

El descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires entre 1890 y 1950*

Wanda Cabella*
Raquel Pollero*

Palabras-clave: Mortalidad infantil, causas de defunción, demografía histórica.

Resumen

El trabajo plantea un estudio comparado del descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, a partir de la combinación de análisis de series demográficas y análisis cualitativo de fuentes históricas.

En las dos capitales rioplatenses el inicio del descenso de la tasa de mortalidad infantil se remontó a fines del siglo XIX, alcanzando en la segunda década del siglo XX niveles poco usuales en el contexto latinoamericano, en torno a 100 por mil. Sin embargo, mientras la TMI bonaerense continuó descendiendo prácticamente sin interrupciones, el descenso de TMI montevideana se estancó durante casi toda la primera mitad del siglo XX.

Este trabajo se propone comparar las principales causas de defunciones de menores de un año en ambas márgenes del Río de la Plata, así como explorar cuáles fueron los factores que determinaron las diferencias señaladas en la tendencia de la mortalidad infantil. La divergencia en los desempeños de las dos capitales es particularmente llamativa si se considera que ambas partieron de condiciones demográficas (fecundidad, niveles de urbanización, composición de las corrientes inmigratorias), geográficas y climatológicas muy similares. Más aún, la consolidación de la matriz de Bienestar en Uruguay, usualmente relacionada con la mejora en las condiciones de vida de los niños, antecede prácticamente en tres décadas a la argentina. Pretendemos comenzar a dilucidar estas interrogantes a partir del análisis comparado de cuatro conjuntos de factores explicativos: 1) Medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana; 2) Nivel de vida; 3) Desarrollo institucional de la salud pública y medicalización y 4) Desigualdad social.

* Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Caxambú –MG- Brasil, del 18 al 20 de Septiembre de 2004.

* Programa de Población, Universidad de la República, Uruguay.

♦ Programa de Población, Universidad de la República, Uruguay.

El descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires entre 1890 y 1950*

Wanda Cabella*
Raquel Pollero♦

1. Introducción

En este trabajo nos proponemos realizar un estudio comparado de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires¹ en el transcurso de la primera mitad del siglo XX. A pesar de las similitudes de los procesos demográficos ocurridos en ambas ciudades, así como de su proximidad geográfica y cultural, el descenso secular de la mortalidad infantil presentó trayectorias y resultados significativamente diferentes. El interés de nuestro estudio radica en identificar las causas subyacentes a la fuerte divergencia registrada en el ritmo y la forma del cambio de la tasa de mortalidad infantil durante este período.

Si bien presentamos resultados respecto a la evolución comparada de la mortalidad y sus causas de muerte, cabe destacar que en lo que refiere a la explicación de la divergencia, el trabajo tiene un carácter eminentemente exploratorio. A este respecto, el objetivo es presentar de forma organizada una selección de variables candidatas a integrar un marco explicativo más que a proponer una explicación acabada de los factores que determinaron la disímil evolución de la TMI a ambas márgenes del Río de la Plata.

El hecho de no contar aún con evidencia sistemática de razonable comparabilidad y extensión para ambas ciudades no nos permite extraer más que conclusiones muy preliminares y sugerir posibles vías de indagación. En efecto, partimos del desbalance respecto a la información de Montevideo y Buenos Aires². En el primer caso contamos con series estadísticas largas y criticadas de muchas de las variables que integramos a nuestro modelo explicativo, y con una abundante acumulación de documentación histórica para toda la primera mitad del siglo (revistas médicas, informes médico-sociales, informes y publicaciones periódicas del Ministerio de Salud Pública, etc.). Sin embargo, la información de que disponemos hasta el momento para la ciudad de Buenos Aires se limita a datos publicados por autores argentinos y a escasas piezas documentales sobre la marcha de la mortalidad infantil en Buenos Aires. En este sentido la comparación se encuentra distorsionada por el instrumento con que podemos observar el fenómeno en cada ciudad.

Este desequilibrio se explica por las preocupaciones iniciales que dieron origen a este

* Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Caxambú –MG- Brasil, del 18 al 20 de Septiembre de 2004.

* Programa de Población, Universidad de la República, Uruguay.

♦ Programa de Población, Universidad de la República, Uruguay.

¹ A lo largo de este artículo utilizaremos indistintamente los términos Capital Federal y Buenos Aires, pero estrictamente todas las informaciones refieren a la jurisdicción que comprende la Capital Federal.

² Agradecemos la generosidad de Victoria Mazzeo quien nos facilitó las series de tasas de mortalidad infantil de la Ciudad de Bs As que se utilizan en este trabajo. También agradecemos la colaboración de Gladys Massé, Hernán Otero y Bruno Ribotta para la obtención de distintos datos y series de nacimientos y defunciones argentinas.

trabajo³, orientadas a desentrañar las causas del estancamiento de la mortalidad infantil en Uruguay entre 1900 y 1940. Como se relata más adelante, la comparación con Buenos Aires surgió, más que de un interés comparativo, como una de las estrategias abordadas para explicar la peculiar tendencia de la mortalidad infantil uruguaya. Sin embargo, los hallazgos encontrados en ese proceso de investigación justificaron el emprendimiento de un estudio en clave comparativa.

2. El enigmático estancamiento de la mortalidad infantil en Uruguay

El persistente estancamiento de la mortalidad infantil durante la primera mitad del siglo XX constituye uno de los fenómenos más enigmáticos de la historia demográfica del Uruguay. Hacia principios del siglo XX el país había alcanzado valores extremadamente bajos para el contexto mundial de la época (en torno al 100 o/oo), únicamente equiparables con los de Suecia y Noruega. Sin embargo, a la reducción iniciada en la última década de siglo XIX le siguió una fase de aumento y luego un severo enlentecimiento en el ritmo de descenso, lo que llevó a que la mortalidad infantil uruguaya se mantuviera prácticamente en el mismo nivel hasta la década de 1940.

El estancamiento fue enigmático en dos sentidos: en lo que refiere al contexto histórico, ocurrió contemporáneamente al período de surgimiento y consolidación de la matriz de bienestar del Estado uruguayo y, desde el punto de vista demográfico, tuvo características singulares respecto al patrón de descenso habitual de la mortalidad infantil. En efecto, los ejemplos de los distintos países muestran que, independientemente del nivel, una vez que la mortalidad infantil comienza a caer, el descenso suele continuar a excepción de interrupciones muy puntuales.

El análisis de los factores que dieron lugar al estancamiento nos condujo a preguntarnos si el rápido proceso de urbanización que experimentó el país en ese período habría jugado un papel en los escasos o nulos progresos de la mortalidad infantil. La demografía histórica europea ha estudiado ejemplos de centros urbanos que, coincidentemente con períodos de fuerte crecimiento de población, sufrieron la reversión en la tendencia del descenso secular de la mortalidad infantil (Kearns 1988; Woods, Watterson et al. 1988; Woods, Watterson et al. 1989). De acuerdo a estos autores, el incremento de la mortalidad infantil estaría relacionado con el desequilibrio producido entre población e infraestructura urbana. Es decir, el deterioro de las condiciones epidemiológicas penalizaría a estas sociedades con un incremento en la mortalidad infantil.

Dado que Montevideo creció explosivamente en las primeras décadas del siglo XX⁴, este argumento nos resultó atractivo para explicar la reversión de la tendencia descendente. Probar la hipótesis de la penalización urbana para el caso uruguayo implicó focalizar el análisis de la mortalidad infantil en la capital del país, donde la evolución de la TMI replicaba la tendencia nacional y superaba ampliamente los niveles observados en el interior del país hasta el comienzo de la década de 1930.

En una segunda instancia intentamos corroborar nuestros resultados revisando si en Buenos Aires se habría registrado un proceso similar al ocurrido en Montevideo.

La comparación resultó posible, ya que se dispone de series de largas y de buena calidad para la Capital Federal, y pertinente, ya que los procesos de urbanización ocurrieron

³ Desde 1999 las autoras han formado parte del equipo de investigación del proyecto “El enigma de la mortalidad infantil en el Uruguay” dirigido por la Dra. Anne-Emanuelle Birn (Universidad de Toronto).

⁴ Montevideo creció a una tasa de 1,9% anual en el período 1889-1908, de 5,1% entre 1908-1930 y 3,4% anual entre 1930-1941. Buenos Aires creció a tasas aproximadas al 5% anual hasta 1914 y de casi 2% hasta 1947 (Mazzeo 2002)

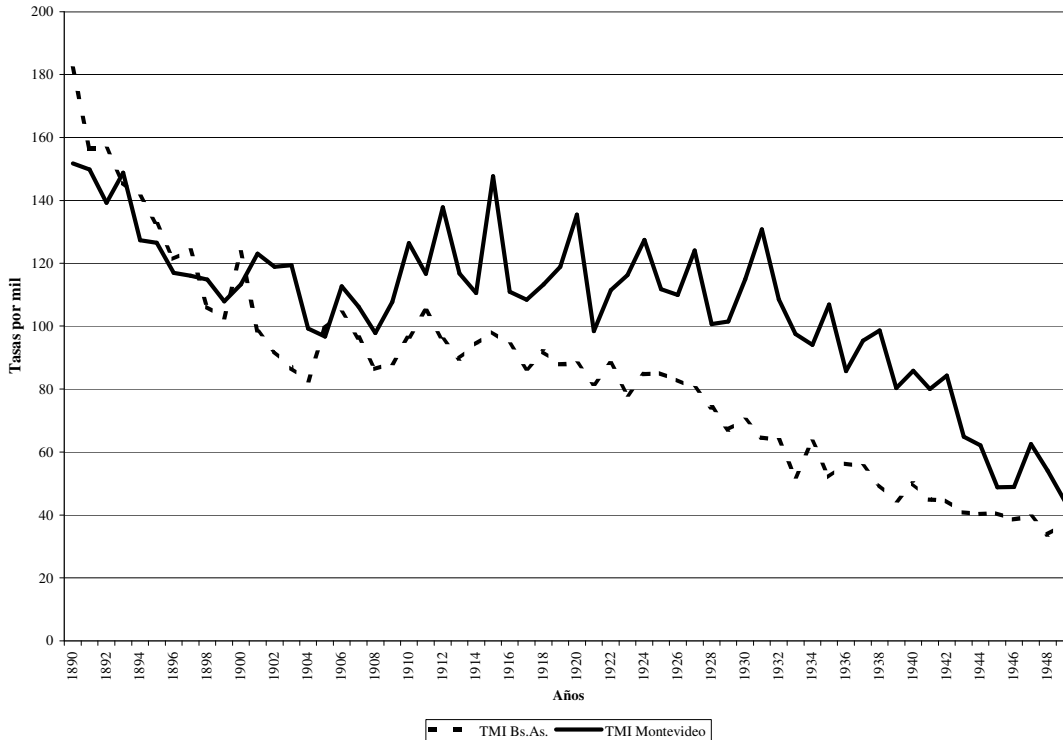
casi en simultáneo y tuvieron similar intensidad. A pesar de las diferencias de tamaño, las dos capitales del Río de la Plata comparten una misma ubicación geográfica, condiciones climatológicas similares así como procesos demográficos paralelos, tanto en lo que tiene que ver con una temprana transición demográfica como con la masiva recepción de oleadas de inmigrantes internacionales del mismo origen, fenómeno que a su vez funcionó como acelerador de un rápido y temprano proceso de urbanización en las últimas décadas del siglo XIX y primeras del siglo XX.

Sin embargo, la evolución de la tasa de mortalidad infantil en la capital argentina demostró ser netamente diferente a la montevideana, lo que contribuyó a volver aún más enigmático el fenómeno del estancamiento montevideano y a aumentar nuestra curiosidad respecto a cuáles fueron los factores que explican esta divergencia.

3. La tendencia de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires durante la primera mitad del siglo XX (1890-1944)

En el largo plazo, la evolución de la mortalidad infantil en ambas ciudades muestra un comportamiento descendente, con una variación relativa entre 1890 y 1949 de 76% y 64% para Buenos Aires y Montevideo respectivamente. Sin embargo, la forma y el ritmo de descenso presentan trayectorias diferentes (gráfico 2).

Gráfico 1
Tasas de mortalidad infantil de Montevideo y Buenos Aires (1890-1949)



La tendencia de la mortalidad infantil bonaerense muestra una primera fase de reducción acelerada (1890-1904): partiendo de niveles muy altos (182 por mil en 1890) en menos de quince años la mortalidad se reduce a valores por debajo de 100 por mil. Le sigue a

esta, una segunda etapa de estancamiento hasta mediados de la década de 1910 en torno a tasas del orden de 95 por mil.

Finalmente, a partir de la década de 1920 (más precisamente desde 1918) y hasta el final del período se registra una tercera fase de descenso sostenido, con variaciones relativas muy significativas a partir de los años '30.

Es muy probable que los altos valores de partida incidieran en la rápida reducción que se observa entre la última década del siglo XX y principios del XX. Una vez que se hubo logrado reducir la mortalidad infantil de tal modo, accediendo a niveles considerados internacionalmente muy bajos para la época, se interrumpe el descenso observándose incluso un período de retroceso y oscilación de las tasas. Posteriormente la reducción de la mortalidad infantil retoma su ritmo decreciente de manera sostenida, llegando a mediados del siglo XX con tasas por debajo de 40 por mil.

En líneas generales, partiendo de niveles distintos, -más altos para Buenos Aires- ambas ciudades muestran un relevante descenso de la mortalidad infantil en la última década del siglo XIX, que se revierte en los primeros años del siglo XX. Pero, mientras que la capital argentina supera este revés en un decenio, a Montevideo le cuesta aproximadamente 30 años. Es así que la tendencia persistentemente descendente que Buenos Aires logra a partir de la segunda década del siglo XX, se contrapone con el largo estancamiento que encontramos en Montevideo. Evidentemente la mortalidad infantil bonaerense tuvo un descenso más exitoso. Más aún, si tomamos a una tasa 100 de por mil como referente, por ser un valor considerablemente bajo para los estándares internacionales de las primeras décadas del siglo XX, la mortalidad infantil de la capital federal cae sistemáticamente por debajo de 100 por mil a partir de 1912, mientras que la montevideana logrará mantenerse definitivamente en los dos dígitos recién a partir de 1936.

En definitiva, la mortalidad infantil de la ciudad de Buenos Aires se comportó de la manera esperada: su descenso, una vez iniciado, fue sostenido. El comportamiento de la mortalidad infantil en Montevideo, en cambio, difiere de los patrones más característicos del descenso secular de la mortalidad infantil.

4. Análisis de la mortalidad infantil según sus principales causas de muerte en ambas ciudades

El análisis de las principales causas de muerte resulta fundamental a la hora de interpretar y comprender comparativamente la evolución de la mortalidad infantil en las dos ciudades estudiadas.

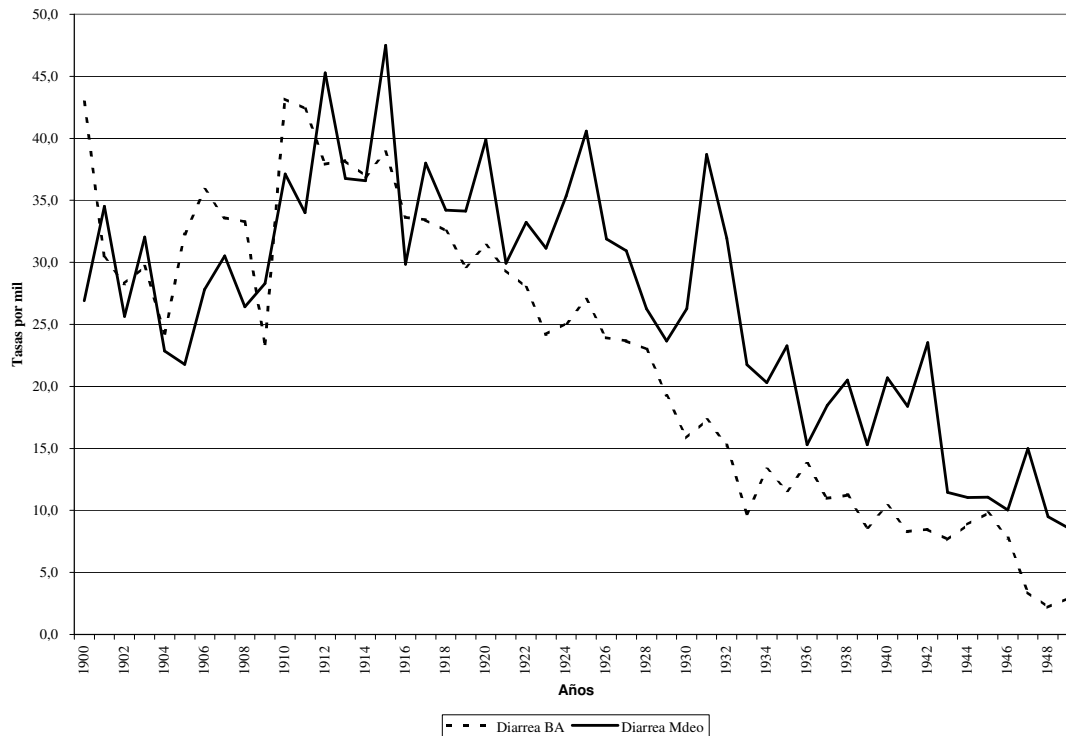
Dada la relación existente entre el nivel de la mortalidad infantil y la estructura de las causas de muerte, es esperable que para nuestro período de estudio las defunciones por enfermedades infecciosas expliquen el mayor porcentaje de la mortalidad observado en ambas ciudades. En efecto, tanto en Montevideo como en Buenos Aires solamente las enfermedades gastrointestinales y respiratorias conjuntamente acumulan más del 40% de las defunciones durante todos los años, y se mantienen por encima del 55% en la mayor parte del período.

En ambos casos, las afecciones gastrointestinales⁵ son la principal causa de muerte para los menores de un año, pero la evolución de la mortalidad por esta causa presenta diferencias (gráfico 3). El gráfico comparativo muestra el incremento de la mortalidad

⁵ Las afecciones gastrointestinales consideradas en este trabajo comprenden las defunciones por las causas "diarreas y enteritis para menores de dos años" y "enteritis crónica" hasta la aplicación de la 3ª revisión de la nomenclatura, que une a ambas causas en una sola.

infantil por enfermedades gastrointestinales tanto en Montevideo como en Buenos Aires en los primeros años del siglo XX; en segundo lugar, cómo la capital argentina logra

Gráfico 2
Tasas de mortalidad infantil por diarreas. Montevideo y Buenos Aires (1900-1949)



Fuentes: Montevideo: elaboración con base en Anuarios Estadísticos.
 Buenos Aires: tasas proporcionadas por Mazzeo

interrumpir ese crecimiento y comenzar una tendencia de descenso sostenido (desde 1917 por debajo de las tasas montevidéanas) y finalmente, cuánto más le cuesta a Montevideo poder afirmar una tendencia decididamente descendente. Las grandes oscilaciones de la mortalidad infantil montevidéana revelan una mayor incidencia de años epidémicos de especial virulencia, así como la escasa capacidad de control de estas crisis.

Asimismo, el análisis nos permite constatar que en ambos casos, pero especialmente Buenos Aires, las diarreas descienden mucho antes de que exista una terapéutica apropiada, ya que hay que esperar a los años '30 y '40 para la introducción de la plasmoterapia, las sulfamidas y los antibióticos. Esta reducción sistemática podría estar sugiriendo, entonces, la temprana eficacia de los esfuerzos higiénico-sociales de la capital argentina.

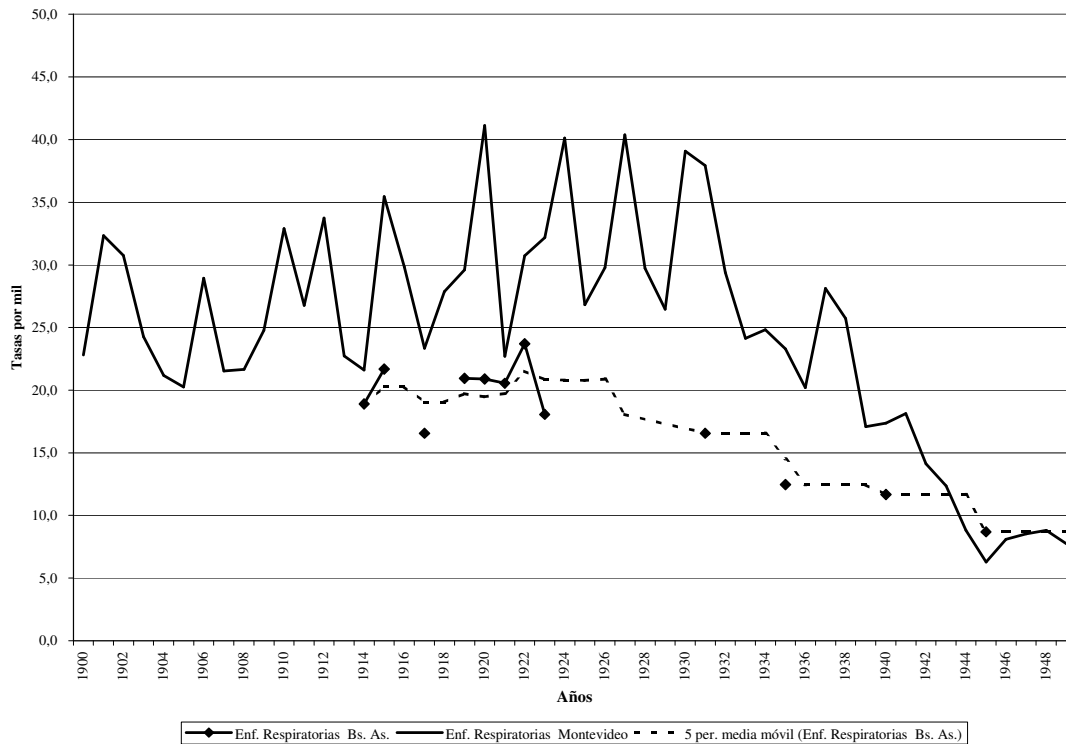
Las afecciones respiratorias⁶ constituyen la segunda causa de muerte entre los menores de un año durante la mayor parte de nuestro período de estudio. Recién hacia los años '30 en Buenos Aires y los '40 en Montevideo estas enfermedades pasarán a ocupar el tercer lugar, quedando por debajo de las enfermedades de la primera edad.

En Montevideo, la evolución de la mortalidad infantil por afecciones respiratorias (gráfico 3) presenta una tendencia ascendente hasta principios de los años '30, con violentas oscilaciones

⁶ Las causas de muerte de la categoría de enfermedades respiratorias consideradas son: bronquitis aguda, bronquitis crónica, bronconeumonía, neumonía, pleuresía y congestión.

de corto plazo, seguida por una fase en la cual se afirma claramente la tendencia descendente. Lamentablemente, los datos que tenemos para Buenos Aires solamente nos permiten tener una idea aproximada de la mortalidad por causas respiratorias⁷. De todos modos, parecería que la mortalidad bonaerense se mantiene por debajo de la montevideana, su comportamiento es, al igual que en las diarreas, menos oscilante, y estaría descendiendo también hacia los años '30.

Gráfico 3
Tasas de mortalidad infantil por enfermedades respiratorias. Montevideo y Buenos Aires (1900-1949)



Fuentes: Montevideo: elaboración con base en Anuarios Estadísticos.
Buenos Aires: tasas proporcionadas por Mazzeo.

Es interesante destacar el hecho de que a pesar de que las enfermedades respiratorias y las diarreas se transmitían por vías diferentes (de forma aeróbica y por el agua y los alimentos –incluida la leche-, respectivamente), los médicos de la época insistían en la interacción existente entre ambas: la debilidad generada en el niño por una de ellas, provocaba cierta susceptibilidad a contraer la otra (Birn, Cabella y Pollero 2003).

Con una preponderancia significativamente menor respecto a las defunciones de lactantes –las tasas generalmente son inferiores al 5 por mil–, las enfermedades infecciosas⁸ presentan las fluctuaciones propias de su naturaleza epidémica. Sin embargo, mientras que para Montevideo la evolución de estas enfermedades no muestra ninguna mejoría hasta finales de los años '40, y la disminución o desaparición de algunas (como la viruela y escarlatina) se compensa por el aumento de otras (tos convulsa a partir de los años '20), en

⁷ Debido a que para Buenos Aires no tenemos información de las defunciones por enfermedades respiratorias para todos los años, incluimos en el gráfico una línea de tendencia, a los efectos de visualizar mejor la evolución de estas enfermedades.

⁸ Se están considerando dentro de este grupo a las siguientes causas de muerte: fiebre tifoidea, viruela, sarampión, escarlatina, tos convulsa, difteria y gripe o influenza.

Buenos Aires, una vez más, la tendencia se muestra más estable y descendente a partir de la década de 1930, sugiriendo que el control de las enfermedades infecciosas fuera más efectivo.

Finalmente, el último grupo de causas a analizar son aquellas relativas a vicios de conformación y enfermedades propias de la primera edad. La evolución de las tasas de mortalidad infantil por vicios de conformación y enfermedades de la primera edad presentan características diferentes. En Montevideo las tasas descienden desde valores que rondan los 20-25 por mil hasta 13 por mil a fines de los años '20; luego la tendencia se revierte y aumenta hasta llegar nuevamente a tasas cercanas a 20 por mil hacia final del período. Buenos Aires, en cambio, presenta una tendencia creciente (excepto un breve período de retroceso a fines de la década de 1910) con valores que van del entorno del 10 al 20 por mil en los inicios y final del período.

De acuerdo al marco explicativo de la transición epidemiológica, sería de esperar que, a medida que avanza el siglo, el peso relativo de estas causas también aumentara. Sin embargo, lo que nos resulta llamativo y de difícil explicación es el hecho de que se produzca un aumento a nivel de tasas. Pensamos, por lo tanto, que una homologación más fina respecto a cada una de las causas de muerte que se agrupan en estas categorías pueda colaborar en una mejor comprensión del fenómeno.

Queda expuesta la evidencia de que Buenos Aires fue capaz de controlar más eficientemente las crisis epidémicas, así como de controlar tanto las diarreas como de las afecciones respiratorias y las demás enfermedades infectocontagiosas observadas. En el caso de Montevideo, además de observarse un estancamiento en la tendencia, las grandes fluctuaciones demuestran que este control se logra de forma más lenta y prácticamente con dos décadas de retraso. En efecto, se deberá esperar a los años '30 para que la tendencia descendente logre afirmarse y estabilizarse.

5. Hacia una explicación de la divergencia: identificando factores explicativos

¿Cuáles fueron los factores que determinaron el temprano éxito en el control de estas enfermedades en Buenos Aires y su posible fracaso en Montevideo? Como ya fue señalado en la introducción, no hemos reunido aún evidencia sistemática de ambas capitales como para responder cabalmente esta pregunta, sin embargo estamos en condiciones de sugerir algunas pistas útiles para elaborar una explicación.

La mortalidad infantil, particularmente en ausencia de terapias médicas eficaces, resume las condiciones de vida de las poblaciones en lo que respecta a la nutrición, la educación, el acceso a servicios de salud y al saneamiento. En este sentido ha sido considerado como un indicador fiel tanto del nivel de desarrollo de las poblaciones como de la desigualdad social. Tomando en cuenta estas consideraciones, nos proponemos analizar cuáles fueron las diferencias observadas en la evolución de los siguientes factores a ambos márgenes del Río de la Plata: a) desarrollo institucional de la salud pública y medicalización b) extensión de los servicios de infraestructura básica urbana; c) nivel de vida y d) desigualdad social.

a) Desarrollo institucional de la salud pública y medicalización

Dentro de esta dimensión incluimos el conjunto de medidas gubernamentales orientadas a mejorar la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de la salud pública en general, y en particular la extensión de los servicios dirigidos a los lactantes y las madres.

Respecto a la cobertura, si se considera el indicador “médicos por diez mil habitantes” no se registran diferencias significativas en la evolución de las tres primeras décadas del siglo: en 1908 el valor era de 7.9 en Montevideo y de 9.6 en Buenos Aires; para mediados de la década del treinta, ambas ciudades estaban equiparadas en el valor del indicador, que alcanzaba el 15.5 en Montevideo (1938) y en Buenos Aires (1936)⁹.

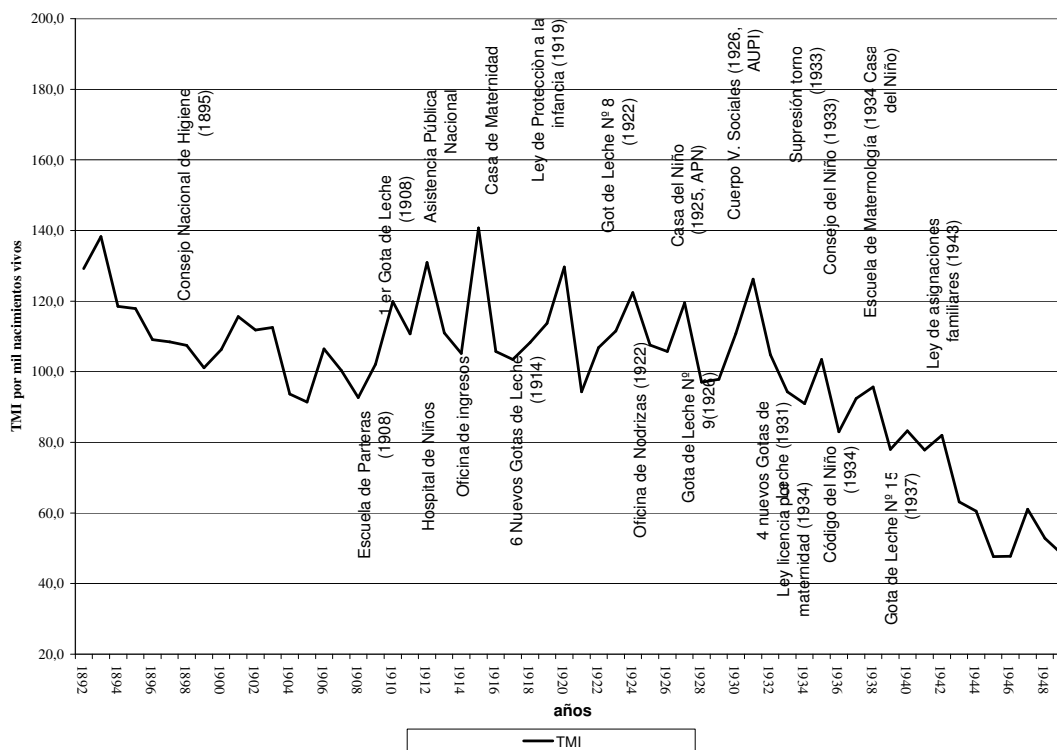
La comparación preliminar de las medidas adoptadas en las primeras décadas del siglo en ambas ciudades revela que ya desde fines del siglo XIX se realizan nutridos esfuerzos por organizar y extender los servicios de salud. En principio, ambas ciudades montaron un esquema institucional razonablemente similar¹⁰ (Oficinas de Protección a la Infancia, Dispensarios de Lactantes o Gotas de Leche, Inspección de Nodrizas, Cantinas Maternales, Leyes de protección a la infancia y a la maternidad, etc.) y con cronologías no muy diferentes. En todo caso, el siguiente gráfico revela que las autoridades uruguayas no fueron omisas en lo que respecta a la implementación de medidas tendientes a mejorar la salud y el bienestar infantil. Lo paradójico es que aún habiendo sido la preocupación central de la elite de salubristas y pediatras durante más de treinta años, la evolución de la mortalidad infantil se demostró insensible a las medidas de lucha adoptadas.

El estudio en profundidad de la incidencia de este grupo de factores, debería incluir entonces un análisis que contemple la eficiencia de las medidas implementadas. En este sentido, quizás sea productivo tomar en consideración las numerosas quejas de algunos salubristas uruguayos respecto a la escasa coordinación institucional de los diversos programas llevados adelante (Birn et al. 2003). El estudio en profundidad de la incidencia de este grupo de factores, debería incluir entonces un análisis que contemple la eficiencia de las medidas implementadas. En este sentido, quizás sea productivo tomar en consideración las numerosas quejas de algunos salubristas uruguayos respecto a la escasa coordinación institucional de los diversos programas llevados adelante (Birn et al. 2003).

⁹ Los datos de Montevideo son estimaciones propias, y los de Buenos Aires son de Mazzeo (2002)

¹⁰ Un aspecto a destacar es la precedencia en varios años de la organización de la Asistencia Pública en Buenos Aires (creada en 1883 y reorganizada bajo el nombre de Administración Sanitaria y Asistencia Pública en 1892). En Uruguay la Asistencia Pública Nacional se reorganiza bajo la órbita del gobierno nacional en 1910.

Gráfico 4
 Cronología de la organización de la salud pública y protección a la infancia (Uruguay, 1892-1949)



Otra hipótesis que surge del primer examen de los documentos, es que quizá la mayor descentralización de la salud pública porteña actuó a favor de una mayor extensión de beneficios médicos e higiénicos. No sólo en el sentido de que la población tuviera más facilidad de acceso a los servicios, sino porque la propia Ley Orgánica de la Asistencia Pública involucraba a los municipios en el cuidado y supervisión de las condiciones de salubridad de los espacios públicos locales (cementeros, caballerizas, mercados, escuelas, etc.) (Alvarez, 2004; Mazzeo, 1993). De acuerdo a estas autoras los municipios jugaron un papel clave en la prevención de las enfermedades contagiosas.

Inversamente, la organización de la salud pública montevideana funcionó centralizadamente hasta muy entrados los años treinta. Desde esta perspectiva, sería interesante estudiar en qué medida la participación de los poderes locales tuvo efectos positivos sobre las condiciones sanitarias de la población, en el sentido de contribuir a un mayor acceso a los servicios de salud y la mayor difusión de las medidas preventivas. A este respecto sería necesario rastrear la evolución de los servicios de visitadoras sociales y médicos seccionales, de las policlínicas barriales y de los servicios de protección de a la infancia en dependencias no centralizadas de la asistencia pública en las dos ciudades.

b) Extensión de los servicios de infraestructura básica urbana

Consideramos que el análisis comparativo de esta dimensión es esencial para comprender el diferencial registrado en la tasa de mortalidad infantil por diarreas y otras enfermedades infecciosas transmitidas por el agua. En principio no es esperable que el desarrollo del saneamiento tenga impactos directos sobre la mortalidad por enfermedades de origen respiratorio; sin embargo, sí es posible el control de las diarreas haya tenido efectos

indirectos sobre la gravedad de las afecciones respiratorias ya estas últimas, como se señaló, solían tener un carácter letal en los niños debilitados por los efectos de la diarrea.

También en este caso la información comparable es preliminar y fragmentaria, pero la comparación sugiere que los avances en el saneamiento de Buenos Aires se adecuaron al crecimiento de la población más velozmente que en Montevideo. Desde fines del siglo XIX hasta mediados de la década de 1910, el gobierno de la Capital Federal destinó grandes inversiones al mejoramiento del ambiente urbano y entre 1914 y 1924 se considera, según la expresión de Besio Moreno a Buenos Aires como una “ciudad saneada” (Mazzeo 1993).

Las obras de saneamiento en Montevideo también comenzaron en la segunda mitad del siglo y hacia la década de 1880 las autoridades se jactaban de ser la primera ciudad latinoamericana que contaba con alcantarillado, servicios de agua potable y sistema cloacal.

Sin embargo, en 1914 el 80.5% de las casas de la Capital Federal tenía agua corriente (Mazzeo 2002), mientras que esta proporción sólo alcanzaba al 60% de las viviendas montevidéanas (Rial 1982). A partir de 1916 se inicia la extensión progresiva y continua de la red de alcantarillado. En lo que respecta a la provisión de agua potable, si bien la producción aumenta durante todo el período, el gobierno de la ciudad se enfrasca en eternas negociaciones para adquirir las instalaciones de la Montevideo Waterworks Co., que determinan que entre 1905 y 1948, fecha en que el Estado compra el servicio, el mejoramiento de la red de agua potable se ve continuamente interrumpido o enlentecido. “En el ínterin, el agua suministrada por la Compañía era no sólo escasa sino mala, tanto es así, que a raíz de varios informes, el 20 de agosto de 1926 (...) el ex Consejo de Administración Departamental aconsejó a la población que no bebiera el agua corriente sin previa ebullición (Giannattasio 1941).

Dado que nos consta que las series de consumo de agua y conexiones domiciliarias a la red de agua potable en Capital Federal están publicadas, será posible profundizar este análisis combinando el análisis estadístico con la comparación documental.

c) Nivel de vida

Otro grupo de factores a tener en cuenta en la comparación es el que incluye variables que miden la evolución del nivel de vida y el salario real. En el caso montevidéano desde fines del siglo XIX hasta mediados de la década de 1920, el salario real mantuvo una tendencia al estancamiento. Posteriormente le siguen unos años de recuperación, sufriendo un nuevo deterioro en la década siguiente con las repercusiones de la crisis mundial (Bertino et al. 2001). A su vez, el salario real en Buenos Aires se deteriora desde fin del siglo XIX hasta el inicio de la década de 1920 y se recupera luego durante toda la década (Mazzeo 1993).

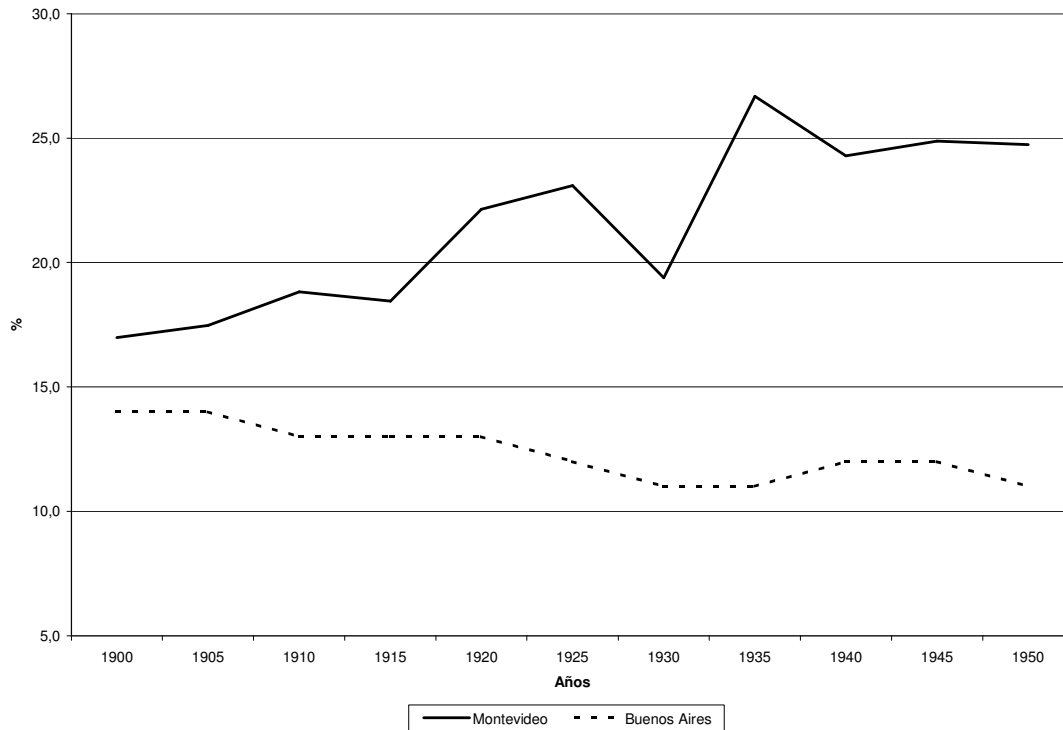
De acuerdo a estas observaciones primarias, el salario real, e hipotéticamente otros indicadores de desempeño macroeconómico-, no son necesariamente buenos predictores del comportamiento de la mortalidad infantil. Esta apreciación abonaría la hipótesis de autores como Wilkinson (Wilkinson 1996), quien considera que las diferencias de nivel en la mortalidad responden más a los niveles de desigualdad de la sociedad, que al grado de desarrollo económico.

d) Desigualdad social

Esta es quizás la dimensión que presenta más desafíos en lo que respecta a la identificación de variables que reflejen la evolución de la estratificación social, en particular por la carencia de censos en Montevideo. Dado que históricamente la ilegitimidad suele estar sujeta a una fuerte estratificación social, y se relaciona con la pobreza y el abandono,

tomamos la proporción de nacimientos ilegítimos como una variable *proxy* de desigualdad. En este caso contamos con series continuas de nacimientos ilegítimos para ambas capitales.

Gráfico 5
Evolución de los nacimientos ilegítimos en Montevideo y Buenos Aires (1900-1950)



Fuente: Montevideo Elaboración propia con base en Anuarios Estadísticos
Buenos Aires: Torrado (2003)

El nivel de la ilegitimidad en Montevideo es netamente superior al observado en Buenos Aires durante todo el período, y la brecha tiende a ensancharse en función de los distintos patrones de cambio, que marcan una tendencia ascendente en Montevideo y la progresiva reducción en la Capital Federal. Si confiamos en la ilegitimidad como reflejo de la estratificación social, la divergencia encontrada amerita también un estudio más detallado de la desigualdad como factor que determinó la diferencia de comportamientos.

6. Comentarios finales

De los cuatro grupos de factores que comenzamos a explorar, el desarrollo de la infraestructura urbana y la desigualdad son los que presentan más diferencias entre las ciudades. La penalización urbana castigó a ambas capitales interrumpiendo la reducción de la mortalidad infantil finisecular y revirtiendo la tendencia. El incremento de la mortalidad infantil estaría relacionado con el desequilibrio que se produjo entre población e infraestructura urbana. Parecería que Buenos Aires logra adecuar la ecuación población/infraestructura más rápidamente y convertirse en una “ciudad saneada”, con bastante antelación que la capital uruguaya.

Si bien a lo largo de este trabajo hemos contribuido al conocimiento de la evolución de la mortalidad infantil y de sus causas de muerte, son más las interrogantes que se abren

que las que se cierran, respecto a las causas que condujeron a la divergencia en el ritmo de descenso en las capitales vecinas.

7. Anexo: Calidad y comparabilidad de las series de datos

7.1. Series demográficas

a) Montevideo

Las series de nacimientos y defunciones totales de menores de un año y según causa de muerte de Montevideo provienen de las publicaciones de estadísticas vitales oficiales nacionales y municipales, generadas por el Registro de Estado Civil (creado en 1879) y la Oficina de Estadística del Municipio de Montevideo. Las primeras se publicaron durante todo el período en los Anuarios Estadísticos y las segundas en el Resumen Anual de Estadística Municipal entre 1901 y 1943 y a partir de 1944 se comienzan a tabular en el Boletín de Estadística Municipal.

En todos los casos se trata de eventos registrados según lugar de ocurrencia. Las estadísticas oficiales sólo comienzan a publicar nacimientos y defunciones según residencia de la madre a mediados de la década de 1950. No hemos realizado correcciones a las series de nacimientos y defunciones. La información provista por la estadística vital uruguaya ha sido en general considerada confiable según los estándares internacionales y los diversos analistas que han evaluado su cobertura a lo largo del siglo XX, coinciden en que ésta era razonablemente buena ya desde comienzos de siglo (Macció y Damonte 1994; Migliónico 2001). Igualmente caben algunas acotaciones. Respecto a los nacimientos, suponemos que debe haber existido sub-registro, particularmente en los primeros años del siglo, por un lado a causa de las imperfecciones inherentes a un sistema estadístico relativamente nuevo, y por otro, porque varios pediatras de la época denunciaron la inexactitud del registro particularmente entre la población más alejada del caso urbano de la ciudad (Bauzá 1920).

En lo que respecta a las defunciones, es muy probable que su registro haya sido más exigente que el de los nacimientos; el escaso número de muertes registradas por “causas mal definidas”, considerado usualmente un indicador de la cabalidad del registro está en consonancia con los escasos reparos que ofrecieron los salubristas de la época al registro estadístico de las muertes.

A diferencia del cuidado con que los gobiernos nacionales registraron el movimiento de la población, la realización de censos fue escasa y asistemática. En 1908 se realizó el primer censo nacional del siglo XX y el segundo en 1963. En Montevideo hubo dos censos departamentales en 1930 y 1941, de los que sólo se publicó la población nativa y extranjera según grupos de edad, y con muy bajo nivel de desagregación. De modo que en los casos en que hemos necesitado utilizar la cifra de población total como denominador de algunos indicadores adoptamos la proyección con supuesto de crecimiento exponencial, apoyada en los cuatro censos montevideanos.

b) Capital Federal

En el caso de la ciudad de Buenos Aires, las series utilizadas provienen del registro de estadísticas vitales de nacimientos y defunciones, recopiladas a partir del año 1886 por el Registro Civil de las Personas. En su mayor parte se trata de tasas publicadas por Victoria Mazzeo (1993) o cedidas electrónicamente por la autora. No nos ha sido posible contar con series completas de nacimientos y defunciones, de modo que los cálculos que incluyen estos eventos sólo se presentan para los años en los que contamos con totales generales. Las defunciones por causa de muerte provienen de los Anuarios Estadísticos y de la Revista

Estadística de la Ciudad de Buenos Aires. En este caso, además de utilizar la información de Mazzeo, hemos relevado las defunciones según algunas causas seleccionadas de los anuarios bonaerenses, con el fin de incluir en la comparación la incidencia de la mortalidad por enfermedades respiratorias y comparar la estructura de la mortalidad por causas.

Cabe consignar que también en el caso de la Capital Federal la proporción de causas incluidas bajo la rúbrica “causas mal definidas”, presenta durante todo el período estudiado valores prácticamente nulos. Asimismo, al igual que en Montevideo, las series refieren a eventos ocurridos dentro de la jurisdicción.

Dado que se cuenta con varios recuentos censales desde principio de siglo no ha sido necesario recurrir a series proyectadas de población.

7.2 Comparabilidad de los espacios urbanos

Otro aspecto que merece atención es la comparabilidad geográfica de ambas jurisdicciones particularmente en lo que refiere a la participación de la población rural. Hacia 1985 se consideraba que la Capital Federal era 100% urbana (Gil Montero et al., 2000), aunque Bourdé (1977), por ejemplo, ha sostenido que hacia fines del SXIX y principios del XX habría evidencia sobre la existencia de zonas rurales al interior del distrito federal¹¹.

En el caso de Montevideo, los límites de la ciudad coinciden con los límites del departamento, y los datos que se publican refieren al conjunto departamental. En este sentido, aunque su dimensión es bastante pequeña (530 km²), podría existir cierto sesgo en la comparación ya que el departamento incluye secciones predominantemente rurales. Si bien en 1908 el 80% de la población de Montevideo era urbana, se mencionaba en la época que los datos registrales comprendían población de zonas distantes 20 km de la ciudad. Este autor sostenía incluso que Montevideo perdía en la comparación con Buenos Aires a causa de la inclusión de población rural en las estadísticas capitalinas. Sin embargo, dado que la TMI es más baja en los departamentos con mayor peso de la población rural, es muy probable que el efecto sea el inverso al supuesto por Bauzá, es decir, que si pudiéramos delimitar las zonas estrictamente urbanas, el valor de TMI tendería a aumentar.

A su vez, también es pertinente preguntarnos si el crecimiento de la población de la Capital Federal empujó a los sectores pobres fuera de los límites de la Capital Federal¹², si esto ocurrió, es probable que el crecimiento del distrito federal haya implicado una reducción de la mortalidad infantil dentro de los límites del distrito federal, provocando una diferencia artificial con la evolución de la mortalidad infantil montevideana.

7.3. Homologación de causas de muerte

Los sistemas estadísticos de cada ciudad implementaron varias de las revisiones decenales de la clasificación internacional de enfermedades a lo largo del período estudiado (cuadro 1).

En el período 1900-1928 las publicaciones estadísticas de Buenos Aires no hacen referencia a qué clasificación se ajusta el listado de causas, sin embargo no se presentaron dificultades a la hora de construir las series ya que los sucesivos listados incluyen las causas que hemos seleccionado para el análisis, identificando rúbricas idénticas a las publicadas en Montevideo. De modo que ha sido posible replicar el trabajo de homologación aplicado a las causas de Montevideo, integrando las causas en función de la quinta revisión.

¹¹ Citado por Klaczko, J. (S/F), p. 169.

¹² En el caso de Montevideo este problema no se presenta ya que el casco urbano estaba, y aún está, rodeado de grandes superficies despobladas, de modo que el límite departamental se encuentra a distancias considerables de la zona propiamente urbana.

Cuadro 1		
Calendario de adopción de las revisiones		
de la CIE en Buenos Aires y Montevideo		
	Montevideo	Buenos Aires
1ª Revisión (1900)	1901-1926	(a)
2ª Revisión (1909)		(a)
3ª Revisión (1920)	1926-1943	1929-1930
4ª Revisión (1929)		1931-1939
5ª Revisión (1938)	1944-1949	1940-1949
(a) Lista de 189 causas		
Fuente: Birn et al. (2003), Müller (1974) y Mazzeo (1993)		

8. Bibliografía

- Alvarez, A (2004). Las epidemias en la ciudad de Buenos Aires de fines del siglo XIX y principios del siglo XX. En: Alvarez, A., Molinari, I., Reynoso, D. *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina del siglo XIX-XX*. Universidad Nacional de Mar del Plata, 15-46.
- Bauzá, J. (1920). "La mortalidad infantil en el Uruguay. Sus causas y su profilaxis." *Boletín del Consejo Nacional de Higiene* **15**(161): 167-237.
- Giannattasio, L. (1941). "El abastecimiento de agua potable de Montevideo." *Revista de Ingeniería* **35**(9): 309-323.
- Kearns, G. (1988). The Urban Penalty and the Population History of England. *Society, Health and Population during the Demographic Transition*. A. Brändstrom and L. G. Tedebrand. Stockholm, Sweden, Almqvist and Wiksell International: 213-236.
- Langón, M. (1927). "Sobre mortalidad infantil en niños menores de un año. Informe del médico del servicio público de Cerro Largo." *Boletín del Consejo Nacional de Higiene* **22**(214): 73-88.
- Macció, G. and A. M. Damonte (1994). Cuatro etapas en la mortalidad infantil del Uruguay; falta la quinta. Buenos Aires, Argentina, Centro Latinoamericano de Demografía.
- Migliónico, A. (2001). *La mortalidad en Uruguay en el siglo XX. Cambios, impactos, perspectivas*. Montevideo, Ministerio de Salud Pública-Organización Panamericana de Salud.
- Rial, J. (1982). *Situación de la vivienda de los sectores populares de Montevideo, 1889-1930*, CIESU.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Ediciones de la Flor, Buenos Aires.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, Routledge.
- Woods, R. I., P. A. Watterson, et al. (1988). "The Causes of Rapid Infant Mortality Decline in England and Wales, 1861-1921. Part I." *Population Studies*: 343-366.
- Woods, R. I., P. A. Watterson, et al. (1989). "The Causes of Rapid Infant Mortality Decline in England and Wales, 1861-1921. Part II." *Population Studies* **42**(3): 113-132.