciones propias del sistema, imponían obstáculos a la obra educativa estipulada en la ley 1420 de educación libre, gratuita y laica.

Es dable enfatizar que el trabajo nos interpela a pensar el lugar de la escuela pública en Argentina en el presente. En contextos de crisis y de ajuste en políticas sociales, endeudamiento y desempleo, los comedores escolares cobran un protagonismo nodal para los sectores más postergados dentro de la agenda del Estado. Según el informe del Observatorio Social de la Universidad Católica Argentina (UCA), de diciembre de 2019, más de la mitad de los niños y adolescentes en Argentina son pobres, en un país, cabe señalar, que es productor de alimentos. Un 35 % asiste a

comedores -ya sea en las escuelas u otras organizaciones- y un 13 % pasa hambre (*Diario Perfil*, 06/06/19).

En la actualidad muchas de las escuelas de la Capital Federal y de las provincias cuentan con comedores escolares. Las discusiones que en los últimos años tiñeron el debate entre docentes y funcionarios, entre la escuela que debía cumplir funciones sociales, una de ellas la alimentación, y la escuela que debía fortalecer la calidad del servicio de enseñanza; nos remite a dialogar con las políticas sociales propuestas en el pasado, interpretarlas y analizarlas sin idealizaciones o modelos a seguir.

Notas al pie:

¹ El CNE fue creado en 1881 e inicialmente su autoridad recaía sobre las escuelas de Capital Federal, para luego extenderse a las escuelas nacionales de todo el país. Por su parte, la ley 1420 sancionada en 1884 bajo la presidencia de Julio Roca (1880-1886), establecía que la educación sería libre, gratuita y laica. Se aplicó en Capital Federal y en los denominados Territorios Nacionales que dependían directamente del gobierno nacional.

² Los postulados de la eugenesia se desarrollaron en Europa a fines del siglo XIX y apuntaba a erradicar las enfermedades como factor degenerativo de la raza, alentando una descendencia sana en términos biológicos. Tuvo dos vertientes en el mundo occidental: la anglosajona, como fue entendida en Alemania, países escandinavos y EE. UU., en la cual primaron diversas iniciativas como la esterilización, la castración o la eutanasia de seres considerados indeseables. Por su parte, la eugenesia latina, estuvo empeñada en alentar la reproducción de aquellos individuos corporalmente y mentalmente sanos para mejorar la media poblacional. Se sostuvo en medidas y leyes que tendían a la protección de las madres y los niños y otras relacionadas con la extensión de los servicios de salud pública. (Ver: Armus, 2016; Miranda y Vallejo, 2005)

³ Durante las décadas que recorre este trabajo, la clase dirigente, desde diversas ópticas ideológicas ya sean liberales o conservadores; mantuvieron continuidad con las políticas en torno al problema de la niñez desvalida como veremos en el corpus del trabajo. El peronismo se nutría de las experiencias previas en materia social, dándole al Estado un lugar fundamental en la centralización y ejecución de políticas públicas.

⁴ Para una historia de las infancias en América Latina desde diversos abordajes, ver la compilación de Lionetti, Cosse y Zapiola (2018).

⁵ Las escuelas para niños débiles surgieron en Alemania a fines del siglo XIX. En Argentina su origen se remonta a 1908 bajo la presidencia del doctor José Ramos Mejía en el CNE. Se instalaron en Parque Lezama y Parque Olivera, cedidos por la municipalidad de la Capital Federal. Entre 1930 y 1940 funcionaron ocho escuelas de este tipo en la Capital Federal. Ofrecían alimentación y ejercicios junto con los exámenes médicos pertinentes y estaban destinadas a los niños, que, sin ser enfermos, tuvieran predisposición a serlo.

⁶ Capital Federal estaba dividida en 20 distritos escolares. Los datos fueron obtenidos sobre las distintas cooperadoras escolares que funcionaron en el año 1922. El autor aclara que no se pudieron obtener datos de los Consejos Escolares 16, 17 y 19.

⁷ Una de las asociaciones que colaboraban en la alimentación de los niños fue la filantrópica, como “La Obra de la Patria”, cuyo local estaba instalado en la calle Arena 93. Esta alimentaba diariamente a los chicos que vivían en las inmediaciones del Riachuelo (suroeste de la Capital), al sur de la calle Caseros y al oeste del Parque de los Patricios.

⁸ La Federación vio su génesis en 1909 con el auspicio de la Asociación Nacional del Profesorado. En mayo de ese año se celebró en Buenos Aires su primer congreso. Su objetivo era brindar dirección a la marcha de asociaciones cooperadoras de la educación existentes en el país. El programa de acción contemplaba, entre otras cosas, combatir el analfabetismo, fortalecer las escuelas populares, los cursos de extensión escolar y las bibliotecas. También se proponía desarrollar las cantinas escolares, las cajas de caridad para escolares pobres y débiles o enfermos, las sociedades de templanza y ahorro e incentivar el desarrollo de los Clubes de Madres (*El Monitor*, 1909).

⁹ A principios del siglo XX las primeras cantinas también fueron establecidas en Capital Federal por la Sociedad Damas de Caridad en sus asilos maternos. Los asilos para entonces ascendían a cinco, y cada uno protegía a más de 5000 niños. La Asociación Cantinas Maternas en 1916 establecieron un servicio de protección maternal a domicilio que brindaba asistencia médica, distribución de ropa y alimentos. En 1928 el CNE solicitó a la presidenta de las cantinas que se ocupara de instalar y organizar cantinas escolares anexas a las maternas. Los niños podían concurrir con un certificado de pobreza (Nari, 2004).

¹⁰ La Escuela de Visitadoras de Higiene Social, fue creada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. en el año 1920. Ver: Gavrila, 2018.

¹¹ Federación Argentina de Sociedades Populares de Educación, 1937.

¹² Olivieri dirigió los Servicios Médicos Escolares del CNE entre 1924 y 1938. Bajo su gestión se modernizaron estos servicios, profundizando el proceso de medicalización del ámbito escolar. Ver 2016.

¹³ Las “villas” son asentamientos poblacionales precarios que aún existen en la Capital Federal. Una de ellas fue “Villa Desocupación” (hoy “Villa 31”), en la zona de Retiro junto al puerto. Surgió entre los años 1932 y 1935, debido a la crisis mundial capitalista. En la actualidad se encuentra cerca de los barrios más pudientes de la Capital Federal. Este asentamiento no fue el primero de su tipo: ya existían “villas miserias” en el sur de la Capital Federal, sobre todo en Parque Patricios y el Bajo Flores, en los conocidos barrios “Las Ranas”, “Las Latas” o “La Quema”; ya que allí se transportaba y quemaba la basura de la ciudad.

¹⁴ En el imaginario de las primeras décadas del siglo XX, la gordura era un síntoma de buena salud física y económica. Los cuerpos delgados se correspondían con la imagen del hambre, la pobreza, la enfermedad y la muerte; mientras que el sobrepeso era símbolo de bienestar, salud y belleza (Aguirre, en Torrado, 2007).

¹⁵ La antropometría estudia las medidas del cuerpo humano, registrando información y proveyendo una medida del estado de crecimiento de un individuo en relación con la mediana de referencia.

¹⁶ Legajo de Perlina Winocur. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina.

¹⁷ Para un análisis sobre la labor de Escudero, ver: Buschini, 2016.

¹⁸ Por “estado nutritivo” se refiriere a los tejidos, abundancia y calidad de estos: panículo, adiposo, músculos. Todos ellos se ven afectados cuando existen faltas dietéticas (Winocur, 1948).

Referencias

- Aguilar, D. (1921). Ayuda nutritiva al niño en edad escolar. *El Monitor de la Educación Común*, 40(588), 201-206.
- Aguirre, P. (2007). Comida, cocina y consecuencias: la alimentación en Buenos Aires. En S. Torrado (Comp.), *Oblación y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX. Tomo II* (pp. 469-504). Buenos Aires, Argentina: Edhasa.
- Álvarez, A. (2007). De la higiene pública a la higiene social en Buenos Aires, una mirada a través de sus protagonistas, 1880-1940. *Boletín Mexicano, Historia, Filosofía, Medicina*, X(1), 4-11. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2007/hf071b.pdf>
- Anales del Patronato de la Infancia (1868). *Revista de Higiene Infantil*, 6(3-4), 105-107.
- Aráoz, G. (1898). Sobre algunas de las necesidades más premiosas en la protección y asistencia de los niños. *Anales del Patronato de la Infancia. Revista de Higiene Infantil*, 6(3-4), 1-9.
- Armus, D. (2000). El descubrimiento de la enfermedad como problema social. En M. Lobato (Dir.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)* (pp. 506-550). Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Armus, D. (2007). Un médico higienista buscando ordenar el mundo urbano argentino de comienzos del siglo XX. *Salud Colectiva*, III(1), 71-80.
- Armus, D. (2016). Eugenesis en Buenos Aires: discursos, prácticas, historiografía. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 234(1), 149-169. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016000500009>.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación, cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(2), 331-351. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138035006.pdf>

- Billorou, M. J. (2010). Los comedores escolares en el interior argentino (1930-1940). Discursos, prácticas e instituciones para el apoyo a los escolares necesitados. En L. Lionetti y D. Míguez (Comps.), *Las infancias en la historia argentina. Intersecciones entre prácticas, discursos e instituciones (1890-1960)* (pp. 155-174). Buenos Aires, Argentina: Prohistoria.
- Buschini, J. (2016). La alimentación como problema científico y objeto de políticas públicas en la Argentina: Pedro Escudero y el Instituto Nacional de la Nutrición, 1928-1946. *Apuntes*, 43(79), 129-156. doi: <http://dx.doi.org/10.21678/apuntes.79.868>.
- A. (2011). El cuidado de la salud de los escolares en la provincia de Buenos Aires durante el primer peronismo (1946-1955). Las libretas sanitarias, las fichas de salud y las cédulas escolares. *Propuesta Educativa*, 1(35), 113-120. Recuperado de: <http://www.propuestaeducativa.flacso.org.ar/archivos/articulos/12.pdf>
- A. (2016). Saberes médicos y medicalización en el ámbito escolar (1920-1940). *Revista Pilquen*, XIX(3), 33-51. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3475/347547503004.pdf>
- Carbonetti, A. (2005). La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la provincia de Córdoba. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 25, 87-116. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114014/142461>
- Carli, S. (2012). *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina (1880-1955)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Miño y Dávila.
- Cavia, D. (1911). La alimentación de la segunda infancia. *El Monitor de la Educación Común*, 30(468), 447-479.
- Coni, E. (1879). La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires. Estudio comparativo con la mortalidad infantil de Río de Janeiro, Montevideo, Lima, Méjico y otras ciudades americanas. Buenos Aires, Argentina: Imprenta Pablo Coni.
- Coni, E. (1918a). Higiene social, asistencia y previsión social. Buenos Aires caritativo y previsor. Buenos Aires, Argentina: Imprenta Spinelli.
- Coni, E. (1918b). *Memorias de un médico higienista. Contribución a la historia de la higiene pública y social argentina (1867-1917). Tomo I*. Buenos Aires, Argentina: Talleres Flaiban.
- Coni, E. (1921). Cantinas escolares [Argentina]. Ollas infantiles [Chile]. Alimentación escolar en Estados Unidos de América. *El Monitor de la Educación Común*, 39(583), 28-32.
- Di Lisica, M. S. (2005). Colonias y escuelas de niños débiles. Los instrumentos para la eugenesia en la primera mitad del siglo XX en Argentina. En *Instituciones y formas de*

- control social en América Latina. 1840-1940* (pp. 93-113). Buenos Aires, Argentina: Nuevo Offset.
- Di Liscia, M. S. (2011). Marcados en la piel: vacunación y viruela en la Argentina (1870-1910). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2), 259-265. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200005>.
- Elías, N. (1989). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- El Monitor de la Educación Común* (1908). La copa de leche en las escuelas de la provincia de Buenos Aires. *El Monitor de la Educación Común*, 421, 45-47.
- El Monitor de la Educación Común* (1909). Primer Congreso Nacional de Sociedades Populares de Educación, *El Monitor de la Educación Común*, pp. 452-454.
- El Monitor de la Educación Común* (1932). Nuevos comedores escolares. *El Monitor de la Educación Común*, 51(716), 173-176.
- Educación Común en Capital, Provincias y Territorios Nacionales (1932). Informe presentado al Ministerio de Justicia e Instrucción Pública por el Consejo Nacional de Educación. Buenos Aires.
- Educación Común en Capital, Provincias y Territorios Nacionales (1936). Informe presentado al Ministerio de Justicia e Instrucción Pública por el Consejo Nacional de Educación. Buenos Aires, Argentina.
- Escudero, P. (1930). Conferencia pública pronunciada en la Academia Nacional de Medicina el 4 de junio de 1930. *La Semana Médica*, 37, 531-534.
- Federación Argentina de Sociedades Populares de Educación (1937). El problema de los escolares desnutridos. Buenos Aires, Argentina: Imprenta Gallo.
- Gavrila, C. (2018). *Hermosear y vigilar. Las Visitadoras de Higiene Social de la Universidad Nacional de La Plata en el proceso de institucionalización del Trabajo Social en la Argentina (1922-1948)*. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Quilmes, Argentina.
- Gobierno de Argentina-Poder Ejecutivo de la Nación - Consejo Nacional de Educación (1930). Libro de Actas. Buenos Aires, Argentina
- Golbert, L. (2010). *De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Guy, D. (2011). *Las mujeres y la construcción del Estado de Bienestar. Caridad y creación de derechos en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.
- Ministerio de Justicia e Instrucción Pública, Comisión Nacional de Ayuda Escolar (1939). *Ley 12.558*. Buenos Aires, Argentina.
- Miranda, M., Vallejo, G. (compiladores) (2005). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Moreno, F. (1914). Alimentación de los niños menesterosos de las escuelas primarias, 1852-1919, Buenos Aires. *El Monitor de la Educación Común*, 32(497), 158-173.

- Lorenzo, M. F. (2012). Graduadas y profesionales. Los desafíos de las estudiantes y egresadas de Medicina de la Universidad de Buenos Aires entre 1889-1940. Ponencia presentada en *Sociedades, Cuerpos y Saberes Biomédicos: V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad*, Buenos Aires, Universidad Nacional Tres de Febrero, 3, 4 y 5 de octubre de 2012.
- Lionetti, L. (2005). La función republicana de la escuela pública: la formación del ciudadano en Argentina a fines del siglo XIX. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, X(27), 1225-1259.
- Lionetti, L. (2018). La construcción del campo de la infancia anormal en la Argentina. Discursos, representaciones, y practicas profesionales. En L. Lionetti, I. Cosse y M. C. Zapiola (Comps.), *La historia de las infancias en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales (IGEHCS). Universidad Nacional del Centro / CONICET.
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Olaechea, B. (2008). Debilidad, eugenesia y actividad física a principios del siglo XX. Ponencia presentada en las *Jornadas de Cuerpo y Cultura*, Universidad Nacional de La Plata, 15 al 18 de mayo 2008. Recuperado de: Memoria Académica: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.661/ev.661.pdf
- Olivieri, E. (1938). El problema de la alimentación escolar. *El Monitor de la Educación Común*, 58(791), 3-26.
- Olivieri, E. (1942). Organización de la medicina escolar. *Revista de Higiene y Medicina Escolares*, I(1), 84-103.
- Rustoyburu, C. (2019). *La medicalización de la infancia. Florencio Escardó y la nueva pediatría en Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Salvatore, R. (2001). Sobre el surgimiento del estado médico legal en la Argentina (1890-1940). *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral*, XI(20), 81-114.
- Sisto, G. (1904). *Establecimientos preventivos infantiles. Necesidad de su creación en la República Argentina y urgencia en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina: Estudio Tipográfico L. E. Kraus.
- Stevens, L. (1913). *School Feeding*. Historia y estado actual del movimiento de la alimentación escolar. *El Monitor de la Educación Común*, 32(491), 184-189.
- Tonina, T. (1923). *La alimentación de los escolares*, Buenos Aires, Argentina: Imprenta Spinelli.
- Winocur, P. (1942). Peso y talla de los escolares argentinos pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires. Estudio hecho sobre 28.770 niños argentinos que concurren a las escuelas elegidas en cada uno de los veinte distritos Escolares de Capital. *Revista de Higiene y Medicina Escolares*, 1(2), 75-108.



- Winocur, P. (1943). Organización de los servicios de alimentación para escolares. *Revista de Higiene y Medicina Escolares*, 1(4), 84- 91.
- Winocur, P. (1948). *Desarrollo, alimentación y salud del niño. Algunos aspectos de la medicina preventiva en el medio escolar*. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Winocur, P. y Vidal de Battini, B. (1932). El programa de salud en la Escuela Primaria. *Archivo Argentino de Pediatría*.