

Estudio comparativo de las crisis de mortalidad en Montevideo y Ciudad de Buenos Aires y su relación con las epidemias por enfermedades infecciosas (1850-1919)

Massé, Gladys; Pollero, Raquel; Luongo, Carolina

Estudio comparativo de las crisis de mortalidad en Montevideo y Ciudad de Buenos Aires y su relación con las epidemias por enfermedades infecciosas (1850-1919)

Población de Buenos Aires, vol. 18, núm. 30, 2021

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74069001>

Estudio comparativo de las crisis de mortalidad en Montevideo y Ciudad de Buenos Aires y su relación con las epidemias por enfermedades infecciosas (1850-1919)

Gladys Massé gladysmasse@yahoo.com.

Facultad de Filosofía y (UBA), Argentina

Raquel Pollero raquel.pollero@cienciassociales.edu.uy

Facultad de Ciencias Sociales (Udelar), Uruguay

Carolina Luongo c.luongoroca@gmail.com

Facultad de Ciencias Sociales (Udelar), Uruguay

Población de Buenos Aires, vol. 18, núm. 30, 2021

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74069001>

Resumen: El artículo presenta un estudio comparativo del desempeño de la mortalidad en Buenos Aires y Montevideo, capitales de los países que se adelantan en el descenso de la mortalidad en América Latina.

Se analiza el comportamiento característico de la mortalidad en las fases más tempranas de la transición epidemiológica entre 1850 y 1919. Para medir la intensidad de las crisis de mortalidad se utilizó una metodología propia de la demografía histórica, el índice de Dupâquier. En los años de registros extraordinarios se realiza un análisis de causas de muerte. A su vez, se revisan brevemente las instituciones sanitarias y las medidas que las autoridades adoptaron frente a las crisis.

Nuestros resultados identifican similitudes y diferencias. Ambas ciudades fueron golpeadas por sucesivas crisis de mortalidad, y en este período se observa el inicio de su espaciamiento y reducción, propio de las primeras etapas de su descenso. No obstante, la tendencia al descenso de las crisis de mortalidad presenta particularidades: por un lado una situación más ventajosa para Montevideo –menos años de mortalidad extraordinaria hasta 1890–, y por otro, la paulatina equiparación de Buenos Aires desde la última década del siglo XIX, así como un menor peso relativo de las defunciones por enfermedades transmisibles.

Palabras clave: crisis de mortalidad, transición epidemiológica, mortalidad por causas, Montevideo, Buenos Aires.

Abstract: This article introduces a comparative study of the incidence of mortality in Buenos Aires and Montevideo, capital cities of the two countries which first showed a mortality decline in Latin America.

The typical behavior of mortality in the earliest phases of the epidemiologic transition between 1850 and 1919 is analyzed. The Dupâquier index, a methodology taken from historical demography, was used to measure the intensity of mortality crises. In years showing extraordinary mortality, an analysis of the causes of death is made. Additionally, health institutions and measures set up by authorities to face the crises are briefly revised. The results show similarities and differences. Both cities were struck by successive mortality crises, and the beginning of spacing and decrease can be noticed in this period, which is typical of the early phases of mortality decline. However, the descending trend in mortality crises also shows particularities: firstly, a comparatively more advantageous situation for Montevideo –less years of extraordinary mortality up to 1890–, secondly, a slow but steady equalization of Buenos Aires beginning in the last decade of the 19th

century, and finally, a decrease in the relative weight of deaths caused by communicable diseases.

Keywords: mortality crisis, epidemiological transition, mortality by cause of death, Montevideo, Buenos Aires.

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– como los pioneros en iniciar el denominado proceso de transición demográfica en América Latina, antecedendo en varias décadas a los demás de la región. La bibliografía ha resaltado el rol de la mortalidad como disparador de dicho proceso. 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). Si bien no es sencillo precisar el inicio temporal del declive 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).

Por su parte, este artículo se focaliza en las dos áreas urbanas del Río de la Plata, Montevideo y Buenos Aires¹, ciudades-puerto que adelantan este cambio demográfico respecto al resto de los territorios de ambos países. En este sentido, se pretende estudiar las fases más tempranas del proceso de transición epidemiológica en clave comparativa entre 1850 y 1919. En particular, centraremos el análisis en el comportamiento de la mortalidad extraordinaria, identificando los años y la naturaleza de estas crisis de mortalidad, en un período protagonizado por importantes epidemias de enfermedades infecciosas. Asimismo, se revisarán brevemente las medidas que las autoridades sanitarias adoptaron frente a ellas en uno y otro ámbito.

Existe una importante producción académica sobre las epidemias de enfermedades infecciosas durante el período en estudio para el caso argentino, en particular para el de la Ciudad de Buenos Aires (Álvarez, s/f; Figuepron, 2020; Armus, 2007; Carbonetti y Celton, 2007; Besio Moreno, 1939), y en menor medida para Montevideo (Pollero, 2015, 2016; Burges, 2017; Cristina et al., 2018; Serrón, 2007). Por tanto, consideramos que es la perspectiva comparativa propuesta la que constituye nuestro mayor aporte para contribuir a la interpretación de los fenómenos epidemiológicos y demográficos rioplatenses del pasado.

Debemos señalar que la presentación de los datos en ambos casos muestra ciertas diferencias de difícil tratamiento. En el caso de Montevideo, la información corresponde al total del departamento² del mismo nombre (530 km²) que presenta una poblada área urbana³ y otra despoblada área rural, cuyos límites jurisdiccionales fueron fijados en 1835. 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 1888⁴ (Bertoncello, 2010). A pesar de ello, a efectos de la redacción del texto muchas veces nos referiremos indistintamente a Montevideo y Buenos Aires como “ciudad” o “ambas ciudades”.

Presentación del caso

En la interpretación de los resultados hemos considerado las explicaciones de la teoría de la transición epidemiológica de Omran (1971). Este autor consideraba que, a medida que descendiera 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, causada principalmente por enfermedades infecciosas. 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. Las enfermedades infecciosas continúan siendo las principales causas de defunción, pero las no transmisibles comienzan a ser significativas. La tercera y última etapa descrita en la versión original –y cuestionada por las críticas–, 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, acorde al incremento de las edades avanzadas en la estructura por edad de la población.

El período de estudio propuesto en este artículo nos lleva a considerar que se corresponde con comportamientos de la mortalidad propios de la primera y segunda etapas descritas 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 la denomina crisis de mortalidad producida 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–, que se potencian debido a la sinergia que produce la coexistencia de ellos lo que provoca 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 predominan ampliamente las enfermedades infecciosas y parasitarias.

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

El estado actual del conocimiento epidemiológico considera que la forma de transmisión de los microorganismos y su entrada al cuerpo humano es mediante cuatro vías: 1) enfermedades del aparato digestivo que se transmiten por vía fecal por medio 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, otras enfermedades de transmisión sexual) y 4) enfermedades que requieren de un vector y pueden ser transmitidas por insectos (fiebre amarilla, malaria, tifus exantemático, peste bubónica, etc.). Este es entonces el esquema básico para utilizar en el presente estudio.

Breve aproximación al contexto de ambas ciudades

Habida cuenta de una característica primigenia, común a ambas ciudades, propia de las ciudades-puerto, la situación de Montevideo y Buenos Aires entre la segunda mitad del siglo XIX y las primeras dos décadas del XX también compartió la progresiva consolidación de las naciones a las que ambas pertenecían, una vez concluido el ciclo de guerras civiles que las asolaron. En la medida en que se logró la paz interior –aunque, por momentos, frágil– se pudo emprender el camino de la organización nacional, que implicó una serie de definiciones político-administrativas tendientes a consolidar los gobiernos centrales y definir competencias y límites con las autoridades locales de ambas orillas del Plata.

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 ambas naciones. El sector agropecuario se vio fuertemente perjudicado durante los conflictos armados, que asumieron un carácter estructural durante el siglo XIX: por un lado, el paso de los ejércitos por las estancias arruinaba los cultivos y los animales y destruía las incipientes mejoras tecnológicas; por el otro, la inestabilidad política ahuyentaba las inversiones extranjeras en el campo. Cuando esta coyuntura cambió, la relativa paz permitió el crecimiento económico de Uruguay y de 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.

Según los censos de cobertura nacional realizados en la década de 1860 en ambos estados, la población del departamento de Montevideo era de 57.913 habitantes en 1860⁵ y la de la Ciudad de Buenos Aires era de 177.787 personas en 1869⁶. A partir de la década de 1870 y durante todo el período en estudio, sucesivas oleadas inmigratorias provenientes fundamentalmente de España e Italia fueron transformando la fisonomía de ambas ciudades. 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 pueblos de origen. De ello dan cuenta los recuentos censales de carácter nacional de 1908 en Uruguay y de 1914 en Argentina, a partir de evidenciar que Montevideo había quintuplicado su población, que alcanzó a unas 309.231 personas⁷; en tanto Buenos Aires presentaba un quantum nueve veces superior al de 16 años antes⁸, con 1.575.814 habitantes⁹.

El ingreso de grupos humanos numerosos en intervalos cortos de tiempo llevó a que ambas 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 descritas ocasionó un desplazamiento de los sectores sociales con mayores recursos económicos, que establecieron sus residencias en zonas alejadas del casco antiguo de la ciudad y del puerto (Bertoncello 2010; Pastrana, Bellardi y Di Francesco, 2010).

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, se emprendieron las obras de saneamiento. Por su parte, Montevideo hacia 1880, era considerada 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).

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 y mantuvo su posición de liderazgo hasta avanzada la segunda mitad del siglo XX respecto de las demás naciones latinoamericanas.

En las explicaciones relacionadas con la etapa inicial de esta reducción precoz, la literatura ha puesto el acento en las 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 los dos países, entre otros factores (Grushka, 2010; Damonte, 1994, Pellegrino et al. 2008). En particular, este proceso sería liderado por ambas ciudades-puerto respecto del resto urbano de sus respectivos territorios.

En relación con los niveles de mortalidad, 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 (TBM) revela un nivel elevado –entre 25 y 39 por 1.000–, con una relativa estabilidad solamente interrumpida por años de mortalidad extraordinaria. La mortalidad infantil también expresa valores dominantes del orden de 200-220 defunciones de menores de 1 año por cada 1.000 nacimientos (Pollero, 2016). Aún no se cuenta con trabajos sobre la segunda mitad del siglo XIX para Montevideo, pero nuestras estimaciones preliminares ubican una TBM del orden del 14 por mil hacia el último quinquenio del siglo XIX que se mantiene estable hasta el final de nuestro período de estudio, ca. 1919.

Los trabajos sobre Buenos Aires para la segunda mitad del siglo XIX también señalan los altos niveles 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 (Besio Moreno, 1939; Recchini de Lattes, 1971). Entre 1875-1879 y 1890-1894, la TBM de la Ciudad de Buenos Aires se mantuvo en alrededor de 25 defunciones por cada mil habitantes, y en el último quinquenio del siglo XIX comenzó una rápida reducción, que llegó a 15 por mil en 1915-1919 (Besio Moreno, 1939; Grushka, 2010:167)¹⁰.

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 de ambas ciudades 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 de 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.

Ahora bien, 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.

Por su parte, en Buenos Aires, hasta 1880, la configuración del sistema político que caracterizara a esta Ciudad hasta el momento de su federalización, a diferencia de lo estipulado para Montevideo, habría propiciado la desarticulación del accionar institucional en pos de implementar las medidas sanitarias que urgentemente se requerían. 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, ya que no existía una división clara de atribuciones y deberes para abordar su relevante problemática sanitaria.

La creación del Departamento Nacional de Higiene, establecido en 1880, y la Asistencia Pública Municipal, instituida bajo la órbita municipal en 1883, con la existencia de médicos seccionales encargados de vigilar la higiene de los barrios, es la instancia que esclarece la división de atribuciones y deberes que consolida un vasto plan de saneamiento y equipamiento hospitalario en la ciudad, que se profundiza a medida que se acerca el final del siglo XIX. Ya en la década de 1880 surgían argumentos en Buenos Aires 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 de la Ciudad 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 en 1895 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 las enfermedades infectocontagiosas.

De todas maneras, 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 de 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 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 este 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 una ciudad a otra¹¹.

En particular, las epidemias de fiebre amarilla y de cólera vividas en ambas orillas del Río de la Plata 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 estos tres países 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 cuarentenas¹². Las convenciones sanitarias se sucedieron en 1887, 1890, 1894, 1899 y 1904. A ellas se suman además algunos acuerdos bilaterales entre los 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 del Adriático.

Datos y métodos

Las fuentes de datos demográficos utilizadas en la presente investigación provienen principalmente de instituciones oficiales. En lo que refiere a las series de defunciones, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires se utiliza la serie reconstruida y publicada por la Dirección General de Estadística

y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2010) en el marco del documento “Dinámica de una ciudad, Buenos Aires 1810-2010”. Para Montevideo, en los datos correspondientes a 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.

Por otra parte, no se cuenta con información desagregada de defunciones según causa de muerte para todo nuestro período de estudio. 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 189-1914” publicado en el Tercer Censo Nacional de 1914¹³. 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 y Besio Moreno (1939).

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

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 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 Dupâquier¹⁴.

Cuadro 1

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

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.

Dupâquier, 1975.

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

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 con 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 (1ª Clasificación internacional de causas de muerte).

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 4). De manera general, se podría decir que en los setenta años que contempla 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; Buenos Aires, recién a partir de la década de 1890, se igualó en exponer un escenario más acorde con el que su vecina rioplatense venía ostentando.

De acuerdo con la escala propuesta por Dupâquier y considerando la totalidad del período en estudio, Buenos Aires es, de las dos urbes, la que manifiesta la única crisis de magnitud mayor (con una intensidad de 11,5), correspondiente al año 1871. Esta Ciudad tuvo solamente otro año de crisis fuerte, en 1867, y 19 crisis de magnitud media. Montevideo, por su parte, presentó tres crisis fuertes (1857, 1868 y 1887) y 11 medias en los setenta años analizados.

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 hasta resultar 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, el comienzo de la 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 1850-1919.

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

De este modo se observa que el episodio más importante de mortalidad extraordinaria del Río de la Plata que conmocionó a Buenos Aires en 1871 originado por la fiebre amarilla no tuvo el mismo eco en Montevideo. En esta última ciudad el aumento de la mortalidad estuvo vinculado a un brote de viruela. Sin embargo, el índice sí señala incrementos en ambas ciudades para los años de crisis fuertes montevidéanas, como por ejemplo las que corresponden a 1857 (fiebre amarilla) y 1887 (viruela y difteria). Un caso aparte es 1867 y 1868 que, como veremos, se trata de una epidemia de cólera que llega con rezago a Montevideo desde Buenos Aires.

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 en un análisis sobre las causas de muerte para dichos años, cuando la información nos lo permitió.

Gráfico 2

Distribución de defunciones según enfermedades transmisibles para años de crisis de mortalidad seleccionados

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

Importar imagen

Fuente: elaboración propia sobre la base de DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Anuarios estadísticos para Montevideo y Argentina (1916), Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

Fuente: elaboración propia sobre la base de DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Anuarios estadísticos para Montevideo y Argentina (1916), Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

Cuadro 3

Crisis de mortalidad según metodología de Dupâquier. Montevideo (MVD) y Ciudad de Buenos Aires (CBA). Años seleccionados

Cuadro 3 Crisis de mortalidad según metodología de Dupâquier. Montevideo (MVD) y Ciudad de Buenos Aires (CBA). Años seleccionados

Año	MVD Índice de Dupâquier	CBA	MVD Magnitud	CBA	MVD Categoría de crisis	CBA
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

Nota: solamente se incluyen los años de crisis de magnitud fuerte y mayor, así como los años en que existe coincidencia de crisis en ambas ciudades. Fuente: elaboración propia a partir de series de defunciones.

Fuente: elaboración propia a partir de series de defunciones.

Análisis preliminar de la mortalidad por enfermedades transmisibles

Desafortunadamente, la desagregación de la mortalidad por causa es discontinua e incompleta. Para los años 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 encuentra información continua desde fines de la década de 1880 para Montevideo y desde 1891 para Buenos Aires¹⁵. Por consiguiente, debemos advertir que los resultados de este apartado deben tomarse con cautela.

En el Gráfico 1 se observa la distribución de la mortalidad por enfermedades transmisibles y el resto de las causas (incluyendo las mal definidas) a partir de 1890¹⁶. Como es de esperar por la etapa de la transición epidemiológica en que estas regiones se encuentran, la contribución 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 presenta una mayor estabilidad e incluso refleja cierta tendencia descendente.

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 Dupâquier. 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 esta última Ciudad ostenta casi un 75% de defunciones por enfermedades transmisibles.

La falta de información completa de las defunciones por causa anuales no nos ha permitido incorporar a esta clasificación 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 año¹⁷; 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 con 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 acuerdo con el esquema mencionado con anterioridad. 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 5) una quinta categoría residual con el resto de las causas que no eran sencillamente clasificadas en las categorías anteriores.

En el Esquema 1 se señalan las principales causas epidémicas del período de estudio, que se agrupan en cada una de estas grandes categorías.

En el Gráfico 3 se observa 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 clasificación¹⁸.

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

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 por 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 sobre enfermedades respiratorias 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, la tuberculosis es 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 verano¹⁹. Como señalamos antes, el gráfico solamente permite visualizar el segundo de los brotes mencionados.

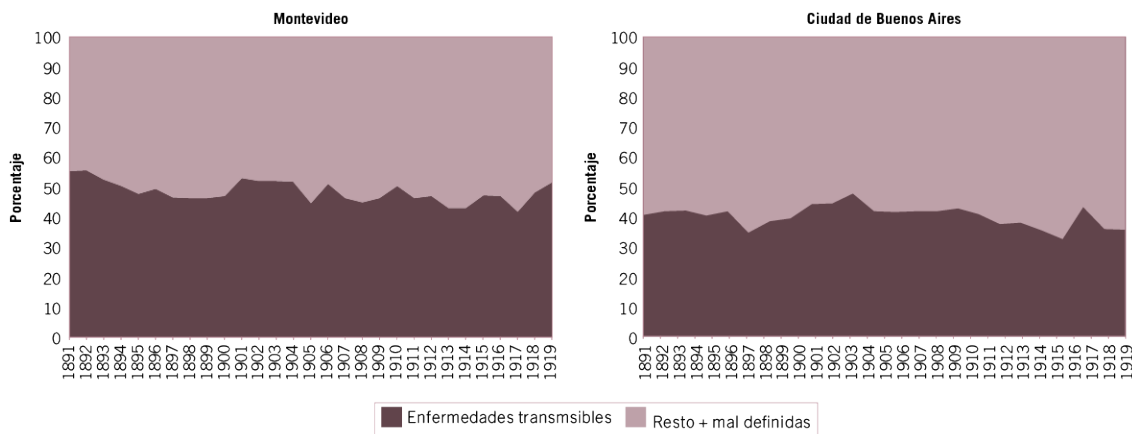
Finalmente, el grupo de enfermedades transmitidas por picaduras, básicamente la fiebre amarilla. En este caso podemos señalar dos crisis: la epidemia de Montevideo en 1857/20, de categoría fuerte, y la gran epidemia de fiebre amarilla de Buenos Aires, la única crisis clasificada como mayor.

En suma, de acuerdo con 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 también a la disponibilidad de información, se pudo 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 de transmisión sexual, 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 muertes causadas por enfermedades “exóticas”, la persistencia de las endemias con brotes epidémicos, y cómo se va desarrollando una disminución del peso relativo de las enfermedades transmisibles, de forma más acentuada en Buenos Aires que en Montevideo.

Gráfico 1



Distribución de defunciones según total de enfermedades transmisibles. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires. Años 1891/1919
Fuente: elaboración propia sobre la base de DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Anuarios estadísticos para Montevideo y Argentina (1916), Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 2

Distribución de defunciones según enfermedades transmisibles para años de crisis de mortalidad seleccionados



Fuente: elaboración propia sobre la base de DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Anuarios estadísticos para Montevideo y Argentina (1916), Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

Esquema 1

Causas de muerte según grandes categorías de transmisión de las enfermedades transmisibles

Esquema 1 Causas de muerte según grandes categorías de transmisión de las enfermedades transmisibles

1. Enfermedades del aparato digestivo que se transmiten por vía fecal

Fiebre tifoidea

Cólera

Resto (disenterías, diarreas y enteritis, otras infecciosas del aparato digestivo)

2. Enfermedades transmitidas por aparato respiratorio y aire

Viruela

Difteria

Sarampión

Escarlatina

Gripe

Resto (tuberculosis, meningitis, neumonías, etc.)

3. Enfermedades del aparato reproductor

Sífilis, otras enfermedades de transmisión sexual

4. Enfermedades transmitidas a través de la sangre o tejidos mediante picadura de animales

Fiebre amarilla

Tifus exantemático

5. Resto de enfermedades transmisibles

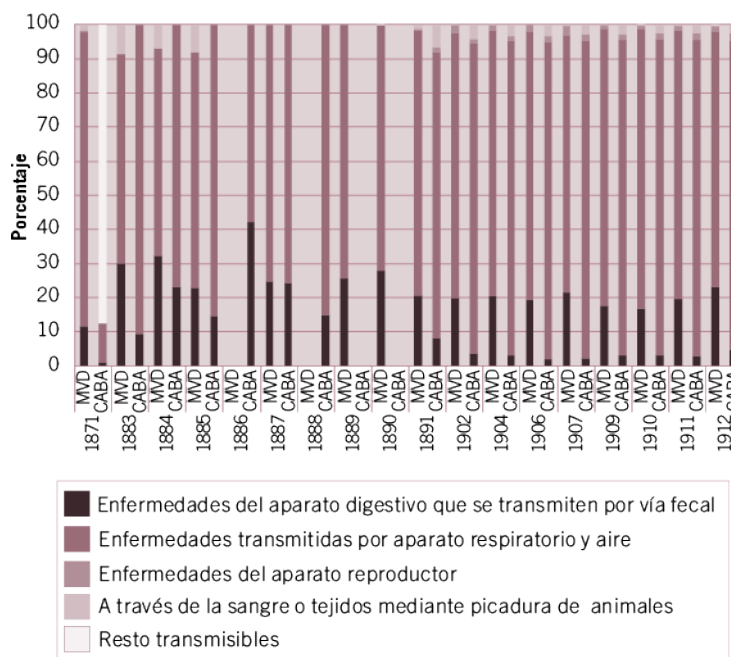
Tétanos, fiebres diversas, inflamaciones, etc.

Fuente: elaboración propia.

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3

Distribución de enfermedades según grupos de transmisión. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires. Años seleccionados



Fuente: elaboración propia sobre la base de DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Anuarios estadísticos para Montevideo y Argentina (1916), Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo IV: 576 y 577 para Ciudad de Buenos Aires.

Las autoridades sanitarias y las crisis de mortalidad

Las instituciones sanitarias de ambas ciudades a mediados del siglo XIX comenzaban 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 autoridades vinculadas a la salud durante los brotes epidémicos. Cabe reiterar en este caso la disparidad, ya mencionada, entre una autoridad sanitaria uruguaya, y en particular montevideana, más centralizada, y la inexistencia de una división clara de atribuciones y deberes entre el gobierno nacional y municipal de Buenos Aires, por lo menos hasta el momento de su federalización en la década de 1880. Por último, conforme avanzaba el siglo XX comenzó a registrarse una mayor cohesión en las respuestas ante las epidemias, lo que a su vez revelaba una mayor institucionalización de la salud, centralizada por el poder estatal en particular en esta última Ciudad.

El tipo de medidas tomadas en cada caso debe considerarse en el marco de los paradigmas científicos predominantes en la época que compartían las autoridades sanitarias a uno y otro lado del Río de la Plata. El período elegido para este trabajo permite 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 bacteriana²¹. Teniendo esto en cuenta, cobran sentido muchas de las 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. Hacia fines de ese siglo y comienzos del XX, 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.

Para estudiar las medidas implementadas por las respectivas autoridades durante cada epidemia, nos guiaremos por la clasificación de las enfermedades y el orden atribuido según su impacto en el total de muertes anuales presentados en el apartado anterior, excluyendo las enfermedades de transmisión sexual ya que, como fue señalado, tienen poco peso relativo en las causas de muerte.

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

Este 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.

Con respecto a la viruela, la medida privilegiada –si no la única– durante todo el período de estudio fue la vacunación y revacunación²², aunque cabe resaltar que las autoridades enfrentaron serias resistencias a este tratamiento por parte de la población. La ley de vacunación

obligatoria fue aprobada en 1886 para la Ciudad de Buenos Aires y en 1904 para el resto de las jurisdicciones en Argentina (Di Liscia, 2017: 417). En Montevideo, la ley de vacunación y revacunación obligatorias se aprobó en 1911, en coincidencia con el último episodio importante de esta enfermedad en esta ciudad.

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. En vista de que la enfermedad se transmitía rápidamente entre los niños, se impuso la clausura de las escuelas²³. Por otra parte, estaba en vigencia desde 1896 la declaración obligatoria de ciertas enfermedades. La 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”²⁴. La denuncia obligatoria de las enfermedades contagiosas permitía a las autoridades sanitarias actuar más rápidamente cuando aparecían focos infecciosos.

Respecto de la gripe o influenza, a nivel internacional los episodios más conocidos, y considerados pandémicos, son los de la gripe de 1889-1890 (conocida como gripe rusa) y los de 1918-1919 (conocida como gripe española).

Si bien hay poca información al respecto sabemos que la gripe rusa llegó a Montevideo, dado que en febrero de 1890 las autoridades suspendieron el festejo del carnaval para evitar aglomeraciones²⁵.

Por su parte, la gripe española llegó a Buenos Aires en octubre de 1918 y continuó su desarrollo durante el invierno de 1919. La epidemia no tuvo el impacto que se observó en otros países y presentó cifras bajas de mortalidad (Carbonetti, 2010). En Montevideo, se registraron oleadas en 1918 y 1919. 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, detallaba las medidas de profilaxis tomadas: restricciones a la circulación de personas provenientes de Brasil y Argentina y del interior del país, declaración obligatoria de la gripe de carácter grave, desinfección de los locales donde hubiese aglomeración de personas, clausura de los lugares de reunión y de instituciones de enseñanza primaria y secundaria en toda la República, prohibición de la admisión de niños en los teatros, biógrafos y otras salas de espectáculos públicos. Asimismo, se creó una Comisión de Protección contra la gripe, con el objeto de atender los hogares necesitados donde se desarrollase esa enfermedad, y el Poder Legislativo acordó al Consejo Nacional de Higiene la suma de cincuenta mil pesos, destinados a combatir la epidemia²⁶. Respecto de los brotes de difteria, en 1887 Montevideo sufrió una epidemia de esta enfermedad. Las medidas estaban orientadas a impedir la propagación: meticulosa desinfección de la habitación y pertenencias del enfermo. También se especificaba la forma en que debían ser amortajados y velados los cadáveres²⁷. Ante la constatación de que la enfermedad se propagaba fundamentalmente entre los niños, se recomendaba 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 el mes de mayo el Consejo de Higiene Pública solicitó autorización al Ministerio de Gobierno para instalar una casa de aislamiento de diftéricos²⁸.

2) 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 período estudiado llegó a Buenos Aires a fines de 1867 y pasó rápidamente a Montevideo, donde se registraron los primeros casos a principios de 1868. En ambos lados del Río de la Plata se encontraban problemas similares: redes cloacales deficientes, mala higiene de calles y casas, y falta de control a los barcos provenientes del extranjero. Consecuentemente, las medidas adoptadas apuntaron a remediar varios de estos problemas: cuarentenas a los barcos procedentes de otras regiones y la eliminación de focos miasmáticos mediante el blanqueamiento e higiene de casas y limpieza de letrinas y calles (Fiquepron, 2017). El correcto tratamiento de las aguas cloacales también estuvo en discusión (Acevedo, 1933). Asimismo, en abril de 1868 estaba en funcionamiento un lazareto de coléricos en Montevideo²⁹.

La siguiente epidemia de cólera, que se desarrolló entre fines de 1886 y los primeros meses de 1887 en ambas ciudades, halló algunas mejoras en cuanto a las obras de saneamiento. Estas fueron puestas en marcha a partir de los brotes anteriores. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, las obras sanitarias fueron complementadas con innovaciones en la administración de la salud a partir de la década de 1880 (Álvarez, s/f). Las medidas sanitarias, por su parte, no variaban mucho respecto de las adoptadas dos décadas antes: mayor control en los puertos para detectar barcos infectados, higiene y desinfección de casas. Las autoridades montevidéanas, además, establecieron la obligación de denunciar los casos sospechosos³⁰.

3) 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 –1857 en Montevideo y 1871 en Buenos Aires– dan cuenta del paradigma científico que prevalecía en la época, en cuanto las indicaciones dadas por las autoridades apuntaban a detener la transmisión de los miasmas. Las ciudades eran precarias en lo sanitario. Se puso énfasis en mejorar sus condiciones de salubridad –avanzar con el saneamiento, eliminar lodazales y terrenos pantanosos, trasladar los saladeros fuera de la ciudad–, así como en la vigilancia de los puertos. También se buscó fomentar la higiene doméstica mediante la ventilación de las habitaciones, no hacinamiento en los dormitorios, extracción diaria de la basura, cubrir las letrinas y blanquear las casas (Pollero, 2016: 378). Otras medidas incluyeron la quema de las viviendas de madera donde hubiese habido enfermos con el objeto de remover materias susceptibles de conservar

los miasmas transmisibles y la habilitación de un lazareto limpio en Montevideo.

Conclusiones

En este artículo se pretendió poner en diálogo el desempeño de la mortalidad de las dos ciudades-puerto y capitales de los países que anteceden el descenso de la mortalidad en América Latina. En esta primera instancia se puso el acento en estudiar el comportamiento característico de la mortalidad en las fases más tempranas de la 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 con la 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 en 21 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 espaciado 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 el ejercicio de analizar 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 partir de 1890 en adelante.

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

Asimismo, además de estos rasgos que ambas ciudades comparten, también ha sido posible dimensionar ciertas particularidades hacia el 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 desde la última década del siglo XIX en adelante.

Si bien el abordaje cualitativo respecto a los paradigmas sanitarios, el desarrollo institucional de las autoridades de la salud y las medidas tomadas frente a las epidemias ha sido ampliamente revisado por distintos autores, el enfoque comparativo ha posibilitado reflexionar acerca de

similitudes y diferencias en ambas orillas del Plata, que podrían echar luz sobre el desempeño en la prevención de las epidemias en el pasado.

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. Asimismo, 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 administrativo-político que caracterizaba 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, sin que existiera una división clara de atribuciones y deberes para abordar la relevante problemática sanitaria de Buenos Aires. La mencionada federalización de esta Ciudad, si bien concebida en términos institucionales, genera la implementación y consolidación de un proceso de acciones de política pública focalizadas en su limpieza y desinfección, 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, establece una clara división de atribuciones y deberes que consolida un vasto plan de saneamiento y equipamiento hospitalario en la Ciudad.

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, destinadas 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 especial en Montevideo, inicialmente y hasta

la última década del siglo XIX, acosada por una mayor presencia de crisis de mortalidad desde la vecina Buenos Aires.

Ahora bien, téngase en cuenta que, por un lado, 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. Por otro, una de las principales diferencias que se observa entre ambas ciudades radica en que la adopción de estas medidas se encuentra muy ligada a la dispar organización administrativo-política, nacional y municipal, que expresan una y otra ciudad: más centralizada desde sus inicios en Montevideo y recién articulada y organizada desde la última década del siglo XIX en Buenos Aires.

De la mano de esta última aseveración téngase en cuenta, a manera de ejemplo, el caso de las enfermedades transmitidas por comunicación aeróbica. En el período en estudio, solamente se contaba 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 población resistió el proceso de vacunación en ambas orillas durante casi un siglo. Sin embargo, simultáneamente con las medidas de salubridad instauradas para prevenir las enfermedades transmisibles del aparato digestivo, la ley de vacunación obligatoria contra la viruela (enfermedad transmitida por medios aeróbicos) 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, luego del último brote de epidemia de viruela en Montevideo detectado en 1910.

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 reconocido el diferencial fortalecimiento de las autoridades sanitarias también en ambos márgenes del Río de la Plata y su correlato en la superación de las crisis de mortalidad de la época.

De todas maneras, esta investigación deja como interrogante, para futuros análisis, continuar ampliando el período en estudio hasta confirmar (o no) la relevancia del descenso más temprano en el peso relativo de las enfermedades transmisibles de Buenos Aires respecto a Montevideo y sus factores concomitantes.

Anexo

Cuadro 4 Crisis de mortalidad e intensidad según metodología de Dupâquier. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires. Años 1850/1919

Cuadro 4 Crisis de mortalidad e intensidad según metodología de Dupâquier. Montevideo y Ciudad de Buenos Aires. Años 1850/1919

Año	Montevideo Índice de Dupâquier	Buenos Aires	Año	Montevideo Índice de Dupâquier	Buenos Aires
1850	-0.5	0.8	1885	1.1	2.4
1851	-0.3	0.6	1886	2.1	2.2
1852	0.2	1.0	1887	4.0	3.6
1853	0.5	0.8	1888	1.7	2.5
1854	0.1	2.8	1889	1.9	2.8
1855	0.7	0.8	1890	2.3	2.4
1856	0.1	2.2	1891	1.0	0.9
1857	4.4	2.2	1892	-0.1	0.8
1858	-0.1	3.4	1893	-0.5	0.5
1859	0.1	2.8	1894	-0.8	0.6
1860	0.5	1.3	1895	-1.1	0.9
1861	0.3	1.2	1896	-1.0	0.2
1862	0.9	2.4	1897	-1.0	0.4
1863	2.0	2.1	1898	-0.8	-0.3
1864	1.6	1.4	1899	-0.8	-1.7
1865	3.8	2.9	1900	0.1	1.2
1866	1.9	1.3	1901	0.9	1.0
1867	1.0	4.2	1902	2.4	-1.1
1868	4.6	1.3	1903	1.9	-1.1
1869	0.3	0.7	1904	2.4	-0.7
1870	0.2	0.5	1905	0.6	1.0
1871	1.3	11.5	1906	2.9	3.1
1872	0.4	-0.3	1907	1.7	2.5
1873	0.3	-0.3	1908	1.0	1.5
1874	-0.2	0.0	1909	2.7	1.6
1875	-0.4	-0.2	1910	3.9	2.4
1876	-0.7	-0.5	1911	1.7	2.5
1877	-0.1	-0.5	1912	2.1	1.8
1878	-0.9	-0.4	1913	0.9	1.4
1879	-0.2	-0.1	1914	0.8	1.4
1880	-0.7	-0.1	1915	1.5	1.3
1881	0.7	-0.3	1916	1.8	0.9
1882	1.0	1.4	1917	1.0	0.3
1883	0.2	2.9	1918	1.0	0.9
1884	2.2	1.7	1919	1.3	0.8

Fuente: elaboración propia a partir de series de defunciones.

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, en <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2007/hf071b.pdf>. (Error 12: El enlace externo <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2007/hf071b.pdf> debe ser una URL) (Error 13: La URL <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2007/hf071b.pdf> no esta bien escrita)
- 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.
- 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, pp. 97-128.
- Besio Moreno, N. (1939), Buenos Aires, puerto del Río de la Plata, capital de la Argentina, Estudio crítico de su población, 1536-1936, Buenos Aires.
- Boletín del Consejo Nacional de Higiene (1918), año XIII, n° 144, Montevideo.
- Burges, S. (2017), “La pandemia de gripe en Uruguay”, en Americania n° 6, pp. 167-206.
- Carbonetti, A. (2010), “Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la argentina 1918-1919”, en Desacatos n° 32, pp. 159-174.
- Carbonetti, A. y Celton, D. (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, Buenos Aires, Edhasa, pp. 369-398.
- Cristina J., Pollero R., Pellegrino A. (2018), “The 1918 influenza pandemic in Montevideo: The southernmost capital city in the Americas”, en Influenza and Other Respiratory Viruses, 13, pp. 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.
- Del Panta, L. y Livi Bacci, M. (1975), “Chronology, Intensity and diffusion of mortality in Italy, 1600-1850”, en Charbonneau, H. y Larose, A. (comps.), The Great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past, H. Charbonneau y A. Larose. Liège, IUSSP: 69-79.
- Del Panta, L. y Livi Bacci, M. (1977), “Chronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie: 1600-1850”, en Population 32 (setiembre), pp. 401-446.
- Di Liscia, M.S. (2017), “Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)”, en Historia Caribe, V. XII n° 31, pp. 159-193, en ;.

- Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo (1884-1919), Anuarios estadísticos, Montevideo.
- Dirección General de Estadística y Censos (2010), *Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810-2010*, Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos.
- Dupâquier, J. (1975), “L’analyse statistique des crises de mortalité”, en Charbonneau, H. y Larose, A. (comps.), *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*, Bruselas, IUSSP.
- Fiquepron, M. R. (2017), “Los vecinos de Buenos Aires ante las epidemias de cólera y fiebre amarilla (1856-1886)” en *Quinto Sol. Revista de Historia*, V. 21, n° 3, en
- 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 XXI.*
- Flinn, M. W. (1974), “The Stabilization of mortality in pre-industrial western Europe” en *Journal Of European Economic History* 3(2), pp. 285-318.
- Galarce, A. (1886), *Bosquejo de Buenos Aires, Capital de la Nación Argentina*, Buenos Aires, Imprenta, Tipografía y Encuadernación de Stiller y Lass.
- Grushka, C.O. (2010), “¿Cuánto vivimos? ¿Cuánto viviremos?”, en *Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810-2010*, Buenos Aires Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, pp. 165-194.
- Intendencia Municipal de Montevideo (1904-1919), *Resúmenes anuales de la Estadística Municipal de Montevideo*. Montevideo.
- Latzina, F. (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.
- 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”, en *Población de Buenos Aires*, vol. 1, n° 0, Dirección General de Estadística y Censos, Buenos Aires, julio, pp. 45-53, en <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”, en *Papeles de población* n° 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” en *Población de Buenos Aires*, v. 14, n° 26, Buenos Aires Dirección General de Estadística y Censos, pp. 47-60.
- 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)*, Tandil.
- Mesa de Estadística General (1860), *Registro estadístico de la República Oriental del Uruguay de 1860*, Montevideo.
- Mesa de Estadística General (1874) *Cuadernos estadísticos*, Montevideo.

- Müller, M.S. (1974), La mortalidad en Buenos Aires entre 1855 y 1960, Buenos Aires, Centro de investigaciones sociales del Instituto Torcuato Di Tella - Centro Latinoamericano de Demografía.
- 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.
- Omran, A. (1971), "The epidemiologic transition, a theory of the epidemiology of population change", en *Milbank Mem Fund Quart*, nº 49, pp. 509-538.
- Pantelides, A. E. (1983), "La transición demográfica Argentina: un modelo no ortodoxo", en *Cuadernos del CENEP*, nº 29, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población.
- Pantelides, E. (1992), "Más de un siglo de fecundidad en la Argentina: su evolución desde 1869", *Notas de Población* nº 56, pp. 87-106.
- Pastrana, E.M., Bellardi, M., Di Francesco, V. (2010), "Hábitats de la pobreza", en *Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810-2010*, Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, pp. 309-349.
- 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", Montevideo, Banda Oriental-FCS, pp. 11-43.
- Pérez Brignoli, H. (2010). "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980", en *Población y salud en Mesoamérica*, nº 7, archivo 1.
- 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", en *Revista de la Asociación Latinoamericana de Población (RELAP)*, nº 16, pp. 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*, Buenos Aires, Editorial del Instituto.
- Serrón, V. (2007), "La Gripe en Uruguay 1918-1919. Textos y documentos para una historia en la red" en *Storia del mondo*, nº 46.
- Somoza, J. (1971), *La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960*, Buenos Aires, Centro de investigaciones del Instituto Di Tella - Centro Latinoamericano de Demografía.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor.
- Veronelli, J.C. y Veronelli, M. (2004), *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*, Buenos Aires, OPS.
- Zavala de Cosío, M.E. (1992), "La transición demográfica en América Latina y en Europa" en *Notas de Población*, nº 56, pp. 11-32.

Notas

- 1 Si bien la denominación por la que optamos es Buenos Aires, cabe alertar que ella refiere a la Ciudad de Buenos Aires, a diferencia de la provincia del

- mismo nombre, dos jurisdicciones de primer orden político-administrativo en Argentina.
- 2 En el caso de Uruguay, el departamento corresponde a la jurisdicción político-administrativa de primer orden. Su homólogo en Argentina corresponde a la provincia (23 en total y un distrito federal correspondiente a la Ciudad de Buenos Aires).
 - 3 Según el censo de 1908 la población urbana en Montevideo era el 80% del departamento.
 - 4 A partir del momento de su federalización, la superficie de la Ciudad resultó ser algo superior a los 200 km².
 - 5 <https://www.ine.gub.uy/censos-1852-2011>
 - 6 El valor de población corresponde al original que presenta el Primer Censo de la República Argentina. Buenos Aires, 1872: 29 .
 - 6 El valor de población corresponde al original que presenta el Primer Censo de la República Argentina. Buenos Aires, 1872: 29 .
 - 7 <https://www.ine.gub.uy/censos-1852-2011>
 - 8 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 los límites administrativo-políticos que se mantienen hasta la actualidad.
 - 9 El valor de población corresponde al original que presenta el Segundo Censo Nacional-República Argentina. Buenos Aires, 1916: 3 .
 - 10 Si bien se conoce que la TBM no es un indicador que deba utilizarse para realizar comparaciones entre poblaciones diversas, dado que está afectada por la estructura por edad y sexo de la población, se menciona en esta ocasión con el solo objetivo de brindar una descripción independiente, pero no comparativa, de la evolución del fenómeno en una y en otra ciudad.
 - 11 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 ss.
 - 12 “Primera Convención Sanitaria celebrada en Montevideo entre el Brasil, Argentina y Uruguay (Año 1873)” (1918). Boletín del Consejo Nacional de Higiene, XIII (144).
 - 13 Argentina (1916), “Tercer Censo Nacional, 1914, Tomo IV, Población”, Buenos Aires, Talleres Gráficos de Rosso y Cía. (páginas 576 y 577).
 - 14 Distintos autores han elaborado métodos para medir las crisis de mortalidad basados exclusivamente en las series de defunciones (Flinn, 1974; Dupâquier, 1975; Del Panta y Livi Bacci, 1975, 1977). Hemos optado por no utilizar la propuesta de Flinn ni la de Del Panta y Livi Bacci por motivos diferentes, uno más metodológico en el primer caso, y otro más conceptual en el segundo. El método de Flinn toma como mortalidad normal una media móvil de los cinco años anteriores y cinco posteriores a la crisis. Dado que ambas poblaciones en estudio tienen incrementos importantes debido a la inmigración, la consideración de años anteriores y posteriores a cada crisis podría sesgar los resultados. Por su parte, para Del Panta y Livi Bacci una crisis de mortalidad implica que el incremento del número de defunciones representa un peligro para la conservación del equilibrio demográfico. Esto sucede en los casos de un aumento superior al 50% del número de muertes en un año determinado. Hemos utilizado la metodología propuesta por Dupâquier porque también es sensible a epidemias de menor intensidad.
 - 15 La clásica publicación de Besio Moreno (1939) contiene datos de defunciones por causas desde 1869. Sin embargo, no hay un registro completo de las causas y, por lo tanto, no es posible utilizarlas debido a que los distintos grupos de enfermedades quedarían subregistrados.
 - 16 A diferencia de los datos de Montevideo, la información consultada para 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.

- 17 Estimación realizada sobre la base de la estimación de 1500 defunciones por fiebre amarilla realizada por Brunel, médico contemporáneo (véase, Pollero, 2016: 378).
- 18 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.
- 19 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.
- 20 En 1873 hubo otro brote en Montevideo, de menor entidad, que no fue identificado como crisis por el índice de Dupâquier.
- 21 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.
- 22 La vacuna había sido introducida en ambas ciudades rioplatenses en 1805.
- 23 “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.
- 24 “La Escarlatina en el Uruguay...” (1926), ob. cit., 368.
- 25 AGN-CHP, c. 1888-1890, sin número de foja, 08/02/1890.
- 26 “Sobre epidemiología, pertenencias del enfermo. También se especificaba la forma en que debían ser amortajados y velados los cadáveres 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.
- 27 AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 31/03/1887.
- 28 AGN-CHP, c. 1885-1887, sin número de foja, 18/06/1887.
- 29 AGN-CHP, c. 34, carp. 48, fj. 3, 02/04/1868.
- 30 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”.