



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Gladys Massé¹, Raquel Pollero² y Carolina Luongo³

1 Universidad de Buenos Aires (UBA) – Facultad de Filosofía y Letras – Departamento de Historia.
gladysmasse@yahoo.com

2 Universidad de la República (Udelar) - Facultad de Ciencias Sociales - Programa de Población.
raquel.pollero@cienciassociales.edu.uy

3 Universidad de la República (Udelar) - Facultad de Ciencias Sociales - Programa de Población.
c.luongoroca@gmail.com

**Los puertos rioplatenses -Montevideo y Ciudad de Buenos Aires- y
las crisis de mortalidad en las primeras etapas de la transición epidemiológica
en Uruguay y Argentina (1850-1919).**

Eje: Mortalidad y Salud
SR. 46 – Viejas y nuevas epidemias y pandemias
ORGANIZADOR DE LA PROPUESTA: Juan Carlos Rodríguez
RED: Demografía Histórica e Historia de la Población

Gladys Massé, Raquel Pollero y Carolina Luongo

Los puertos rioplatenses -Montevideo y Ciudad de Buenos Aires- y las crisis de mortalidad en las primeras etapas de la transición epidemiológica en Uruguay y Argentina (1850-1919).

Introducción

Los estudios demográficos latinoamericanos, como los ya clásicos de Zavala de Cosío (1992) y Pantelides (1983 y 1992), han señalado a los países rioplatenses –Uruguay y Argentina- entre los pioneros en iniciar el denominado proceso de transición demográfica en América Latina, antecediendo en varias décadas a los demás de la región.

En líneas generales, la literatura de ambos países ha abordado el análisis de este cambio demográfico. Desde la teoría se ha resaltado el rol de la mortalidad en la dinámica demográfica y su incidencia en el crecimiento de la población, más allá del reconocido impacto generado por la migración. Si bien no es sencillo precisar el inicio temporal del descenso de la mortalidad, se ha estimado que hacia 1900 la esperanza de vida al nacer era de 40 años para Argentina (Somoza, 1971; Torrado 2003) y 48 años para Uruguay (Pellegrino et al. 2008).

Se ha planteado que se podría identificar como característica de un primer momento de ese descenso, la etapa en que se alcanza una esperanza de vida al nacer de 40 años y dejan de producirse las caídas bruscas, propias de las crisis de mortalidad pretransicionales, señalando el fin de las grandes epidemias (Pérez Brignoli 2010).

Este trabajo se enmarca en un proyecto de investigación más amplio sobre el proceso de transición demográfica y transición sanitaria de las dos mayores áreas urbanas del Río de la Plata, Montevideo y Buenos Aires, ciudades que se adelantan en procesar la transición demográfica respecto al resto de los territorios de ambos países.⁴ Esta ponencia se focaliza en examinar en particular el comportamiento de las crisis de mortalidad en ambas ciudades. Se pretende estudiar el proceso de transición epidemiológica en sus fases más tempranas en clave comparativa entre 1850 y 1919. Particularmente el comportamiento de la mortalidad extraordinaria, identificando años de crisis de mortalidad y la naturaleza de estas, en un período que protagoniza importantes epidemias de enfermedades infecciosas. Asimismo, se analizarán las medidas que las autoridades sanitarias en ambas ciudades adoptaron frente a ellas.

Cabe mencionar en este caso que tanto el proyecto de investigación aludido como el envío inicial a la ALAP de un resumen corto de esta ponencia fueron desarrollados de manera previa a la expansión de la pandemia de COVID-19 a nivel mundial.⁵ Si bien la investigación ya se encontraba en progreso, el

Grupo de Investigación y Desarrollo *Pueblos y números del Río de la Plata* (CSIC, UdelAR), proyecto: “Buenos Aires y Montevideo se adelantan: la transición demográfica en el Río de la Plata, 1860-1963”.

⁵ En febrero de 2020, la OMS, organismo de las Naciones Unidas regente internacional de las medidas de salud, difundió un “Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19)”, cuyo objetivo principal era detener la transmisión del virus de persona a persona y cuidar a los afectados. La

análisis de sus resultados adquirió una nueva dimensión a medida que esta nueva enfermedad se extendía en América Latina y alcanzaba a ambos países al momento de la redacción de esta presentación. Nunca ha sido entonces más significativo el bucear en el pasado con el fin de interpretar fenómenos que suponíamos ya superados cuando, una vez más, la dinámica epidemiológica nos desafía y hace protagonistas de una nueva realidad demográfica.

Un aspecto no menor de esta exploración consiste en acercarnos a asegurar el criterio de comparabilidad necesario en el presente estudio. En efecto, las estadísticas disponibles en una y otra margen del Río de la Plata podrían referir a unidades de análisis, variables y categorías diversas, producto de marcos conceptuales disímiles al momento de la captación del dato. Conscientes de esta restricción inicial, la investigación que hoy se presenta incluye un proceso de revisión, armonización y homologación conceptual y operativa, de manera de, en la medida de lo posible, asegurarnos de cumplir con este requisito metodológico básico.

Asimismo, habida cuenta de la extensa producción académica sobre las epidemias de enfermedades infecciosas durante el período en estudio, para el caso argentino y en particular para el de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Álvarez s.f.; Figuepron 2020; Armus 2007; Carbonetti y Celton 2007) y en menor medida para Montevideo (Pollero 2015, 2016; Cristina et al. 2018; Serrón 2007, Burges 2007), consideramos que la perspectiva comparativa propuesta constituye el aporte original y esperamos que contribuya a la interpretación de los fenómenos epidemiológicos y demográficos rioplatenses.

En el trabajo se presenta en primer lugar, el marco conceptual y la presentación de antecedentes para Montevideo y para la Ciudad de Buenos Aires. En un segundo apartado se señalan las fuentes de datos y la metodología utilizada. Posteriormente se brindan los resultados del análisis de la mortalidad. Y finalmente se analizan comparativamente las medidas propuestas por las autoridades sanitarias de ambas ciudades para el retroceso de las crisis.

1. Presentación del caso y marco conceptual

En la interpretación de los resultados hemos considerado las explicaciones de la teoría de la transición epidemiológica de Omran (1971). El autor consideraba que, a medida que descendía la mortalidad, todas las sociedades experimentarían un cambio en el peso relativo de las causas de muerte. En su versión clásica, Omran distingue tres etapas sucesivas con determinados niveles de mortalidad y de incidencia de esta variable en la dinámica demográfica. La primera, “edad de las pestilencias y hambrunas” se caracteriza por una mortalidad alta y fluctuante, con una esperanza de vida que oscila entre los 20 y 40 años, e impide el crecimiento sostenido de la población. Las principales causas de muerte son las enfermedades infecciosas. En el caso de Francia, Meslé y Vallin (2002) consideran que prevaleció hasta mediados del siglo XVIII. Durante la segunda, la “edad de retroceso de las pandemias” los picos de crisis son menos frecuentes y van disminuyendo. La mortalidad desciende de manera progresiva, con el consecuente aumento de la esperanza de vida de 30 a alrededor de 50 años. El crecimiento de la población es sostenido y comienza a ser exponencial. La mortalidad y la fecundidad se presentan como componentes de similar influencia en el crecimiento demográfico. Las

OMS insta a todos los asociados a aprovechar esta oportunidad única para actuar de inmediato y ayudar a todos los países a detectar y diagnosticar el virus con rapidez y evitar que siga propagándose. En este documento de orientación se describen las medidas que deben tomarse en los países para contener el virus, que se actualizarán con orientación adicional si la situación epidemiológica cambia. Al momento de la redacción de esta ponencia esos objetivos no se han cumplido.

enfermedades infecciosas continúan siendo las principales causas de defunción, pero las no transmisibles comienzan a ser significativas. Esta etapa habría comenzado en el siglo XVIII en Europa noroccidental (en Francia alrededor de 1750) y se extendió lentamente al resto del continente, llegando a los países del sur en el siglo XX. En las epidemias, el cólera reemplaza a la peste y, al presentarse con una violencia mucho menor, pudo ser rápidamente encauzada. Entre las enfermedades endémicas, la tuberculosis aumenta en los primeros tiempos, y comienza a retroceder a fines del siglo XIX (Meslé y Vallin, 2002). La tercera y última etapa descrita en la versión original sería la “edad de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre”, en la cual la mortalidad continúa su descenso y se produce el cambio en la estructura de la mortalidad por edad y por causa propio de la *transición epidemiológica*, dando lugar al incremento relativo de las enfermedades cardiovasculares y degenerativas, propias de las edades avanzadas.

Las principales críticas realizadas a esta teoría cuestionaban su visión unidireccional, sin interrupciones, y su tercera etapa como última. El concepto más amplio de transición sanitaria propuesto inicialmente por Frenk et al. (1991) abre la puerta no solamente a otras etapas de la transición epidemiológica, sino que, además de la epidemiológica, incluye otras transiciones, asociando cada etapa a cambios societales en aspectos económicos, sociales, políticos y culturales.

El período de estudio propuesto en esta ponencia nos lleva a considerar que se corresponde con comportamientos de la mortalidad propios de la primera y segunda etapas descritas estilizadamente por Omran. Es decir, poblaciones con un nivel alto de mortalidad normal expuestas a perturbaciones de bruscos aumentos en las defunciones, concentrados en cortos períodos. A esta mortalidad extraordinaria se le denomina *crisis de mortalidad* producidas por una causa que no se encuentra habitualmente en la población. En la actualidad hay consenso en que sus factores determinantes son, básicamente, las enfermedades —epidemias—, las guerras y/o las crisis de subsistencia —hambre, llegando inclusive a poder potenciarse debido a la sinergia que se produce entre ellos, provocando incluso crisis mixtas.

Salvo en el caso de las causas externas (guerras, accidentes o catástrofes naturales), el resto de las causas de muerte sea cual fuere el determinante, concluyen en una enfermedad, entre las que, de acuerdo al estadio de la transición epidemiológica en que se encuentran las poblaciones pretransicionales, predominan ampliamente las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Paulatinamente, algunas enfermedades causantes de epidemias irán tomando el carácter de endémicas en la población,⁶ con brotes epidémicos, y las crisis se irán espaciando. Esta mayor estabilización de la mortalidad sería característica de una primera fase de transición de la mortalidad.

En la actualidad se conoce que la forma de transmisión de los microorganismos y su entrada al cuerpo humano es a través de cuatro vías: 1) enfermedades del aparato digestivo que se transmiten por vía fecal a través de la contaminación del agua y la ingestión de alimentos contaminados (disentería, fiebre tifoidea, gastroenteritis, cólera); 2) enfermedades transmitidas por el aparato respiratorio y por comunicación aeróbica de persona a persona (escarlatina, tuberculosis, difteria, viruela, sarampión, gripe, etc.); 3) enfermedades del aparato reproductor de transmisión sexual (sífilis, VIH Sida, otras venéreas) y 4) enfermedades que requieren de un vector y pueden ser transmitidas por insectos (fiebre amarilla, malaria, tifus exantemático, peste bubónica, etc.).

⁶ Propio y exclusivo de determinadas localidades o regiones. <https://dle.rae.es/endemico>.

1.1 Breve aproximación al contexto de ambas ciudades

La situación de Montevideo y Buenos Aires entre la segunda mitad del siglo XIX y las primeras dos décadas del XX se caracterizó por la progresiva consolidación de las naciones a las que pertenecían, una vez concluido el ciclo de guerras civiles que asolaron a los jóvenes países. En la medida en que se logró la -aunque por momentos frágil- paz interior, se pudo emprender el camino de la organización nacional, que implicó una serie de definiciones político-administrativas tendentes a consolidar el gobierno central y definir competencias y límites con las autoridades provinciales, en el caso de la Argentina.

Según los censos de cobertura nacional realizados en la década de 1860 en ambos países, la población de Montevideo era de 57.913 habitantes en 1860 y la de la Ciudad de Buenos Aires era de 177.787 personas en 1869⁷.

En lo que respecta a la economía, en la que predominaba la producción de bienes primarios de tipo ganadero y agrícola, las continuadas guerras resultaron devastadoras en ambos países. El sector agropecuario se vio fuertemente perjudicado durante los conflictos armados, que asumen un carácter estructural durante el siglo XIX, a causa del paso de los ejércitos por las estancias, que arruinaba los cultivos y animales y destruía las incipientes mejoras tecnológicas. Por otro lado, la inestabilidad política ahuyentaba las inversiones extranjeras en el campo. Cuando esta coyuntura cambió, la relativa paz permitió el crecimiento económico de Uruguay y Argentina, de manera que pudieron volcarse plenamente no solo a abastecer el mercado interno, sino a la producción de bienes para la exportación. Esto contribuyó a continuar posicionando aún más a las dos metrópolis del Plata, las ciudades-puerto de Montevideo y Buenos Aires, como grandes polos de intercambio de bienes y - como veremos enseguida- de personas.⁸

Simultáneamente, a partir de la década de 1870 y durante todo el periodo en estudio, sucesivas olas inmigratorias provenientes fundamentalmente de España e Italia fueron transformando su fisonomía. Grandes contingentes de inmigrantes llegaban a Montevideo y Buenos Aires en busca de oportunidades laborales y con la esperanza de procurarse una mejor posición económica que la que habían dejado en sus países de origen. El ingreso de grupos humanos numerosos en intervalos cortos de tiempo llevó a que las ciudades no contaran con la infraestructura necesaria para alojarlos en forma satisfactoria, lo que tuvo como resultado la configuración de soluciones habitacionales precarias donde el hacinamiento y la falta de ventilación eran habituales. Estas condiciones de vida propiciaban la aparición y rápida propagación de enfermedades de tipo infeccioso, que no lograban ser erradicadas a pesar de los esfuerzos llevados a cabo por los nacientes organismos de control higiénico y sanitario. En el caso bonaerense, dentro de la planta urbana, la progresiva ampliación de los barrios con las características edilicias y sanitarias descriptas ocasionó un desplazamiento de los sectores sociales con

⁷ Considérese que hacia 1869 la Ciudad de Buenos Aires abarcaba solo una parte del territorio que incluirá en 1888, momento en el que se fijaron sus límites administrativo-políticos. El valor de población corresponde al original que presenta el Primer Censo de la República Argentina. Buenos Aires, 1872: 29.
<http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/Estadistica/censos/C1869-TU.pdf>

⁸ Esto no debe llevarnos a pensar que los puertos en cuestión se valorizan únicamente a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Ambas ciudades fueron puntos clave durante el dominio hispánico del Río de la Plata por su importancia militar y comercial. Piénsese, solo a modo de ejemplo, en las invasiones inglesas que tuvieron lugar en 1806 y 1807, lo que denota la importancia estratégica que estos puertos tenían como puerta de entrada a las ciudades “interiores” de la América del Sur.

mayores recursos económicos, que establecieron sus residencias en zonas alejadas del casco antiguo de la ciudad y del puerto.

En lo que respecta a los servicios de infraestructura urbana, en la Ciudad de Buenos Aires la red de agua potable comenzó a funcionar en 1871 y unos años más tarde, en 1880, comenzaron las obras de saneamiento. Por su parte, Montevideo hacia 1880, estaba considerada como la primera ciudad latinoamericana en tener alcantarillado, servicio de agua potable y sistema cloacal. Sin embargo, “parecería que la extensión de la cobertura se hizo con mayor lentitud, especialmente más allá de lo que era el núcleo más antiguo de la ciudad” (Mazzeo y Pollero, 2005: 10).

1.2 La mortalidad en Montevideo y Buenos Aires

Como se señaló anteriormente, hacia 1900 la esperanza de vida al nacer era de 40 años para Argentina (Somoza 1971; Torrado 2003) y 48 años para Uruguay (Pellegrino et al. 2008). El descenso de la mortalidad en ambos países se inició con anticipación a los demás países latinoamericanos, quienes mantuvieron su posición de liderazgo hasta avanzada la segunda mitad del siglo XX. En las explicaciones relacionadas a la etapa inicial de esta reducción precoz, la literatura ha puesto el acento en mejoras en las condiciones generales de vida vinculadas al desarrollo socioeconómico que acompañó una temprana modernización de la sociedad y la elevada urbanización que se dio en ambos países, entre otros (Grushka 2010; Damonte 1994; Pellegrino et al 2008).

Hacia mediados del siglo XIX Montevideo y Buenos Aires mostraban una elevada mortalidad general, propia de las poblaciones pretransicionales. Las estimaciones de la esperanza de vida al nacer eran de 34.4 años para Montevideo (Pollero 2016) y 32 años para la Ciudad de Buenos Aires (Grushka 2010). En ambos casos las oscilaciones producidas por los años de crisis de mortalidad impedían que apareciera una tendencia sostenida.

Para Montevideo, en la primera mitad del siglo XIX, la Tasa Bruta de Mortalidad revela un nivel elevado -entre 25 y 39 por 1000-, con una relativa estabilidad solamente interrumpida por años de mortalidad extraordinaria. Asimismo, la mortalidad infantil también muestra valores elevados del orden de 200-220 defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacimientos (Pollero 2016). Aún no se cuenta con trabajos sobre la segunda mitad del siglo XIX, pero nuestras estimaciones preliminares ubican una TBM del orden del 14 por mil hacia el último quinquenio del siglo XIX manteniéndose estable hasta el final de nuestro período de estudio.

Los trabajos sobre Buenos Aires para la segunda mitad del siglo XIX también señalan los altos valores y la significativa variabilidad de las TBM debido a la frecuencia de las epidemias: 44 por mil al inicio de la década de 1870 y 111 por mil en 1871, año de la epidemia de fiebre amarilla (Recchini de Lattes, 1971). Entre 1875-1879 y 1890-1894, la TBM de la Ciudad de Buenos Aires se mantuvo en alrededor de 25 por mil, y en el último quinquenio del siglo XIX comenzó una rápida reducción, llegando a 15 por mil en 1915-1919 (Grushka 2010:167).

1.3 Breve panorama de las instituciones de salud en ambas ciudades

A grandes rasgos, la tendencia en ambas ciudades fue la transferencia de atribuciones sanitarias y asistenciales desde el ámbito privado hacia el público u oficial, con sucesivos procesos de creación y modificación de instituciones y organismos especializados a lo largo de los sesenta años que estudiamos. Vale aclarar que hasta la primera década del siglo XX, era habitual que la higiene y la sanidad públicas se consideraran como separadas de la asistencia médica. La fusión de estas competencias en una sola institución fue un reclamo constante por parte de quienes impulsaban la idea de un organismo centralizado y estatal de salud.

En sintonía con la concepción de sanidad e higiene imperante en la segunda mitad del siglo XIX, las instituciones de salud abarcaban una variedad de funciones que incluían la inspección técnica de los servicios de higiene pública, de los mataderos y tambos, la limpieza pública, la profilaxis urbana de las enfermedades infectocontagiosas y los servicios de desinfección y vacunación antivariólica y antirrábica, análisis químicos, bacteriológicos y observaciones meteorológicas en relación con la higiene urbana. Como respuesta al rápido crecimiento en la población urbana, varias medidas municipales en la década de 1870 estuvieron orientadas a dar solución al problema del agua corriente y la red cloacal, así como a reglamentar las condiciones edilicias de las casas de inquilinato.

En Uruguay existía desde la década de 1830 la Junta de Higiene Pública -de carácter nacional, aunque con acción predominantemente montevideana-, con competencias relativas a la atención de la salud pública, la prevención de enfermedades epidémicas y el contralor de los facultativos que ejercían la medicina en el país. El desempeño de esta institución fue muy irregular, debido a dificultades presupuestales así como a la superposición de atribuciones con otros órganos gubernamentales.

En Buenos Aires se creó, en 1883, la Asistencia Pública Municipal con la existencia de médicos seccionales encargados de vigilar la higiene de los barrios. Ya en la década de 1880 surgían argumentos en favor de una mayor sistematización de la higiene pública. Esto se comenzó a poner en práctica en la década siguiente. Desde 1892 la Asistencia Pública bonaerense había pasado a llamarse Administración Sanitaria y Asistencia Pública, dividida en tres ramas: a) Administración Sanitaria: debía ocuparse de la higiene del municipio, b) Asistencia Pública: asistencia hospitalaria, domiciliaria y protección de las clases menesterosas y c) Patronato y Asistencia de la Infancia: protección de la primera infancia en Buenos Aires.

Entretanto, en Uruguay, la creación del Consejo Nacional de Higiene -dependiente del Ministerio de Gobierno- contribuyó a aumentar la centralización de las autoridades sanitarias. Tomó a su cargo las funciones normativas y reguladoras de la salud pública (epidemias, vacunaciones, profilaxis de la prostitución, higiene ambiental, enfermedades animales) y la organización de las estadísticas de salud. También le competía la ejecución de las ordenanzas (o mayormente su coordinación) para prevenir la propagación de enfermedades infectocontagiosas.

La consolidación de la matriz del Estado de bienestar en Uruguay, generalmente relacionada con avances en las condiciones de vida de las personas, antecede prácticamente en tres décadas a la argentina. Así, en 1910 el parlamento uruguayo sancionó la ley de Asistencia Pública Nacional, que en su primer artículo expresaba que “La salud es un derecho de la persona y un deber de la sociedad hacerlo efectivo por Instituciones Públicas controladas por el Estado”. La nueva ley implicaba cambios conceptuales relevantes: la salud, considerada como un derecho individual, debía ser asumida como responsabilidad del Estado, quien garantizaba a la población sin recursos la prestación de asistencia gratuita en instituciones públicas y laicas. Los hospitales de caridad, orfanatos y asilos fueron

estatizados y reorganizados en el marco de la nueva institución, sin desmedro del crecimiento de las iniciativas privadas, municipales y médicas orientadas a socorrer a los enfermos y necesitados.

Por otra parte, a partir de los nuevos alcances internacionales de epidemias como la fiebre amarilla y el cólera en la segunda mitad del siglo XIX, los gobiernos comenzaron a reparar en la necesidad de la vigilancia sanitaria de los puertos a nivel regional. Se debe tener en cuenta que en el período la navegación marítima era el único transporte de larga distancia y el intenso volumen de los intercambios de personas y bienes contribuía a dinamizar la movilidad de las enfermedades infecciosas de un país a otro.⁹

Efectivamente, las epidemias de fiebre amarilla y cólera vividas en ambas orillas mostraron la necesidad y despertaron la voluntad de tomar acciones conjuntas (Veronelli y Veronelli 2004). Desde la década de 1870 se celebraron, periódicamente, convenciones sanitarias en el Cono Sur entre Argentina, Brasil y Uruguay -con algunas participaciones de Paraguay-, con el objeto de acordar medidas para evitar el contagio de enfermedades infecciosas provenientes por vía marítima. Las epidemias se propagaban en las ciudades desde los barcos de distintas procedencias que llegaban a los puertos. La Primera Convención Sanitaria fue celebrada en Montevideo entre Brasil, Argentina y Uruguay el 30 de julio de 1873. Su objetivo era lograr la “igualdad y uniformidad de las medidas precaucionales marítimas”, estableciendo “las medidas cuarentenarias y el tratamiento sanitario que debía aplicarse a las procedencias infectadas por el cólera, la fiebre amarilla y la peste”. Asimismo, tanto Uruguay como Argentina se comprometían a construir lazaretos donde se realizarían las cuarentenas.¹⁰ Las convenciones sanitarias se sucedieron en 1887, 1890, 1887, 1894, 1899 y 1904. A ellas se suman además algunos acuerdos bilaterales entre dos países, sobre asuntos específicos, como el de pasaportes sanitarios celebrado en 1892 entre la Junta de Sanidad de Montevideo y el Departamento de Higiene Argentino, para regular la vigilancia en tierra de pasajeros que hubieran recibido algún tratamiento en los respectivos puertos de los dos países; o el de 1910, precisando algunas disposiciones sobre vigilancia sanitaria de pasajeros, para inspeccionar buques provenientes del Mediterráneo y el Adriático.

2. Datos y métodos

Las fuentes de datos demográficos utilizadas provienen principalmente de instituciones oficiales. Debemos señalar que la presentación de la información estadística en ambos casos presenta diferencias. En el caso Montevideo, la información corresponde al total del Departamento del mismo nombre (530 km²) que presenta una poblada área urbana y otra despoblada área rural, cuyos límites jurisdiccionales fueron fijados en 1835.¹¹ Mientras que para la Ciudad de Buenos Aires se trata de un espacio geográfico dinámico que se va expandiendo paulatinamente hasta recién alcanzar un límite administrativo político fijo hacia 1888. Deseamos hacer notar que, a pesar de estas diferencias, a efectos de la redacción del texto muchas veces nos referiremos indistintamente a Montevideo y Buenos Aires como “ciudad” o “ambas ciudades”.

⁹ Se debe señalar que las Juntas de Sanidad en los puertos rioplatenses existieron desde la época colonial, principalmente debido al temor a la introducción de enfermedades asociada al tráfico de esclavos. Para Montevideo véase (Pollero 2016: 325 y sgtes.)

¹⁰ “Primera Convención Sanitaria celebrada en Montevideo entre el Brasil, Argentina y Uruguay (Año 1873)” (1918). *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, XIII (144).

¹¹ Según el censo de 1908 la población urbana en Montevideo era el 80% del departamento.

Montevideo fue fundada en 1726 en la costa norte del Río de la Plata, en la bahía de su mismo nombre. La jurisdicción de Montevideo era la unidad administrativa sobre la cual regían las autoridades políticas y militares de la ciudad. Al finalizar el gobierno español la división administrativa colonial se modifica, desapareciendo la jurisdicción de Montevideo. Finalmente, luego de la creación del Estado nacional, el gobierno delimita definitivamente el departamento, manteniendo los mismos límites desde 1835 en adelante.

Específicamente, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, cuya segunda fundación se realiza en 1580, contaba en dicha instancia con 16 cuadras¹² frente a la margen occidental del Río de la Plata y 9 cuadras de fondo hacia el oeste. La fundación se concreta sobre las tierras altas del albardón que acompaña su ribera, “próxima a la desembocadura del pequeño riachuelo de los Navíos (que luego recibirá el nombre de Río Matanzas y, en su tramo inferior, de Riachuelo), en la cual los barcos podían atracar con mayor seguridad. Tres pequeños arroyos que desembocaban en el Río de la Plata atravesaban la planta urbana” (Bertoncello, 2010). Es entonces que la realidad de ciudad portuaria ligada simultáneamente a la presencia de lodazales e inundaciones periódicas se constituirá en su sello de presentación y marcará la vida cotidiana de sus habitantes.

Hacia 1855, ya en el período de estudio de la presente investigación, la configuración espacial de la ciudad todavía está limitada por el oeste por las actuales avenidas Callao – Entre Ríos. Pasada la segunda mitad del siglo XIX la ciudad comienza un proceso de transformación hasta alcanzar su delimitación definitiva en el momento en que la provincia transfiere parte del territorio del mismo nombre recién hacia 1888. La Capital Federal, así definida no solo incluye lo que hasta ese momento se conocía como la Ciudad de Buenos Aires, sino también los territorios de otros dos partidos colindantes: Belgrano hacia el norte y Flores hacia el oeste. Esto significa que dentro de sus límites quedaron incluidos la entonces Ciudad de Buenos Aires, los pueblos de Flores y Belgrano (cabeceras de esos partidos) y áreas muy poco pobladas, aún sin usos urbanos (Bertoncello, 2010: 107 – 108). Es desde entonces que los límites de la ciudad se precisan y mantienen hasta la actualidad.

Respecto de las fuentes de datos que corresponden a una y otra ciudad, en el caso de Montevideo, para los años anteriores a 1860 se utiliza una serie de defunciones elaborada a partir de los datos de defunciones de registros parroquiales (Pollero 2016). La información a partir de 1860 proviene de documentos generados por la Mesa de Estadística General (*Registro estadístico de la República Oriental del Uruguay de 1860; Cuadernos estadísticos*), los *Anuarios Estadísticos* de la Dirección General de Estadística y los *Resúmenes anuales de la Estadística Municipal de Montevideo*, de la Intendencia Municipal de Montevideo.

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires se utiliza la serie de defunciones reconstruida y publicada por la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2010) en el marco del documento “Dinámica de una ciudad, Buenos Aires 1810-2010”.

Por otra parte, un tema no menor remite a considerar en primer término que los Registros Civiles, organismos recolectores de la información de estadísticas vitales en Argentina, fueron creados en 1884 en la Ciudad de Buenos Aires. Con anterioridad a esa fecha se publicaba información sobre entierros y bautismos declarada por los curas párrocos según los datos recopilados en los Registros Parroquiales de la ciudad (Müller, 1974: 3).

¹² El término cuadra refiere en América al espacio comprendido en una calle, entre las dos esquinas de un lado de una manzana. Cuya medida de longitud, variable según los países está comprendida más o menos entre los 100 y 150 m.
<https://dle.rae.es/cuadra>

Asimismo, cabe consignar que Müller (1974: 4) alerta en su ya clásico trabajo sobre la mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires que, para el período 1869 – 1914 los datos de defunciones corresponden a aquellas “registradas” en la ciudad, dado que no se cuentan con ningún detalle que permita determinar las muertes de “residentes” en ella. Recién los datos correspondientes a 1935 en adelante incluirán la posibilidad de contar con la precisión demográfica requerida de referir las defunciones según lugar de residencia del difunto.

Por otra parte, en lo que refiere a las defunciones desagregadas según causa de muerte, en Montevideo la información prácticamente continua consta a partir de 1882 (*Anuarios Estadísticos* de la Dirección General de Estadística y los *Resúmenes anuales de la Estadística Municipal de Montevideo*, de la Intendencia Municipal de Montevideo). Con anterioridad a esa fecha, solamente hay datos para algunos años puntuales.

Para la ciudad de Buenos Aires se utilizó el cuadro de “defunciones causadas por enfermedades infecciosas, ocurridas en la capital durante los 24 años 1891 – 1914” publicado en el Tercer Censo Nacional de 1914.¹³ Otras fuentes estadísticas consultadas son: Galarce, Alberto (1886), *Bosquejo de Buenos Aires. Capital de la Nación Argentina*; Latzina, Francisco (1889), “Estadísticas complementarias del censo”; Martínez, A. B. (1889), “Estudio topográfico e historia demográfica de la Ciudad de Buenos Aires, y el Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires de 1887.

La falta de información sistemática para todo el período también explica que el trabajo se focalice primero en las crisis de mortalidad, y que a partir de información cualitativa se intente identificar la naturaleza de la mortalidad extraordinaria.

Para los años en que pueda aplicarse se realizará un trabajo comparativo para homologar las listas de causas de muerte.

Con respecto al análisis de las medidas propuestas por las autoridades sanitarias, para Montevideo se revisan los fondos de la Junta de Higiene Pública, los Boletines del Consejo Nacional de Higiene y los Resúmenes estadísticos de la Junta Departamental de Montevideo. El estudio de la ciudad de Buenos Aires se llevará a cabo fundamentalmente en base a fuentes secundarias.

Una de las principales dificultades que surge para realizar el estudio comparativo sobre la identificación de las crisis de mortalidad y la medición de su intensidad es que, si bien se cuenta con estimaciones de población para la ciudad de Buenos Aires (Recchini de Lattes, 1971; Müller, 1974), aún no contamos con una serie de población total de Montevideo para todo el período, para utilizar como denominador. Se trata de una dificultad muchas veces encontrada en los trabajos de demografía histórica, que ha sido sorteada por la utilización de metodologías basadas en series de defunciones. En nuestro caso, se aplicará el método propuesto por Jacques Dupâquier.

Para identificar una crisis de mortalidad la metodología de Dupâquier mide la intensidad de la mortalidad de un año relacionándola con la media aritmética de los 10 años anteriores (considerada como la mortalidad “normal”) y la desviación estándar del mismo período. Se considera como año de crisis a aquel en el que el índice sobrepase el valor 1. Debido a que la exactitud del indicador está afectada por la coyuntura anterior, y esto dificulta su precisión, el autor propone una escala (cuadro 1). Se asocia una intensidad y una magnitud a posibles ejemplos de pérdida porcentual de población.

¹³ Argentina (1916), Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo IV, Población, Buenos Aires, Talleres Gráficos de Rosso y Cía (páginas 576 y 577).

Los rangos que propone en su escala son justamente para suavizar la sensibilidad del indicador a probables crisis precedentes.

Cuadro 1 . Índice de Dupâquier. Escala de intensidad, magnitud y categoría de las crisis de mortalidad

Intensidad (índice)	Magnitud	Categoría de crisis
entre 1 y 2	1	Menor
entre 2 y 4	2	Media
entre 4 y 8	3	Fuerte
entre 8 y 16	4	Mayor
entre 16 y 32	5	Supercrisis
entre 32 y 64	6	Catástrofe

Fuente: (Dupâquier, 1975).

En esta oportunidad, se considerarán solamente las crisis a partir de la magnitud 2 (crisis medias). Ello se justifica por probables perturbaciones por efecto de la inmigración en el incremento de las defunciones. Solamente se observarán los valores cercanos a 2 si las fuentes cualitativas hacen referencia a algún brote epidémico.

Una vez identificados los años de mortalidad extraordinaria por el índice de Dupâquier se pretende avanzar en el conocimiento de la naturaleza de estas crisis. Dado el período de estudio, se espera que esta sobremortalidad corresponda a algún incremento de enfermedades transmisibles. Por consiguiente, para los años de crisis en que haya información de defunciones por causa de muerte, se espera: a) identificar las defunciones por enfermedades transmisibles; y b) clasificarlas de acuerdo a su forma de transmisión. Para ello, previamente se realizó una homologación de la nomenclatura de causas de muerte para las distintas listas encontradas anteriores a la clasificación de Bertillon. El grado de avance de esta investigación hace que debamos considerar estos resultados como un ejercicio preliminar.

Finalmente, para el análisis de las medidas propuestas por las autoridades sanitarias se utilizaron diversas fuentes cualitativas. En el caso de Montevideo, para los años anteriores a 1896, principalmente la documentación de la Junta de Higiene Pública (Archivo General de la Nación), y a partir de esa fecha los Boletines del Consejo Nacional de Higiene. Para la Ciudad de Buenos Aires, se ha utilizado principalmente bibliografía secundaria, incluyendo tesis de doctorado.

3. Las crisis de mortalidad rioplatenses (1850-1919)

Las dos orillas del Río de la Plata fueron azotadas por sucesivas crisis que representaron años de sobremortalidad, en acuerdo con el comportamiento previsto por esta variable en las primeras etapas de la transición epidemiológica.

En el cuadro 2 se resumen los resultados que se detallan en el Anexo (cuadro 6). De manera general, se podría decir que en los 70 años que contemplan el período estudiado, Montevideo sufrió un menor número de años de crisis de mortalidad que Buenos Aires, 14 y 21 años respectivamente.

Esta situación más ventajosa para Montevideo -menos años de mortalidad extraordinaria-, se dio particularmente en la segunda mitad del siglo XIX, igualándose Buenos Aires a partir de la década de 1890.

De acuerdo a la escala propuesta por Dupâquier, la única crisis de magnitud **mayor** (con una intensidad de 11,5) fue la correspondiente al año 1871 en Buenos Aires. Esta ciudad tuvo solamente otro año de crisis **fuerte**, en 1867, y 19 crisis de magnitud **media**. Montevideo, por su parte, tuvo tres crisis **fuertes** (1857, 1868 y 1887) y 11 **medias**.

En ambas ciudades la magnitud e intensidad de las crisis fue superior hasta el decenio de 1880 inclusive. A partir de entonces, disminuyen en intensidad resultando todas ellas en valores del índice de Dupâquier inferiores a 3, salvo por los años 1906 en Buenos Aires (índice 3,1) y 1910 en Montevideo (3,9).

Como hemos señalado, desde la teoría, la primera etapa de transición de la mortalidad se caracteriza por el espaciamiento y reducción de las crisis. En este sentido, nuestros resultados nos permiten observar la etapa pretransicional de epidemias y pandemias, a la vez que se alinean con la tendencia de inicio de descenso de la mortalidad general observada en las dos capitales rioplatenses en el período.

Cuadro 2. Crisis de mortalidad y categoría sobre la base de la metodología de Dupâquier. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires, 1850 - 1919.

Período	Ciudad	Años con crisis	Categoría de crisis		
			Media	Fuerte	Mayor
1850-1859	MVD	1		1	
	CABA	5	5		
1860-1869	MVD	3	2	1	
	CABA	4	3	1	
1870-1879	MVD	0			
	CABA	1			1
1880-1889	MVD	3	2	1	
	CABA	6	6		
1890-1899	MVD	1	1	0	
	CABA	1	1	0	
1900-1909	MVD	4	4	0	
	CABA	2	2	0	
1910-1919	MVD	2	2	0	
	CABA	2	2	0	

Fuente: Elaboración propia a partir de series de defunciones.

Un análisis comparativo de las fechas de las crisis en las dos ciudades se observa en el cuadro 3. Se incluyen en el mismo los años en que coincide una crisis en ambas y también los años de las principales crisis para cada ciudad, acompañado con el valor del índice que tuvo la otra ciudad ese mismo año.

Cuadro 3. Crisis de mortalidad según metodología de Dupâquier. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires, años seleccionados.^(*)

Año	Montevideo	Buenos Aires	Montevideo	Buenos Aires	Montevideo	Buenos Aires
	Índice de Dupaquier		Magnitud		Categoría de crisis	
1857	4,4	2,2	3	2	FUERTE	Media
1865	3,8	2,9	2	2	Media	Media
1867	1,0	4,2		3		FUERTE
1868	4,6	1,3	3		FUERTE	
1871	1,3	11,5		4		MAYOR
1883	0,2	2,9		2		Media
1886	2,1	2,2	2	2	Media	Media
1887	4,0	3,6	3	2	FUERTE	Media
1890	2,4	2,4	2	2	Media	Media
1906	2,9	3,1	2	2	Media	Media
1910	3,9	2,4	2	2	Media	Media

Fuente: Elaboración propia a partir de series de defunciones.

(*) Solamente se incluyen los años de crisis de magnitud fuerte y mayor para ambas ciudades, así como los años en que existe coincidencia de crisis en ambas capitales.

De este modo se observa que el episodio más importante de mortalidad extraordinaria del Río de la Plata que conmocionó Buenos Aires en 1871 no tuvo eco en Montevideo (el incremento de la mortalidad estuvo vinculado a un brote de viruela). Mientras que el índice señala incrementos en ambas ciudades para los años de crisis fuertes montevidéanas. Un caso aparte es 1867 y 1868 que, como veremos, se trata de una epidemia que llega con rezago a Montevideo.

Como se ha señalado, la metodología propuesta únicamente nos permite valorar el aumento de las defunciones, pero no proporciona más información. Para conocer la naturaleza de estas crisis, hemos intentado avanzar -de manera preliminar- en un análisis sobre las causas de muerte para dichos años, cuando la información nos lo permitió.

3.1 Análisis preliminar de la mortalidad por enfermedades transmisibles

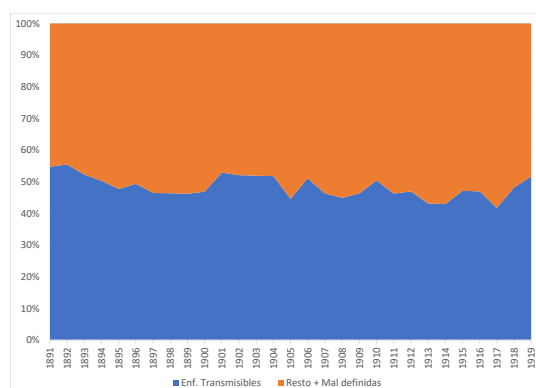
Desafortunadamente, la desagregación de la mortalidad por causa es discontinua e incompleta. Para los años anteriores con brotes epidémicos de la mayor parte de la segunda mitad del siglo XIX, por lo general solamente se cuenta con el número de defunciones de la enfermedad causante de la epidemia (fiebre amarilla o viruela, etc.) pero no del total de las enfermedades transmisibles. Recién se cuenta con información continua desde fines de la década de 1880 para Montevideo y a partir de 1891 para Buenos Aires.

Por consiguiente, advertimos que este apartado debe tomarse con cautela y ser considerado como una versión preliminar.

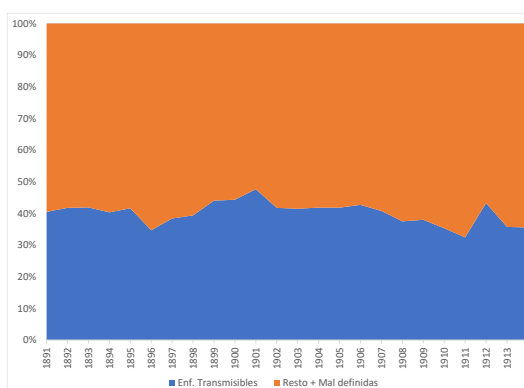
En el gráfico 1 se observa la distribución de la mortalidad por enfermedades transmisibles y el resto de las causas (incluyendo a las mal definidas) a partir de 1890.¹⁴ Como es de esperar por la etapa de la transición epidemiológica en que estas regiones se encuentran, el peso de las enfermedades transmisibles es muy importante, prácticamente en el entorno del 40-50%. No obstante, su peso relativo es superior en Montevideo. A su vez, la participación de las defunciones por causas transmisibles en la ciudad de Buenos Aires presentaría una mayor estabilidad y e incluso reflejan cierta tendencia descendente.

Gráfico 1. Distribución de defunciones según total de enfermedades transmisibles. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires (1891-1919).

Montevideo



Ciudad de Buenos Aires



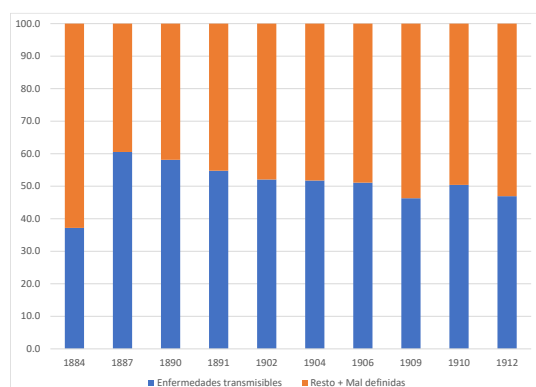
Fuente: Elaboración propia en base a DGEyC: *Anuarios estadísticos* para Montevideo y Argentina (1916), *Tercer Censo Nacional*, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

Como otra forma de observar estos datos, el gráfico 2 presenta el porcentaje de enfermedades transmisibles específicamente para los años que fueron definidos como de *crisis* por la metodología de Dupaquier. Solamente se incluyen los años en que fue posible estimar el total de enfermedades transmisibles. Prácticamente en todos los casos el peso relativo de las enfermedades transmisibles en Montevideo es superior al de la ciudad de Buenos Aires. La única excepción es el caso de 1871, fecha de la crisis más importante, donde Bs. As tiene casi un 75% de defunciones por enfermedades transmisibles.

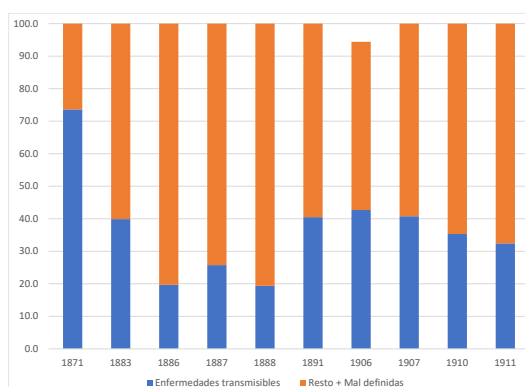
¹⁴ A diferencia de los datos de Montevideo, la información consultada de la Ciudad de Buenos Aires no presenta una desagregación de causas mal definidas. Por lo tanto, para efectos comparativos, la categoría residual incluye al resto de las causas y las mal definidas para ambas ciudades.

Gráfico 2. Distribución de defunciones según enfermedades transmisibles para años de crisis de mortalidad

Montevideo. Años de crisis seleccionados



Ciudad de Buenos Aires. Años de crisis seleccionados



Fuente: Elaboración propia en base a DGEyC: *Anuarios estadísticos* para Montevideo y Argentina (1916), *Tercer Censo Nacional*, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

Los datos no nos han permitido incorporar a esta clasificación a algunos años de crisis que se correspondieron a epidemias de las que dan cuenta las fuentes cualitativas. Para Montevideo, este es el caso de dos crisis de categoría *fuerte*: la epidemia de fiebre amarilla de 1857, que puede estimarse como responsable de aproximadamente el 60% de las defunciones de ese año;¹⁵ y la epidemia de cólera de 1868, que ocasionó el 35% de las defunciones. Para el año 1865 no tenemos referencias.

En lo que refiere a la ciudad de Buenos Aires, ha quedado fuera de la clasificación una crisis *fuerte* que corresponde a la epidemia de cólera de 1867, responsable del 21% de las defunciones, que impactó primero en Buenos Aires y al año siguiente en Montevideo. A su vez, tampoco contamos referencias para las crisis de 1857 y 1865 (salvo un brote de sarampión que ocasionó un 5% de muertes).

Dado que las crisis de mortalidad se asocian con un incremento de enfermedades infectocontagiosas, se realizó el ejercicio de clasificar las enfermedades transmisibles según la forma de transmisión y su entrada al organismo. De este modo, las enfermedades transmisibles se desagregaron en los siguientes grupos: 1) del aparato digestivo que se transmiten por vía fecal; 2) transmitidas por el aparato respiratorio y aire; 3) aparato reproductor; 4) a través de la sangre o tejidos mediante picadura de animales; y una quinta categoría residual con el resto de las causas que no eran sencillamente clasificadas en las categorías anteriores.

En el cuadro 4 se señalan las principales causas epidémicas del período de estudio que se agrupan en cada una de estas grandes categorías.

¹⁵ Estimación realizada en base a la estimación de 1500 defunciones por fiebre amarilla realizada por Brunel, médico contemporáneo (véase Pollero 2016: 378).

Cuadro 4. Causas de muerte según grandes categorías de transmisión de las enfermedades transmisibles

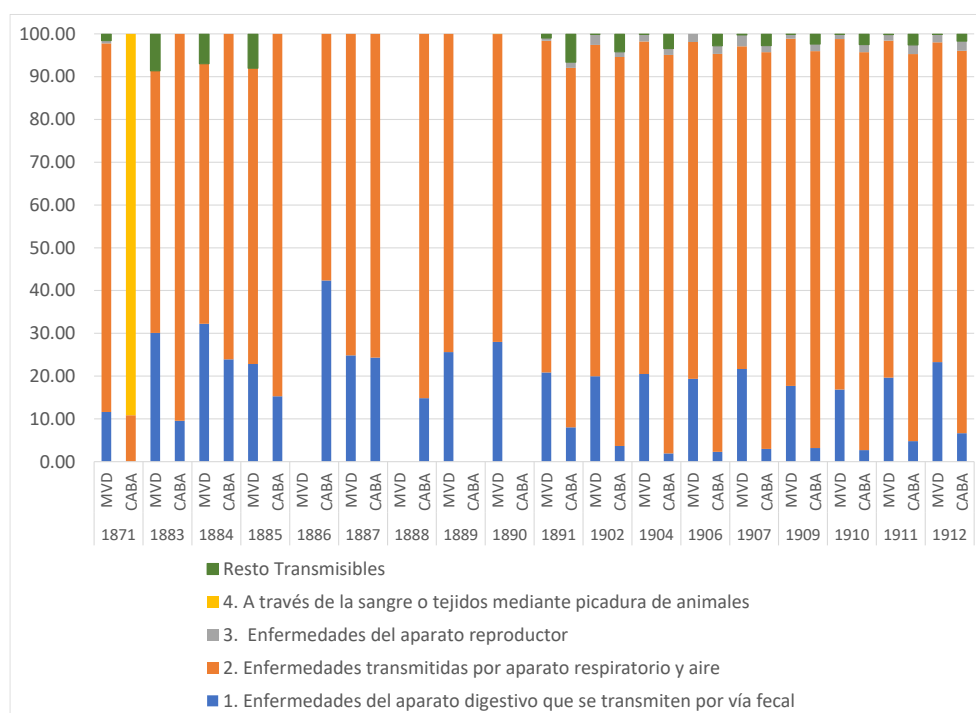
Enfermedades del aparato digestivo que se transmiten por vía fecal
Fiebre tifoidea
Cólera
Resto (disenterías, diarreas y enteritis, otras infecciosas del aparato digestivo)
Enfermedades transmitidas por aparato respiratorio y aire
Viruela
Difteria
Sarampión
Escarlatina
Gripe
Resto (Tuberculosis, meningitis, neumonías, etc.)
Enfermedades del aparato reproductor
Sífilis, otras venéreas
Enfermedades transmitidas a través de la sangre o tejidos mediante picadura de animales
Fiebre amarilla
Tifus exantemático
Resto de enfermedades transmisibles
Tétanos, fiebres diversas, inflamaciones, etc.

En el gráfico 3 se observan la distribución de las enfermedades transmisibles según las categorías señaladas. Solamente se incluyen los años de crisis sobre los que se tiene información de causas de muerte y permiten la elaboración de la clasificación.¹⁶

Los resultados del gráfico 3 permiten observar que, tanto para Montevideo como para la ciudad de Buenos Aires, para casi todos los años en que el indicador de Dupâquier identificó una mortalidad extraordinaria, las enfermedades más relevantes fueron aquellas de transmisión aeróbica.

¹⁶ Se excluyen años de crisis donde solamente se cuenta con el dato de una causa, como puede ser las muertes de cólera en 1868, o de fiebre amarilla en 1857.

Gráfico 3. Distribución de enfermedades según grupos de transmisión. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires, años seleccionados.



Fuente: Elaboración propia en base a DGEyC: *Anuarios estadísticos* para Montevideo y Argentina (1916), *Tercer Censo Nacional*, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

En este grupo de enfermedades, que incluye la mayoría de las que causaron brotes epidémicos, predominaron la viruela, la escarlatina y la gripe, aunque también hubo brotes de difteria. La viruela, enfermedad epidémica de importancia durante el período colonial y las primeras décadas del siglo XIX, se fue convirtiendo en una enfermedad endémica con brotes epidémicos (Pollero 2016; Álvarez s.f). Lo mismo sucedió en la segunda mitad del siglo XIX con el sarampión y la difteria (Álvarez s.f). Para los años de crisis se pudieron identificar en Montevideo: brotes de viruela en 1871, 1887, 1891, 1902, 1909 y 1910; de difteria principalmente en 1887; y de escarlatina en 1904 y 1909. La gripe/influenza, -otra de las enfermedades epidémicas que tuvo impactos pandémicos en el período de estudio- puede haber estado presente en 1890 (la oleada epidémica conocida como la gripe rusa). Si bien la gripe no aparece en la nomenclatura de causas de ese año, encontramos un aumento en el número de defunciones de las causas denominadas “enfermedades de los órganos respiratorios (sin la tisis) bronquitis, pulmonía, etc.”. Los casos de defunciones por la pandemia de influenza en 1918 y 1919 en Montevideo no fueron suficientemente significativos como para impactar en un exceso de mortalidad (138 y 313 en 1918 y 1919 respectivamente).

En la ciudad de Buenos Aires, por su parte, los brotes de viruela que impactan en las crisis de mortalidad identificadas fueron los de 1871, 1883, 1887 y 1906; y difteria principalmente en 1887 y 1888. No contamos con información para 1890, por lo que no es posible saber si hubo epidemia de gripe, y fue bajo el número de defunciones de influenza en 1918-1919.

Entre las enfermedades endémicas, es la tuberculosis la que provoca la mayor parte de las muertes en ambas ciudades.

El segundo grupo en importancia es el de las enfermedades del aparato digestivo. Si bien la participación de este grupo se corresponde con brotes más o menos importantes de fiebre tifoidea o gastroenteritis, los porcentajes más elevados se vinculan a epidemias de cólera.

El cólera, cuyo hilo epidemiológico podía rastrearse hasta el tráfico marítimo con Europa, golpeó repetidamente a ambas ciudades en la segunda mitad del siglo XIX. Presentó caracteres epidémicos en dos grandes brotes a ambos lados del Río de la Plata. El primero, que llegó desde Brasil a los campos de batalla del Paraguay, durante el desarrollo de la Guerra de la Triple Alianza, se dio en 1867-1868 para Buenos Aires y 1868 en Montevideo; y el segundo ocurrió en 1886 en Buenos Aires y 1886-1887 en Montevideo. Los brotes sucedieron durante los últimos meses del año, y frecuentemente continuaron en los primeros meses del año siguiente. Ya a principios del siglo XX -y probablemente antes- los médicos eran conscientes de la estacionalidad de esta enfermedad, que era típica de los meses de verano.¹⁷ Como señalamos antes, el gráfico solamente permite visualizar el segundo brote.

Finalmente, el grupo de enfermedades transmitidas por picaduras, básicamente la fiebre amarilla. En este caso podemos señalar a dos crisis: la epidemia de Montevideo en 1857,¹⁸ de categoría *fuerte*, y la gran epidemia de fiebre amarilla de Buenos Aires, la única crisis clasificada como *mayor*.

En suma, de acuerdo a lo esperado en el marco de la transición epidemiológica, las enfermedades transmisibles son responsables de aproximadamente la mitad de las defunciones (de una fracción mayor en Montevideo que en Buenos Aires). En nuestro análisis acotado a los años identificados como de sobremortalidad, y acotado también a la disponibilidad de información, se puede identificar que en los excesos de mortalidad se destacan las enfermedades de contagio aeróbico. El segundo grupo en importancia es el de las enfermedades del aparato digestivo. Y excepcionalmente participa el grupo de enfermedades transmitidas por picaduras. Finalmente, las enfermedades venéreas, de carácter endémico, tienen el menor peso relativo.

Se puede observar, en general, hacia fines del siglo XIX un espaciamiento de las crisis, la desaparición de las crisis causadas por enfermedades “exóticas”, la persistencia de las endemias con brotes epidémicos, y como se va desarrollando una disminución del peso relativo de las enfermedades transmisibles, de forma más acentuada en Buenos Aires que en Montevideo.

Queda pendiente como próximo paso de esta investigación el análisis al interior de estas grandes categorías, en la medida en que los datos lo permitan.

¹⁷ En 1909 un artículo publicado en el Boletín del Consejo Nacional de Higiene uruguayo explicaba: “todas las enfermedades contagiosas tienen predilección por ciertos meses del año para producir sus epidemias. La viruela elige el Invierno, lo mismo que [la escarlatina]. La peste bubónica empieza en el Otoño, y se agota al finalizar la estación fría. El cólera y la fiebre amarilla producen sus grandes daños en los meses estivales, etc.”. “La Escarlatina. Informe del Consejo Nacional de Higiene” (1909). *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, IV (33), 350.

¹⁸ En 1873 hubo otro brote en Montevideo, de menor entidad, que no fue identificado como crisis por el índice de Dupaquier.

4. Las autoridades sanitarias y las crisis de mortalidad

Tal como explicamos en el apartado 1.3 con el panorama de las instituciones de salud, la organización sanitaria de ambas ciudades se encontraba en una fase muy incipiente a mediados del siglo XIX: comenzaba lentamente a organizarse, en un proceso con avances y retrocesos en el que se combinaba el accionar del Estado y de particulares. En este marco se insertaron las medidas tomadas por las organizaciones vinculadas a la salud durante los brotes epidémicos. Estas medidas, hasta fines del siglo XIX no siempre recibieron el seguimiento o la atención adecuados, pero conforme avanzaba el siglo XX comenzó a registrarse una mayor cohesión en las respuestas antes las epidemias, lo que a su vez revelaba una mayor institucionalización de la salud, centralizada por el poder estatal.

El tipo de medidas tomadas en cada caso debe considerarse en el marco de los paradigmas científicos predominantes en la época. Un aspecto interesante del periodo elegido para este trabajo es, precisamente, la posibilidad de constatar la transición de un modelo basado en la teoría miasmática a otro en el que comenzaba a ser más notoria la incidencia de la teoría bacteriana¹⁹. Teniendo esto en cuenta, cobran sentido muchas de las primeras medidas sanitarias implementadas durante la segunda mitad del siglo XIX que estaban enfocadas en la purificación del aire -a través de la eliminación de focos de pestilencias en las ciudades: pantanos, basura y desechos de origen animal, correcta disposición de los cadáveres- para prevenir la dispersión de los miasmas que transportaban la enfermedad. Hacia fines de siglo y comienzos del novecientos, en cambio, se observa una mayor preocupación por hallar los orígenes de los brotes epidémicos en las fuentes de agua contaminadas por las bacterias, y también por prevenir la transmisión aeróbica de las enfermedades respiratorias, por ejemplo, tratando de evitar las aglomeraciones.

Para estudiar las medidas implementadas por las respectivas autoridades durante cada epidemia, nos guiaremos por la clasificación de las enfermedades presentada en el apartado anterior.

1) Enfermedades del aparato digestivo que se transmiten por vía fecal a través de la contaminación del agua y la ingestión de alimentos contaminados (disentería, fiebre tifoidea, gastroenteritis, cólera)

El primer brote de cólera en el periodo estudiado llegó a Buenos Aires a fines de 1867, proveniente de las ciudades de San Nicolás y Rosario (Álvarez, s.f.). En este caso, de acuerdo con Álvarez (1999: 3), “la organización previa a 1880 careció de contenidos técnico-científicos y sólo estuvo en correspondencia con las circunstancias políticas de la época, no logrando responder a las necesidades que planteaba la transformación urbano-demográfica de Buenos Aires”. Ello habría propiciado la desarticulación de todo accionar en pos de adoptar las medidas sanitarias requeridas. Nos referimos específicamente a la existencia del Consejo de Higiene Pública²⁰, que estaba bajo la órbita del gobierno federal y, simultáneamente, a la Comisión de Higiene²¹, que se encontraba bajo la órbita de la

¹⁹ Varios avances médicos jalaron la segunda mitad del siglo XIX y dieron respaldo científico a la teoría bacteriana. Dos de los más significativos fueron la difusión de los conocimientos sobre el vibrión del cólera en 1884 por Robert Koch y la introducción del suero de Roux contra la difteria en 1888. Asimismo, la vacuna contra la viruela existía desde fines del siglo XVIII y llegó al Río de la Plata a comienzos del XIX.

²⁰ El Consejo de Higiene Pública, creado hacia 1852 y que funcionó hasta la federalización de Buenos Aires en 1880 tenía a su cargo todo lo relacionado con la salubridad pública en general, la inspección de la vacuna, de los puertos, la vigilancia sobre la venta de medicamentos y las sustancias medicinales, la policía y las visitas sanitarias.

²¹ En 1857, al organizarse la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se crearon las Comisiones de Educación, Obras Públicas y de Higiene. A esta última competían el alumbrado público, la limpieza de las calles y los lugares

municipalidad de Buenos Aires, no existiendo una división clara de atribuciones y deberes (Álvarez, 1999: 3). De acuerdo con Figuepron (2017) la epidemia de cólera “desnudó falencias y carencias en áreas sensibles y debatidas largamente en torno a la higiene: el Riachuelo aún emanaba «efluvios y miasmas», nada se había hecho con los saladeros y curtiembres de la ciudad, y el cementerio de Recoleta era la única necrópolis para enterrar a todos los muertos”. En diciembre de 1867, y ante las presiones del pueblo, se creó una Comisión de Salubridad Pública para hacer frente a la epidemia. La Comisión fue reconocida por las autoridades provinciales y hasta que terminó la epidemia se encargó de las funciones propias de un gobierno municipal, aplicando medidas tales como cuarentenas a los barcos procedentes de otra región, blanqueamiento e higiene de casas así como la limpieza de letrinas y calles (Figuepron 2017).

La epidemia montevideana de 1868 provenía de Buenos Aires. Ya en diciembre de 1867, el Ministerio de Gobierno solicitaba a la Junta de Higiene Pública una mayor frecuencia de reuniones para tomar medidas preventivas con motivo de la aparición del cólera en la capital argentina²². Rápidamente la Junta de Higiene Pública, con la colaboración de otras organizaciones como la Sociedad Filantrópica, desplegó una serie de acciones orientadas a vigilar la propagación de la enfermedad. Al igual que en el caso bonaerense, se priorizó la vigilancia sobre posibles casos provenientes de otros puertos y la eliminación de focos miasmáticos; el correcto tratamiento de las aguas cloacales estuvo en el centro de la discusión. Como señala el historiador uruguayo Eduardo Acevedo (1933), la situación de la red cloacal montevideana ya había sido problematizada durante la epidemia de fiebre amarilla de 1857. Sin embargo, había cloacas que aún no desaguaban en la Bahía de Montevideo. Para remediar esta situación, se recomendaba la construcción de letrinas impermeables. Por otro lado, a través de un impreso publicado el día 2 de enero, se brindaban recomendaciones útiles a la población. En cuanto a las medidas de higiene personal, se aconsejaba la ventilación de habitaciones y el consumo de agua filtrada, la moderación en las comidas y en el ejercicio. Asimismo, en abril de 1868 estaba en funcionamiento un lazareto de coléricos en la Ciudad Vieja -barrio en las inmediaciones del puerto- aunque la documentación no señala la fecha de su instalación²³.

Una segunda epidemia de cólera tuvo lugar en Argentina en 1873-74, y la tercera entre los años 1886-1887. El último brote de cólera en esta etapa se desarrolló en la Argentina en 1894-95 y produjo una mortalidad bastante menor, quizás debido a las políticas sanitarias implementadas, con las grandes obras de saneamiento y la puesta en funcionamiento de los hospitales, a partir de los brotes anteriores. El inicio del proceso de cambios se remonta a la intendencia de Torcuato de Alvear que estuvo en funciones entre 1879 a 1887. Torcuato de Alvear se rodeó de un equipo de médicos (Guillermo Rawson, Emilio Coni, Antonio Crespo, José María Ramos Mejía) quienes concibieron un vasto plan de saneamiento y equipamiento hospitalario. El gobierno nacional y la municipalidad se hicieron cargo del saneamiento de la ciudad financiando las grandes obras de extracción de agua, de cloacas, de pavimentación y de vías públicas. Crearon una administración de la salud, el Departamento Nacional de Higiene (1880) y la Asistencia Pública (1883), para administrar los hospitales, los

públicos, la desinfección del aire, la propagación de vacunas, conservación de hospitales, etc. (Álvarez, 1999: 2-3)

²² AGN-JHP, c. 34, carp. 19, fj. 2, 21/12/1867. Asimismo, la Junta Económico-Administrativa departamental recomendaba la apertura de nuevos hospitales ante la perspectiva de una posible epidemia de cólera. AGN-JHP, caja 34, carpeta 20, fj. 2, 27/12/1867.

²³ El lazareto era administrado por Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, y sabemos que estaba en funcionamiento en abril de 1868, por una nota de dicha Comisión al Ministerio de Gobierno solicitándole se encargara de pagar el alquiler de la casa usada como lazareto, debido a que la Comisión no contaba con más fondos para hacerlo. El Gobierno accedió al pedido, en la convicción de que “habría conveniencia, por precaución, de conservar aún este establecimiento”. AGN-JHP, c. 34, carp. 48, fj. 3, 02/04/1868.

dispensarios, los asilos nocturnos y para controlar las medidas de desinfección, de aislamiento, de inspección de los domicilios y de vacunación. La primera estaba bajo la órbita nacional y la segunda, municipal (Álvarez, 1999: 4). Según Figuepron (2017), la Asistencia Pública buscaba centralizar las actividades relativas a la salud en una sola institución, que a su vez tendría mayor autonomía en la toma de decisiones; así como otorgar a ésta un perfil exclusivamente técnico-profesional. Estas transformaciones encontrarían además un amplio respaldo del Poder Ejecutivo nacional, que, ante los casos de cólera confirmados, emitió un decreto que otorgaba a la Asistencia Pública la facultad de tomar todas las medidas que creyera necesarias dentro del municipio. Así, este organismo pasaba a estar encargado de combatir la epidemia, incluso por sobre el propio intendente y el Concejo Deliberante.

Por su parte, al igual que en el anterior brote colérico, las primeras medidas sanitarias en Montevideo tenían el propósito de impedir la llegada de personas contagiadas desde Buenos Aires. A tales efectos, en noviembre de 1886 se estableció un cordón sanitario sobre la costa de los ríos de la Plata y Uruguay “con el objeto de impedir, con todo rigor, que los fugitivos del flagelo logren invadir nuestro país”²⁴. A pesar de las precauciones tomadas para evitar el brote en Montevideo, los primeros casos sospechosos se constataron el 3 de diciembre y el día 8 del mismo mes se declaraba oficialmente la epidemia. Inmediatamente se dispusieron las siguientes medidas: “aislamiento del Asilo de Mendigos [donde aparecieron los primeros casos] por riguroso cordón sanitario, y prolija desinfección del mismo, transporte de los coléricos a la Casa de Aislamiento (...) y estableciendo alrededor de dicha casa, un cordón militar”²⁵. El Consejo Nacional de Higiene envió al Ministerio de Gobierno una serie de instrucciones donde se detallaban las acciones a tomar con las personas que presentaran la enfermedad:

“...declaraba obligatoria la denuncia de los casos sospechosos y prescribía una desinfección constante en el cuarto del enfermo, ropas y deyecciones, mediante bicloruro al uno por mil o ácido fénico al 5%. El médico debería desinfectarse en la misma forma al salir de la habitación del enfermo. Los cadáveres serían amortajados en sábanas empapadas en una solución de sublimado al dos por mil y enterrados en el suelo a un metro y medio de profundidad (...) se disponía que a la casa en que ocurrieran casos sospechosos sólo podrían entrar el médico, el sacerdote, el escribano, el comisario y el agente de salubridad encargado de la desinfección, y que el aislamiento continuaría por espacio de siete días desde la curación o del fallecimiento” (Acevedo, 1934: 478 y ss)²⁶.

A mediados de enero la situación en los países vecinos parecía haber mejorado, ya que se volvió a permitir la entrada de embarcaciones procedentes de la República Argentina y del Paraguay, con la condición de que cumplieran una cuarentena de 21 días en el lazareto de la Isla de Flores. La reapertura del puerto para esas procedencias comenzó a regir el 12 de enero de 1887²⁷, y el día 25 de febrero se dispuso que a partir del 1 de marzo se eliminaría la cuarentena de las personas procedentes de Buenos Aires en vista de la casi desaparición de la epidemia en esa ciudad²⁸.

Dentro de Montevideo, se hacía hincapié en la importancia de las visitas médicas diarias con el propósito de la detección temprana de síntomas de cólera, especialmente “en los hoteles, fondas, casas amuebladas y principalmente en los conventillos y casas de vecindad que por el hacinamiento

²⁴ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 13/11/1886.

²⁵ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 11/01/1887.

²⁶ Véase también AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 04/01/1887.

²⁷ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 11/01/1887.

²⁸ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 25/02/1887.

de sus habitantes y las malas condiciones higiénicas de estos, son puntos que requieren mayor vigilancia”²⁹. Acevedo (1934: 478) señala que algunos médicos montevidianos habían practicado estudios en muestras de agua provenientes de distintos puntos de la ciudad, y que habían descubierto, en todos los lugares donde ocurrieron brotes, “el bacillus del cólera, como causa explicativa de la epidemia reinante”. Asimismo, se tomaron medidas para evitar que la epidemia desarrollada en Montevideo se propagara a los departamentos del interior del país. Con ese objeto, a comienzos del mes de febrero, el Ministerio de Gobierno emitió una publicación oficial impresa, con medidas sugeridas por la Comisión de Higiene Pública para evitar el contagio en los departamentos: unas “tendente[s] a evitar la importación de la enfermedad en los Departamentos que no hayan sido invadidos”, y también “las precauciones necesarias para limitar en lo posible la propagación y el desarrollo de la misma enfermedad, en la localidad invadida”³⁰.

2) Enfermedades transmitidas por el aparato respiratorio y por comunicación aeróbica de persona a persona (escarlatina, tuberculosis, difteria, viruela, sarampión, gripe, etc.)

Este segundo tipo de enfermedades incluye la mayoría de las que causaron brotes epidémicos en Montevideo y Buenos Aires. Predominaron la viruela, la escarlatina y la gripe, aunque también hubo brotes de difteria. En el año 1887, Montevideo sufrió epidemias de difteria y de viruela, la primera desde fines de marzo, y la segunda desde junio. Con el objetivo de detener la propagación de la difteria, el Consejo de Higiene Pública divulgó un impreso con “Instrucciones para evitar el contagio de la difteria y el croup”. Ante la constatación de que la enfermedad se propagaba fundamentalmente entre los niños, se disponían cuidados especiales para ellos: una buena alimentación, su alejamiento de las casas con personas contagiadas y la prohibición de que concurrieran a la escuela si convivían con enfermos. En general, las instrucciones estaban orientadas a impedir la propagación. La meticulosa desinfección de la habitación y pertenencias del enfermo era la medida privilegiada, y se detallaba exhaustivamente en el impreso. También se especificaba la forma en que debían ser amortajados y velados los cadáveres de los enfermos³¹. Un indicio de que los casos seguían apareciendo en la ciudad es que en el mes de mayo el Consejo de Higiene Pública solicitó autorización al Ministerio de Gobierno para instalar una casa de aislamiento de diftéricos. La apertura de la casa de aislamiento se realizó el 16 de junio, y su dirección estaba a cargo del doctor Manuel Espinosa³².

Álvarez (s.f.) señala para Buenos Aires que en 1888 hubo alarma puesto que la cifra de fallecidos por difteria se elevó a 1.385, cifra mayor que la correspondiente a todas las otras enfermedades infectocontagiosas juntas, representando más del 11% de la mortalidad en general.

Con respecto a la viruela, la vacuna fue introducida en ambas ciudades rioplatenses en 1805. A partir de ese momento se realizaron ingentes esfuerzos por convencer a sus respectivas poblaciones para dejarse vacunar y la viruela siguió de todas formas presente en ellas, tal como veremos a continuación. La ley de vacunación obligatoria fue finalmente aprobada en 1886 para la Ciudad de Buenos Aires y en 1904 para el resto de las jurisdicciones en Argentina (Di Liscia, 2011: 417). La obligatoriedad de la vacunación fue resistida por la población.

Las fuentes documentales señalan la existencia de algunos casos de viruela en Montevideo en el mes de junio de 1887. El Consejo de Higiene Pública solicitó al gobierno “la reinstalación de la Casa de

²⁹ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 26/01/1887.

³⁰ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 10/02/1887.

³¹ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 31/03/1887.

³² AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 18/06/1887.

Aislamiento para variolosos, situada en el Cerrito de la Victoria”³³. En el mes siguiente el Consejo refería que “en vista del desarrollo que ha tomado la epidemia de viruela en la Capital y otras poblaciones de la República”, enviaba al gobierno una serie de consideraciones en torno a la importancia de la vacunación y la revacunación cada ocho o diez años. Según se explicaba, la vacunación durante una epidemia de viruela, “lejos de provocar el desarrollo de la enfermedad en el individuo vacunado, se lo impide eficazmente”, y que si la persona vacunada estaba incubando la enfermedad previamente, “contribuye poderosamente a atenuar la intensidad del mal”³⁴. Estas puntualizaciones muestran cuáles eran los temores más comunes en la época respecto de la vacunación, principal medida promovida por las autoridades.

Las subsiguientes epidemias de viruela en Montevideo -en 1902 y 1909-1910- nos permiten observar la evolución de las medidas sanitarias implementadas. El siguiente brote se extendió entre febrero de 1901 y marzo de 1903, y posteriormente se registró otro entre 1909 y 1911, con una mortalidad del 37,9%³⁵. Es posible suponer que aún había resistencias a la vacuna por parte de la población, ya que fue necesario establecer oficialmente la obligatoriedad de la revacunación periódica. La ley de vacunación y revacunación obligatorias se aprobó en 1911 -coincidiendo con la última epidemia señalada-, y el último brote de viruela tuvo lugar en 1936 (Hortal y García, 2016).

Otra enfermedad que generó dos epidemias durante la primera década del siglo XX en Montevideo fue la escarlatina. Los brotes ocurrieron en 1904 y 1909. El de 1904, según la describió el profesor de Clínica infantil de la Facultad de Medicina, “fue considerable; dio lugar a alarmas públicas, e impuso la clausura de las escuelas, con lo cual consiguió dominarse rápidamente; la mortalidad fue alrededor del 10%”³⁶. En cuanto a las medidas tomadas, aparte de la clausura de las escuelas, estaba en vigencia desde 1896 la reglamentación, promovida por el Consejo Nacional de Higiene y aprobada por el gobierno, sobre la declaración obligatoria de ciertas enfermedades. Esa ordenanza sobre «Declaración obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas» establecía que “los casos sospechosos de enfermedades exóticas, o infectocontagiosas comunes como la viruela, escarlatina o difteria, deben ser declarados inmediatamente”³⁷. La denuncia obligatoria de las enfermedades contagiosas permitía a las autoridades sanitarias actuar más rápidamente cuando aparecían focos infecciosos, y asimismo llevar la estadística sobre la cantidad de casos y de defunciones. Por tanto se la consideraba una de las medidas más inmediatas a tomar en caso de brotes epidémicos. Montevideo vivió otra epidemia de escarlatina en el otoño e invierno de 1909. Este brote, según consignan las fuentes, alarmó, “más que por el número de atacados, por su malignidad”³⁸, con una tasa de mortalidad elevada (21%). Entre las medidas tomadas figuraron, como en la epidemia de 1904, la declaración obligatoria de los casos y la clausura de las escuelas.

Finalizando este tercer tipo de enfermedades epidémicas está la gripe o influenza, que presentó algunos brotes a fines del siglo XIX, para luego reaparecer con la epidemia de 1919 conocida como gripe española. En el año 1890 se produjo una epidemia de gripe en Montevideo. Es poca la documentación existente respecto de este brote. El Boletín del Consejo Nacional de Higiene, en un

³³ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 07/06/1887.

³⁴ AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 26/07/1887.

³⁵ “Evolución de las enfermedades infectocontagiosas en Montevideo, por el Dr. Pedro Baycé Carbonell” (1930). *Congreso Médico del Centenario. Montevideo, 5 a 12 de octubre de 1930. Actas y trabajos*. IV, 182.

³⁶ “Consideraciones sobre la epidemia de escarlatina de 1909, por el doctor Luis Morquio. Profesor de clínica infantil de la Facultad de Medicina” (1910). *Revista Médica del Uruguay*. XIII (XIII), 267-268.

³⁷ “La Escarlatina en el Uruguay...” (1926), ob. cit., 368.

³⁸ “Consideraciones sobre la epidemia de escarlatina...” (1910), ob. cit., 268; “La Escarlatina en el Uruguay...” (1926), ob. cit., 375-376.

artículo referente a la epidemia de 1919, recordaba que se habían producido brotes en nuestro país “en los años 1889 y 1898, muy extendida la primera, que constituyó una verdadera pandemia”³⁹. En cuanto a las medidas tomadas sabemos que en febrero de 1890 se suspendió el festejo del carnaval por la “epidemia reinante de influenza”. A juicio del Consejo de Higiene Pública, “las aglomeraciones de gente así como toda clase de intemperancias y desarreglos, en general favorecen el desarrollo de toda enfermedad de carácter epidémico como es la gripe o influenza y en ese concepto el Consejo juzga que las fiestas de Carnaval serán perjudiciales para la salud de la población”⁴⁰.

Avanzando hasta 1919 llegamos a la epidemia de gripe española que, por su gran expansión a nivel internacional y la alta mortalidad que desarrolló en algunos países, fue tema de varios artículos médicos en publicaciones especializadas. En el caso de Montevideo, se registraron epidemias tanto en 1918 como en 1919, aunque con diferentes características: “En Montevideo [en 1919] la epidemia no alcanzó tanta extensión como en 1918, pero sus formas fueron más graves, de modo que la mortalidad alcanzó en 1919 una cifra mayor”. A pesar de lo extenso de la cita, creemos oportuno transcribir las medidas de profilaxis detalladas por la Comisión Especial designada para informar sobre el Cuestionario referente a la Pandemia de gripe 1918-1919, enviado al Consejo Nacional de Higiene por la Oficina Internacional de Higiene Pública de París:

“- Primeramente, el Consejo dictó una ordenanza incluyendo la gripe, de carácter grave, entre las enfermedades infectocontagiosas, de declaración obligatoria.

- Se solicitó, por 15 días, la clausura de Escuelas primarias, públicas y privadas; Liceos de Enseñanza Secundaria y Preparatoria en toda la República.

- Se solicitó de la Intendencia Municipal dictara una ordenanza prohibiendo la admisión de niños en los teatros, biógrafos y otras salas de espectáculos públicos (...) hasta nueva disposición.

- Posteriormente, se resolvió indicar al Ministerio respectivo la conveniencia que habría en clausurar todas las Facultades dependientes de la Universidad.

- Se acordó recomendar a la Intendencia Municipal continuara efectuando la desinfección de los locales donde hubiera aglomeración de personas, como ser: teatros, biógrafos, casinos, templos, cafés, cervecerías y en los ferrocarriles y tranvías.

- Fue aprobado un proyecto del Presidente del Consejo Nacional de Higiene, doctor Alfredo Vidal y Fuentes, creando una Comisión de Protección contra la Gripe, con el objeto de atender los hogares necesitados, donde se desarrollase esa enfermedad, con alimentos, abrigos y subsidios en dinero.

- El Poder Legislativo acordó al Consejo Nacional de Higiene la suma de cincuenta mil pesos, destinados a combatir la epidemia (...)

- La clausura de los lugares de reunión, la desinfección y otras medidas de orden administrativo, como las restricciones a la circulación de personas, aplicadas tanto a los países vecinos -Brasil,

³⁹ “Informe del Presidente del Consejo Nacional de Higiene, doctor Alfredo Vidal y Fuentes, sobre la epidemia de Gripe en el Uruguay” (1919). *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, XIV (198), 81.

⁴⁰ AGN-CHP, c. 1888-1890, sin número de foja, 08/02/1890.

por la frontera terrestre, y Argentina, por la vía fluvial- como en el interior de nuestro país, respecto a los que se trasladaban de una a otra localidad del mismo...”⁴¹.

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, la pandemia de la denominada gripe española llegó a la Argentina en octubre de 1918 y continuó su desarrollo durante el invierno de 1919. Se trata, según Carbonetti (2010), “de una epidemia olvidada por la historia de la medicina argentina. De hecho, la epidemia no tuvo el impacto que se observó en otros países la epidemia de gripe, si bien tuvo como epicentro la ciudad de Buenos Aires, desde donde se expandió al resto del país, ésta fue la que menos sufrió en términos de mortalidad. Por otra parte, observamos que su expansión en 1918 fue acotada, tanto en el tiempo como en el número de decesos que ocasionó en las provincias de mayor desarrollo del centro del país. El segundo brote tuvo un desarrollo completamente distinto, ya que su recorrido se hizo de norte a sur, y su impacto fue devastador en las provincias del norte, producto del factor eco-ambiental, el de las condiciones materiales de existencia y el de las condiciones sanitarias de cada provincia o ciudad.

4) Enfermedades que requieren de un vector y pueden ser transmitidas por insectos o roedores (fiebre amarilla, malaria, tifus exantemático, peste bubónica, etc.).

Las medidas tomadas durante las epidemias de fiebre amarilla en ambas ciudades dieron cuenta de la subsistencia de las teorías miasmáticas, en cuanto las indicaciones dadas por las autoridades apuntaban a detener la transmisión de los miasmas. Se puso énfasis en la adecuación de las viviendas insalubres -los conventillos o casas de inquilinato- y en la mejora del saneamiento.

La epidemia montevideana de fiebre amarilla en 1857 tuvo origen en la ciudad de Río de Janeiro, en cuyo puerto hacían escala muchos de los barcos que luego continuaban hacia Montevideo. Los primeros casos ocurrieron, precisamente, en los barrios cercanos al puerto. En el mes de marzo, la Junta de Higiene Pública proponía una serie de medidas orientadas a evitar la malignización de la atmósfera (Pollero, 2016): por un lado, acelerar la construcción de los caños maestros que llegaban al mar, cegar todos los terrenos pantanosos en la vecindad de la usina del gas, sustituir las materias animales que se empleaban para la preparación del gas por carbón mineral y continuar el empedrado que se estaba haciendo en las calles centrales. Por otro lado, se establecía la recolección diaria de basuras, así como la quema de las viviendas de madera donde hubiese habido enfermos con el objeto de remover materias susceptibles de conservar los miasmas transmisibles. También se prohibieron los entierros de cuerpo presente y se aconsejó evitar el hacinamiento en los conventillos. Finalmente, se habilitó el lazareto limpio y se indicó al Gobierno que escogiera otro punto de la ciudad destinado para lazareto sucio. También se daban instrucciones generales a la población, relacionadas con la higiene personal -el frecuente uso de baños-, la dieta -se preferían los alimentos animales a los vegetales, por ser de más fácil digestión- y la higiene doméstica -ventilación de las habitaciones, no hacinamiento en los dormitorios, extracción diaria de la basura, cubrir las letrinas, blanquear las casas-. A su vez, la Junta hacía la siguiente advertencia: “toda persona que cometa abuso de régimen, tanto en los alimentos y bebidas, como en los goces de la vida social, está predispuesto a contraer la enfermedad reinante” (Pollero, 2016: 378).

En el año 1871 una grave epidemia de fiebre amarilla asoló la ciudad de Buenos Aires y, como se mencionó previamente, evidenció la desorganización sanitaria de esa ciudad, en la cual coexistían el Gobierno Nacional, el de la Provincia de Buenos Aires y el municipal. Por su parte, el sistema de aguas corrientes recién estaba naciendo, y no tenía ningún método de drenaje ni de suministro. La mayoría

⁴¹ “Sobre epidemiología, patología, etiología y profilaxis de la pandemia de gripe de 1918-1919, en el Uruguay” (1920). *Boletín del Consejo Nacional de Higiene*, XV (166), 603-604.

de la población se proveía de agua de los pozos o la compraba a los aguateros que la sacaban del río; las quejas por su suciedad eran constantes. La ciudad era precaria en lo sanitario. Dado que se carecía de un sistema de cloacas, los desechos humanos acababan en los pozos negros, que terminaban contaminando las napas de agua.

De acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación (2012: 103), a comienzos de marzo la peste desbordó a los conventillos de San Telmo. En consecuencia, “se prohíben los bailes. Se cierran las oficinas públicas y la ciudad se va paralizando. Los hospitales generales de Hombres, de Mujeres, el Italiano y la Casa de Expósitos colman su capacidad. (...) El puerto es puesto en cuarentena y las provincias limítrofes impiden el ingreso de personas y mercaderías procedentes de Buenos Aires”. A mediados de marzo se designó una comisión popular de salud pública. La comisión se encargaba de sacar a la calle a quienes vivían en los conventillos, y se quemaban sus pertenencias para impedir los contagios. El 10 de abril, día del pico de fallecidos, los gobiernos Nacional y Provincial decretaron feriado hasta fin de mes. Los decesos disminuyeron en mayo. A mediados de ese mes la ciudad recuperó su actividad normal, y el día 20 la comisión dio por finalizada su misión. El 2 de junio ya no se registró ningún caso. A partir de la segunda mitad del año 1871 se iniciaron obras de saneamiento en toda la ciudad, que incluían la pavimentación de calles y la construcción de veredas. Asimismo, una ley sancionada el 6 de septiembre de 1871 prohibió las actividades de los saladeros de carne - localizados sobre la margen derecha del Riachuelo en la ciudad- y de las graserías.

Conclusiones

Esta ponencia pretendió poner en diálogo el desempeño de la mortalidad de las dos capitales de los países que anteceden el descenso de la mortalidad en América Latina. Como primer paso, en el marco de un proyecto mayor, se puso el acento en estudiar el comportamiento característico de la mortalidad en las fases más tempranas de transición epidemiológica, los años de mortalidad extraordinaria entre 1850 y 1919.

Para ello se utilizó una metodología propia de la demografía histórica para medir la intensidad de las crisis (el índice de Dupâquier), adecuada para la información demográfica que contamos al momento para el análisis comparativo.

Un primer resultado es la confirmación de que en los 70 años estudiados las dos ciudades fueron golpeadas por sucesivas crisis, en 14 oportunidades Montevideo y 21 en Buenos Aires. En ambos casos la magnitud de las crisis fue superior hasta el decenio de 1880 inclusive, disminuyendo su intensidad a partir de entonces. De esta manera, se observa la etapa pretransicional de epidemias y pandemias, a la vez que el inicio del espaciamiento y reducción de las crisis, característico del comportamiento de las primeras etapas de descenso de la mortalidad.

Con las dificultades originadas en la falta de datos, para avanzar en el conocimiento de la naturaleza de estas crisis, realizamos un primer ejercicio -de manera preliminar- de análisis sobre las causas de muerte para los años de mortalidad extraordinaria. Como era de esperar, se observó la relevancia de las enfermedades transmisibles en el total de las defunciones, y de forma llamativa, cómo estas comenzarían a tener un menor peso relativo en Buenos Aires con anticipación a Montevideo.

A su vez, en los años de crisis, son las enfermedades de transmisión aeróbica, ya endémicas con brotes epidémicos, las que acumulan un mayor porcentaje de defunciones, disminuyendo solamente en los años de las epidemias que entraron por los puertos: cólera y fiebre amarilla.

En ambos contextos se observa que las medidas se corresponden con los paradigmas científicos de la época: la teoría miasmática hasta las últimas décadas del siglo XIX, que apuntaba fundamentalmente a evitar la *malignización de la atmósfera*, y la teoría microbiana de la enfermedad a partir de entonces. En ambos casos también se instauraron medidas de índole individual – higiene individual y ventilación de los ambientes–; sumadas a aquellas del ámbito social, vinculadas a establecer períodos de aislamiento (cuarentena) para las personas enfermas, el cierre de escuelas o el impedimento a la asistencia de aquellos niños/as que presentaran la enfermedad. A ello se agregan medidas de índole político – institucional que establecen el cierre de las fronteras para impedir el ingreso de la enfermedad en la ciudad, en mayor medida en Montevideo, en general acosada por una mayor presencia de crisis de mortalidad en la vecina Buenos Aires.

Asimismo, además de estos rasgos que ambas ciudades comparten, también ha sido posible dimensionar ciertas particularidades al interior de esa común tendencia al descenso de las crisis de mortalidad que las determinan en el largo plazo de los 70 años en estudio. La primera de ellas se distingue por una situación más ventajosa para Montevideo -menos años de mortalidad extraordinaria-, propia de los cuarenta años que median entre 1850 y 1890. La segunda, por su parte, caracterizada por la paulatina equiparación que manifiesta Buenos Aires respecto de Montevideo en esta materia, en particular a partir de 1890 en adelante.

En este caso, el hito temporal de 1880 adquiere una relevancia particular. A pesar de que Montevideo convivió con diferentes procesos de enfrentamientos de índole política y bélicos que se extendieron más allá de la década de 1870, la existencia de una autoridad unívoca, nacional y con predominante acción montevideana, impuso un factor propicio para la adopción de decisiones, por ejemplo en materia de salud pública, que orientan a comprender la ventaja que ostenta Montevideo respecto de Buenos Aires entre 1850 y 1890. Considérese a manera de ejemplo que la existencia de la Junta de Higiene proviene desde la década de 1830 y, en particular, hacia 1880, Montevideo estaba considerada como la primera ciudad latinoamericana en tener alcantarillado, servicio de agua potable y sistema cloacal. La consolidación de la matriz del Estado de bienestar en Uruguay, generalmente relacionada con avances en las condiciones de vida de la población, antecede prácticamente en tres décadas a la Argentina durante el siglo XIX y ello se refleja en los hechos.

Por su parte, hasta 1880, la configuración del sistema político que caracterizara a la Ciudad de Buenos Aires hasta el momento de su federalización sería uno de los factores que, se considera, habría propiciado la desarticulación de todo accionar institucional en pos de implementar las medidas sanitarias que, la insalubre geografía, sumada a las deficientes condiciones sanitarias y el paralelo crecimiento demográfico de la ciudad, estaban urgentemente requiriendo. Nos referimos, por ejemplo, a la simultánea existencia del Consejo de Higiene Pública y a la Comisión de Higiene, que estaban bajo la órbita del gobierno nacional y municipal respectivamente, no existiendo una división clara de atribuciones y deberes para abordar la relevante problemática sanitaria de Buenos Aires. La mencionada federalización de la Ciudad de Buenos Aires, si bien concebida en términos institucionales, genera la implementación y consolidación de un proceso de acciones de política pública focalizadas en el saneamiento de la ciudad, financiando las grandes obras de extracción de agua, de cloacas, de pavimentación y de vías públicas. La creación del Departamento Nacional de Higiene, establecido en 1880, y la Asistencia Pública, instituida bajo la órbita municipal en 1883, esclarece una clara división de atribuciones y deberes que consolida un vasto plan de saneamiento y equipamiento hospitalario en la ciudad.

Ahora bien, téngase en cuenta que estos factores, más ligados hacia la prevención que está puesta más que nada en la mejora de las condiciones sanitarias, en las medidas de higiene y para el consumo adecuado de los alimentos, apuntarían en realidad a superar las enfermedades transmisibles del aparato digestivo.

En el caso de las enfermedades las transmitidas por comunicación aeróbica, solamente contaban con la vacuna antivariólica y, a partir de los últimos años del siglo XIX, del suero antidiftérico. En lo que refiere a la vacuna, más allá de que fue introducida en la misma fecha en ambas ciudades por primera vez (1805), es necesario considerar su aceptación y expansión en la población o bien que el Estado asuma un rol de protección que conlleve a instaurar la obligatoriedad de la vacunación. La ley de vacunación obligatoria fue finalmente aprobada en 1886 para la Ciudad de Buenos Aires, en tanto recién en 1911 se sancionó la Ley de Vacunación y Revacunación Antivariólica Obligatoria en Uruguay.

Entonces, desde el punto de vista del comportamiento de la mortalidad hemos observado hacia fines del siglo XIX un espaciamiento de las crisis y la relevancia de las enfermedades endémicas y sus brotes epidémicos en ambas ciudades; desde el punto de vista institucional, hemos visto el fortalecimiento de las autoridades sanitarias también en ambos márgenes del Río de la Plata.

Como principal tema pendiente nos interesa continuar profundizando nuestro análisis para avanzar en la confirmación o no de la relevancia del descenso más temprano en el peso relativo de las enfermedades transmisibles de Buenos Aires respecto a Montevideo.

ANEXO

Cuadro 4. Crisis de mortalidad e intensidad, magnitud y categoría según metodología de Dupâquier. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires, 1850 - 1919.

Año	Montevideo	Buenos Aires	Montevideo	Buenos Aires	Montevideo	Buenos Aires
	Índice de Dupâquier		Magnitud		Categoría de crisis	
1850	-0.5	0.8				
1851	-0.3	0.6				
1852	0.2	1.0				
1853	0.5	0.8				
1854	0.1	2.8		2		Media
1855	0.7	0.8				
1856	0.1	2.2		2		Media
1857	4,4	2.2	3	2	FUERTE	Media
1858	-0,1	3.4		2		Media
1859	0,1	2.8		2		Media
1860	0,5	1,3				
1861	0,3	1,2				
1862	0,9	2,4		2		Media
1863	2,0	2,1	2	2		Media
1864	1,6	1,4				
1865	3,8	2,9	2	2	Media	Media
1866	1,9	1,3				
1867	1,0	4,2		3		FUERTE
1868	4,6	1,3	3		FUERTE	
1869	0.3	0,7				
1870	0.2	0,5				
1871	1.3	11,5		4		MAYOR
1872	0.4	-0.3				
1873	0.3	-0.3				
1874	-0.2	0.0				
1875	-0.4	-0.2				
1876	-0.7	-0.5				
1877	-0.1	-0.5				
1878	-0.9	-0.4				
1879	-0.2	-0.1				
1880	-0.7	-0.1				
1881	0.7	-0.3				
1882	1.0	1,4				
1883	0.2	2,9		2		Media
1884	2.2	1,7	2		Media	
1885	1.1	2,4		2		Media
1886	2.1	2,2	2	2	Media	Media

1887	4.0	3,6	3	2	FUERTE	Media
1888	1.7	2,5		2		Media
1889	1.9	2,8		2		Media
1890	2.3	2,4	2	2	Media	Media
1891	1,0	0,9				
1892	-0.1	0.8				
1893	-0.5	0.5				
1894	-0.8	0.6				
1895	-1.1	0.9				
1896	-1.0	0.2				
1897	-1.0	0.4				
1898	-0.8	-0.3				
1899	-0.8	-1.7				
1900	0.1	1.2				
1901	0.9	1,0				
1902	2.4	-1,1	2		Media	
1903	1.9	-1,1	2		Media	
1904	2.4	-0,7	2		Media	
1905	0.6	1,0				
1906	2.9	3,1	2	2	Media	Media
1907	1.7	2,5		2		Media
1908	1.0	1,5				
1909	2.7	1,6	2		Media	
1910	3.9	2,4	2	2	Media	Media
1911	1.7	2,5		2		Media
1912	2.1	1,8	2		Media	
1913	0.9	1,4				
1914	0.8	1,4				
1915	1.5	1,3				
1916	1.8	0,9				
1917	1.0	0,3				
1918	1.0	0,9				
1919	1.3	0,8	2		Media	

Fuente: Elaboración propia a partir de series de defunciones.

Bibliografía

Acevedo, E. (1933). *Anales Históricos del Uruguay*, tomo III. Montevideo, Barreiro y Ramos.

Acevedo, E. (1934). *Anales Históricos del Uruguay*, tomo IV. Montevideo, Barreiro y Ramos.

Álvarez, A. (s.f.) *El brazo médico del Estado Argentino. Artesanos de un modelo de ciudad y de Nación. Buenos Aires, 1880 – 1920*. Tesis. Maestría en Historia. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Álvarez, A. (2017) “De la Higiene Pública a la Higiene Social en Buenos Aires, una mirada a través de sus protagonistas, 1880-1914”. *Bol Mex His Fil Med*, 10 (1): 4-11. (Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2007/hf071b.pdf>)

Álvarez Cardozo, A. C.(2012) “La aparición del cólera en Buenos Aires (Argentina), 1865-1996”. *HistoReLo. Revista de Historia, Regional y Local*. V. 4. Nro.8. julio – diciembre, Universidad Nacional del Mar del Plata, Argentina, págs.172 – 208 (Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/histo/v4n8/v4n8a07.pdf>)

Argentina (1916), *Tercer Censo Nacional, 1914*, Tomo IV, Población, Buenos Aires, Talleres Gráficos de Rosso y Cía.

Armus, D. (2007). *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires, Edhasa.

AYSA (Agua y Saneamiento Argentinos S.A.) (s.f.) *Historia de las epidemias en Buenos Aires*” (Disponible en https://www.aysa.com.ar/media-library/programa_cultural_educativo/museo/Las-epidemias-en-Buenos-Aires.pdf)

AYSA (Agua y Saneamiento Argentinos S.A.) (2018.) *Historias del Agua en Buenos Aires: de aljibes, aguateros y aguas corrientes*. (Disponible en https://www.aysa.com.ar/media-library/que_hacemos/Concientizaci%C3%B3n/Lazos_de_agua/Historias_del_Agua_en_Buenos_Aires-2018.pdf)

Bertoncello, R.V. 2010. Configuración espacial de una metrópoli. En: *Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810 – 2010*. Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 97 -128.

Burges S. La pandemia de gripe en Uruguay. *Americana* 2017;6:167-206.

Campari, G. (2013) “Planificación territorial y ordenamiento jurídico: la construcción de la institución hospitalaria en la Buenos Aires higiénica”. *Perspectiva Geográfica* ISSN: 0123-3769. Vol. 18 No. 1. Enero-junio, pp. 65-90

Carbonetti, A. (2010). Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la argentina 1918 – 1919. En *Desacatos*, núm. 32, enero-abril 2010, pp. 159-174.

Carbonetti, A. y Celton, Dora (2007). La transición epidemiológica. En: Torrado, S. (Comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*. Tomo 1. Edhasa, Buenos Aires: 369 – 398.

Celton, D.E.; Carbonetti, A. (2006) “La formación de la demografía en Argentina (1869,1947)” *ESTUDIOS* Nro 19 (Primavera, 2006), Universidad Nacional de Córdoba- Centro de Estudios Avanzados (CEA), p. 27-42. ISSN OnS-185 X

Cristina J, Pollero R, Pellegrino A. (2018). The 1918 influenza pandemic in Montevideo: The southernmost capital city in the Americas. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 13: 219–225.

Damonte, A.M. (1994). Uruguay: transición de la mortalidad en el período 1908-1963. DT 16, Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.

Daniel, C. (2012) “Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina,1880-1940”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.89-114. (Disponible en https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000100006)

Daniel, C. J.(2015) “Observar, medir, comparar: la ciudad de Buenos Aires bajo el lente estadístico de fines del siglo XIX, principios del XX”; Universidad Nacional de Quilmes; *Redes*; 21; 40; 6-2015; 147-176 (Disponible en <http://hdl.handle.net/11336/17007>)

Di Liscia, M.S. (2017) “Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930). *Historia Caribe - Volumen XII* N° 31 - Julio-Diciembre 2017 pp 159-193 (Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/hisca/v12n31/0122-8803-hisca-12-31-00159.pdf>)

Domínguez, A. B. (2016) *Agua potable y desagües para la Ciudad de Buenos Aires. Síntesis Histórica* Buenos Aires, República argentina. Versión original: 2010. Última revisión y ampliación: Septiembre de 2016. (Disponible en http://www.cai.org.ar/wp-content/uploads/actividades/2017/201712_Saneamiento.PDF)

Fiquepron, M. R. (2017). Los vecinos de Buenos Aires ante las epidemias de cólera y fiebre amarilla (1856-1886). *Quinto Sol*. Revista de Historia. V.21. Nro. 3. (<https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/quintosol/article/view/1230/2283>)

Fiquepron, M. (2020). *Morir en las grandes pestes Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores Argentina S.A.

Frenk, J., J. L. Bobadilla et ál. (1991). «Elementos para una teoría de la transición en salud». *Salud pública de México* 33(5): 448-462.

Galarce, Alberto (1886), *Bosquejo de Buenos Aires*. Capital de la Nación Argentina, Buenos Aires, Imprenta, Tipografía y Encuadernación de Stiller y Lass.

González Leandri, R. “La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900”. *“Diálogos Revista Electrónica de Historia”* Dirección web: <http://historia.fcs.ucr.ac.cr/dialogos.htm> página 36 de 79

Grushka, C.O. 2010. ¿Cuánto vivimos? ¿Cuánto viviremos? En: *Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810 – 2010*. Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 165 -194.

Hortal, M. y García Gabarrot, G. (2016). “Enfermedades infecciosas emergentes en Uruguay: memorias del siglo XX”. *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad de la República, Uruguay, 3 (2).

Kepelusz-Poppi, A.M. (2011) “José Penna y Salvador Mazza en tiempos del cólera. Salud, inmigración y legitimidad política en la Argentina de 1910” . *Temas de historia argentina y americana* Nº 19. Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central “San Benito Abad”.

Latzina, Francisco (1889), “Estadísticas complementarias del censo” en Buenos Aires, Comisión Directiva del Censo, *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires*, tomo II, Buenos Aires, Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.

Maglioni, C.; Stratta, F. (2009) “ Impresiones profundas. Una mirada sobre la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires”. *Población de Buenos Aires*. Año 6, número 9, abril. pp. 9-21. Dirección General de Estadística y Censos, Buenos Aires, Argentina.

Martínez, A. B. (1889), “Estudio topográfico e historia demográfica de la Ciudad de Buenos Aires”, en *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires de 1887*, Buenos Aires, Compañía Sudamericana de Billetes de Banco.

Mazzeo, V. (2004) “El registro de los hechos vitales de la Ciudad de Buenos Aires”. *Población de Buenos Aires*, vol. 1, núm. 0, julio, 2004, pp. 45-53. Dirección General de Estadística y Censos. Buenos Aires, Argentina (Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74010011>)

Mazzeo, V. (2007) “La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1860-2002”. julio/septiembre *Papeles de POBLACIÓN* No. 53. Universidad de Buenos Aires. CIEAP/UAEM.

Mazzeo, V. (2017) “La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la Ciudad de Buenos Aires” *Población de Buenos Aires*, vol. 14, núm. 26, octubre, 2017, pp. 47-60. Dirección General de Estadística y Censos, Buenos Aires, Argentina

Mazzeo, V. y Pollero, R. 2005. La mortalidad infantil en ambas márgenes del Río de la Plata en la primera mitad del siglo XX. ¿Dos orillas, dos realidades? En: CD de las VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población (Asociación de Estudios de Población de la Argentina), 12-14 de octubre de 2005, Tandil.

Meslé, F. y Vallin, J. (2002). Mortality in Europe: the divergence between East and West. En *Population*, 57(1):157.

Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1889), *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires de 1887*, Buenos Aires, Compañía Sudamericana de Billetes de Banco.

Muller, M.S. (1974) *La mortalidad en Buenos Aires entre 1855 y 1960*. Centro de investigaciones sociales del Instituto Torcuato Di Tella – Centro Latinoamericano de Demografía. Buenos Aires.

Omran, A. (1971) The epidemiologic transition, a theory of the epidemiology of population change. En *Milbank Mem Fund Quart*, 49: 509 – 538.

OMS (2020) Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) – Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países. Versión preliminar del 12 de febrero del 2020. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-preparacion-respuesta-para-enfermedad-por-coronavirus-2019-covid-19>.

Pantelides, A. E. (1983). La transición demográfica Argentina: un modelo no ortodoxo. En: *Cuadernos del CENEP*, 29. Centro de Estudios de Población, Buenos Aires.

Pantelides, E. (1992). Más de un siglo de fecundidad en la Argentina: su evolución desde 1869. *Notas de Población*, 56: 87-106.

Pellegrino, A., Cabella, W., Paredes, M., Pollero, R. y Varela, C. 2008. De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX. En: Nahum, B. “*El Uruguay del siglo XX. La sociedad*”: 11-43, Banda Oriental- FCS, Montevideo.

Pérez Brignoli, H. (2010). “América Latina en la transición demográfica, 1800-1980”, *Población y salud en Mesoamérica*, 7, archivo 1.

PNUD - Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros* / 1a ed. - Buenos Aires.

Pollero, R. (2015). ¿Qué nos es posible conocer respecto al inicio del cambio demográfico? Una aproximación a las fases tempranas de la transición epidemiológica en Montevideo. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Población (RELAP)*, 16: 59-83.

Pollero, R. (2016), *Historia demográfica de Montevideo y su campaña (1757-1860)*, Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de la República.

Recchini de Lattes, Z. (1971) *La población de Argentina. Componentes demográficos del crecimiento entre 1855 y 1960*. Editorial del Instituto. Buenos Aires.

Serrón, V. (2007). La Gripe en Uruguay 1918-1919. Textos y documentos para una historia en la red. *Storia del mondo*, n. 46.

Somoza, J. (1971). *La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960*. Centro de investigaciones del Instituto Di Tella – Centro Latinoamericano de Demografía. Buenos Aires.

Torrado, Susana. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Ediciones de la Flor, Buenos Aires.

Veronelli, J.C. y Veronelli, M. (2004). Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina. OPS, Buenos Aires.

Zavala de Cosío, M.E. (1992). La transición demográfica en América Latina y en Europa. *Notas de Población*, 56: 11-32.