

La mortalidad infantil en ambas márgenes del Río de la Plata en la primera mitad del siglo XX. ¿Dos orillas, dos realidades?

Victoria Mazzeo

Unidad Análisis Demográfico, Dirección General de Estadística y Censos (GCBA) – Instituto Germani (UBA), vmazzeo@buenosaires.gov.ar

Raquel Pollero

Programa de Población, Universidad de la República, Uruguay, rpollero@fcsu.edu.uy

RESUMEN

El trabajo se propone realizar un estudio comparativo de la evolución de la mortalidad infantil en las dos capitales rioplatenses, Buenos Aires y Montevideo, desde fines del siglo XIX hasta mediados del XX.

La comparación resulta particularmente interesante puesto que, si bien ambas ciudades comparten características tales como su proximidad geográfica y cultural, así como procesos demográficos similares, el descenso de la mortalidad infantil presentó trayectorias y resultados diferentes. En efecto, mientras que la tasa bonaerense una vez que comienza a descender, lo hace de manera sostenida, su contraparte montevideana muestra un persistente estancamiento durante gran parte de la primera mitad del siglo XX.

El trabajo pretende avanzar en la comprensión de los factores explicativos que contribuyeron al temprano descenso de la mortalidad infantil de ambas ciudades, así como en las diferencias de sus tendencias. Para ello se desagregará el análisis por grupos de causas de muerte, ya que el estudio de las mismas permitirá orientar la búsqueda hacia aquellas modificaciones experimentadas por la realidad socioeconómica, política o ambiental, que demostraron tener mayor incidencia en las variaciones del nivel de la mortalidad infantil.

Asimismo, se efectuará un análisis comparado de cuatro conjuntos de factores explicativos: a) medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana; b) desarrollo institucional de la salud pública y medicalización; c) nivel socioeconómico y d) desigualdad social.

La metodología utilizada consistirá en la combinación de análisis de series históricas y el análisis cualitativo de fuentes históricas.

1. Introducción

La literatura demográfica largamente ha señalado a Argentina y Uruguay como los “raros” ejemplos latinoamericanos integrantes del grupo de países que cronológicamente iniciaron el proceso de transición demográfica. Más aún, a principios del siglo XX, Montevideo y Buenos Aires compartían el privilegio de pertenecer al quizás más selecto grupo de ciudades con la mortalidad infantil más baja del mundo.

Este trabajo se propone realizar un estudio comparativo de la evolución de la mortalidad infantil en las dos capitales rioplatenses, desde fines del siglo XIX hasta mediados del XX. La comparación resulta particularmente interesante puesto que, si bien ambas ciudades comparten características tales como su proximidad geográfica y cultural, así como procesos demográficos similares, el patrón de descenso de la mortalidad infantil presenta ciertas diferencias¹. En efecto, mientras que la tasa bonaerense una vez que comienza a descender, lo hace de manera sostenida, su contraparte montevideana muestra un persistente estancamiento durante las primeras cuatro décadas del siglo XX.

El trabajo se inscribe dentro del conocido debate en torno a las explicaciones del descenso de la mortalidad. En los años '60 la explicación relativa a las causas del descenso secular ponía el acento en mejoras

¹ Los datos utilizados corresponden a los de la Ciudad de Buenos Aires y el departamento de Montevideo. En otro lado se ha analizado la comparabilidad de estos espacios urbanos. Ver: Cabella, W. y Pollero, R. 2004. El descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires entre 1890 y 1950. CD del I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Caxambú.

en la salud pública, la higiene y el control de las enfermedades, en donde el Estado habría asumido el rol organizador de la defensa pública contra las enfermedades y proporcionado servicios básicos de salud (Schofield y Reher, 1991). A mediados de los '70, la ya clásica y controversial tesis de McKeown lleva la batalla a otro terreno. Partiendo del conocimiento de que la reducción de la mortalidad en los países desarrollados en el siglo XIX se debió a la reducción de las enfermedades infecciosas, McKeown le resta protagonismo a las medidas sanitarias y los avances de la medicina, atribuyéndoselo a cambios económicos y sociales. Enfatiza principalmente que el crecimiento económico y las mejoras en el nivel de vida contribuyeron a incrementar la nutrición de la población, lo que les permitió una mayor resistencia a la infección (McKeown, 1976).

A casi 30 años de publicada, la tesis de McKeown continúa siendo un punto de referencia en el debate², aunque una parte de sus hipótesis han sufrido cierto descrédito (Wrigley y Schofield, 1981; Preston, 1988; Szreter, 2002, Colgrove, 2002). Sin embargo, actualmente parece haber consenso entre los investigadores tanto en aceptar como válida la idea de que la ciencia médica –en lo que respecta a los aspectos curativos– jugó un papel menor en el descenso de la mortalidad anterior a mediados del siglo XX (Colgrove, 2002), como que el nivel de vida y los aspectos económicos resultan cruciales para la salud de la población (Szreter, 2002).

La discusión posterior a las clásicas posiciones antagónicas “medidas de salud pública – nutrición” ha logrado consenso respecto a considerar como factores explicativos tanto las iniciativas de reforma sanitaria como las mejoras en el nivel de vida y su impacto sobre la nutrición como claves en el descenso de la mortalidad. Sin embargo, a nivel individual de los autores, continúa el disenso respecto a cuál de ellos ha realizado la principal contribución (Bell y Millward, 1998).

En este sentido, este trabajo pretende avanzar en la comprensión de los factores explicativos que contribuyeron al temprano descenso de la mortalidad infantil en Buenos Aires y Montevideo, así como en las diferencias de sus tendencias. La primera aproximación consiste en el análisis desagregado por grupos de causas de muerte, el cual, por un lado, permite evaluar la contribución de cada una de estas al descenso de la mortalidad general; y por otro, orientar nuestra búsqueda hacia aquellos cambios experimentados por la realidad socioeconómica, política o ambiental, que hayan podido tener mayor incidencia en las variaciones del nivel de la mortalidad infantil.

En segundo término, se propone un análisis comparado de cuatro conjuntos de factores explicativos: a) medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana; b) desarrollo institucional de la salud pública y medicalización; c) nivel socioeconómico y d) desigualdad social.

A partir del análisis de la mortalidad infantil por causas de muerte y distintos grupos de factores explicativos, esperamos avanzar en la interpretación del proceso de descenso de la mortalidad infantil en ambas capitales rioplatenses.

2. Evolución de la mortalidad infantil en las dos ciudades (1890-1950)

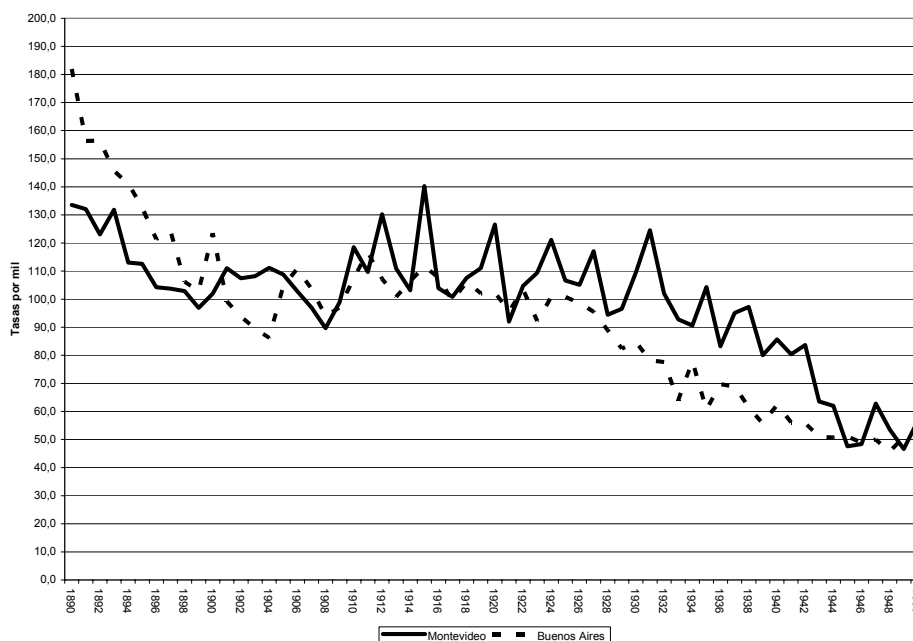
Como dijimos anteriormente, nuestras ciudades se cuentan entre aquellas primeras en descender la mortalidad. En Europa, el descenso secular de la mortalidad infantil se inicia 20-30 años antes de la 1ª Guerra Mundial (Woods, Watterson y Woodward 1988), por lo tanto entre las décadas de 1880 y 1890. Nuestro período de observación no nos permite identificar el momento de inicio del descenso, pero es claro que en 1890 las tasas de mortalidad infantil ya tenían un comportamiento descendente en ambas ciudades³. Si tomamos el período en su totalidad, la mortalidad infantil bonaerense y montevideana presenta una tendencia descendente, con una variación relativa de 72% y 65% respectivamente. Sin embargo, es posible observar ciertas diferencias en la forma y el ritmo de descenso (gráfico 1).

² En este sentido, independientemente de McKeown, sus hallazgos en el contexto ideológico de los '80 y los '90, pusieron en jaque al estado de bienestar, apoyando la visión de que la intervención social organizada por el Estado no cumplió un papel importante en la transición de la salud y el único garante de las mejoras en la salud de la población es el crecimiento económico (Szreter 2000).

³ Para la construcción de las tasas de mortalidad infantil, hemos utilizado series de nacimientos y defunciones corregidas. Para Montevideo, se utilizaron series elaboradas por Cabella, W y Pollero, R. En el caso de Bs. As. se corrigieron sólo los nacimientos utilizando la serie de Recchini de Lattes, Z.

La tendencia de la mortalidad infantil de Buenos Aires puede periodizarse en tres etapas. Una primera fase (1890-1904) de declinación rápida desde niveles muy altos (182 por mil) a valores por debajo de 90 por mil (variación relativa 53%), donde la velocidad del descenso es probable que pueda asociarse a lo elevado de las tasas iniciales. Un segundo momento (1905-1925) de incremento inicial y estancamiento con tasas algo superiores al 100 por mil. Y finalmente una tercera etapa de descenso sostenido, de mediados de la década de 1920 hasta el final del período (variación relativa 48%).

Gráfico 1
Evolución de las tasas de mortalidad infantil de Buenos Aires y Montevideo (1890-1949)



Fuente: Montevideo: Elaboración en base a series de nacimientos y defunciones de los Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos corregidas por Cabella, W. y Pollero, R. Buenos Aires: Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos y serie de nacimientos corregidos de Recchini de Lattes, Zulma

Montevideo, por su parte, partiendo de niveles más bajos que los de Buenos Aires, hacia fines del siglo XIX y principios del XX también presenta una tendencia decreciente de la mortalidad infantil, con tasas que pasan de 133 por mil en 1890 a valores cercanos al 100 por mil. Posteriormente, el descenso se interrumpe e incluso se revierte en el segundo quinquenio del siglo, manteniéndose, a partir de entonces, en un nivel medio de mortalidad con valores que rondan el 110 por mil. Se evidencia además la falta de capacidad de controlar las crisis de mortalidad excesiva en determinados años, generando un comportamiento verdaderamente oscilante (diente de sierra) del cual hay que abstraerse para visualizar la tendencia de 30 años de estancamiento. Recién a principios de los años '30 es posible considerar que el descenso de la mortalidad infantil se afirma y se hace sostenido, cayendo permanentemente por debajo del 100 por mil a partir de 1936, y destacándose un importante cambio de nivel a partir de 1942.

En términos generales, es posible encontrar similitudes en el patrón de descenso de la mortalidad infantil en ambas ciudades: una importante reducción a fines del siglo XIX, que se interrumpe abruptamente a principios del XX elevando las tasas, cuyos niveles se mantienen en un plateau por cierto tiempo y luego retoman su camino descendente. Sin embargo, el comportamiento de ambas curvas muestra un proceso que podríamos calificar como de más exitoso para Buenos Aires. En efecto, Buenos Aires hacia 1890 tenía una mortalidad

infantil mucho más elevada que Montevideo, y en 10 años logra igualarla en torno a tasas de 100 por mil, valores considerados de los más bajos del mundo para la época. Los inicios del nuevo siglo muestran una reversión en las tendencias de ambas ciudades, con un leve empeoramiento de los niveles alcanzados, situación que Buenos Aires logra controlar retomando un gradual pero sostenido descenso desde 1911, alcanzando valores inferiores a los tres dígitos a partir de 1925. Montevideo, por su parte, una vez alcanzados los bajos niveles de principios de siglo, no logra estabilizarlos ni reducirlos por más de 30 años.

3. Análisis de la mortalidad infantil por causa de muerte

El análisis por causa de muerte permite afinar el análisis de la mortalidad total así como su interpretación⁴. Como es de esperarse para nuestro período de estudio, la mortalidad es causada principalmente por enfermedades infecciosas. En efecto, estas son responsables de alrededor del 70% y 60-65% de las defunciones infantiles para Buenos Aires y Montevideo respectivamente, durante los primeros 30 años del siglo XX. Las más importantes son las diarreas y las afecciones respiratorias, cuya contribución cae por debajo del 50% del total de las muertes recién a principios de la década del '30 en ambas ciudades. Por su parte, las causas mal definidas presentan porcentajes poco significativos en ambas ciudades. Por lo tanto, a efectos de este trabajo, utilizaremos las series de causas sin redistribuir.

A los efectos de observar el proceso de transición epidemiológica de la primera mitad del siglo XX en ambas ciudades, hemos seleccionado causas de muerte agrupándolas en dos grandes categorías, total de enfermedades infecciosas⁵ y total de afecciones propias de la primera edad⁶. El primer grupo se asocia claramente a causas de origen exógeno (si bien no representan el total de causas de esta índole), mientras que el segundo se vincula con causas endógenas, atribuibles principalmente a afecciones asociadas a factores genéticos, hereditarios, malformaciones congénitas o problemas vinculados al parto, en general ocurridos en el primer mes de vida (mortalidad neonatal⁷). Sin embargo es necesario aclarar que, debido a problemas de diagnóstico de las enfermedades a principios del siglo, dentro de las endógenas también puede haber algunas defunciones por enfermedades infecciosas⁸.

Los gráficos 2 y 3 nos permiten ver el cambio en el peso relativo de los dos grupos de causas, conjuntamente con el comportamiento de la mortalidad infantil. Como es de esperar en el marco de la transición epidemiológica, en ambos casos se ve que el mayor descenso de la mortalidad coincide con el incremento en el porcentaje de las causas endógenas. En Buenos Aires, este aumento del peso relativo de las causas asociadas a la primera edad con respecto a las infecciosas es algo más temprano, llegando, al final del período, a sobrepasar el 50% revirtiéndose la tendencia y superando a las infecciosas. En el caso de Montevideo, el peso relativo de las causas de la primera edad crece a partir de la segunda mitad de la década del '30, pero todavía para mediados del siglo XX no han logrado imponerse a las enfermedades infecciosas. Es llamativa la diferencia porcentual que presentan las enfermedades de la primera edad en ambas ciudades a principios del siglo, probablemente vinculados tanto a diferencias en lo que respecta al registro de causas o a problemas diagnósticos.

⁴ Para una homologación de las causas a partir de la utilización de las distintas revisiones de la CIE en ambas ciudades ver Cabella, W. y Pollero, R. (2004).

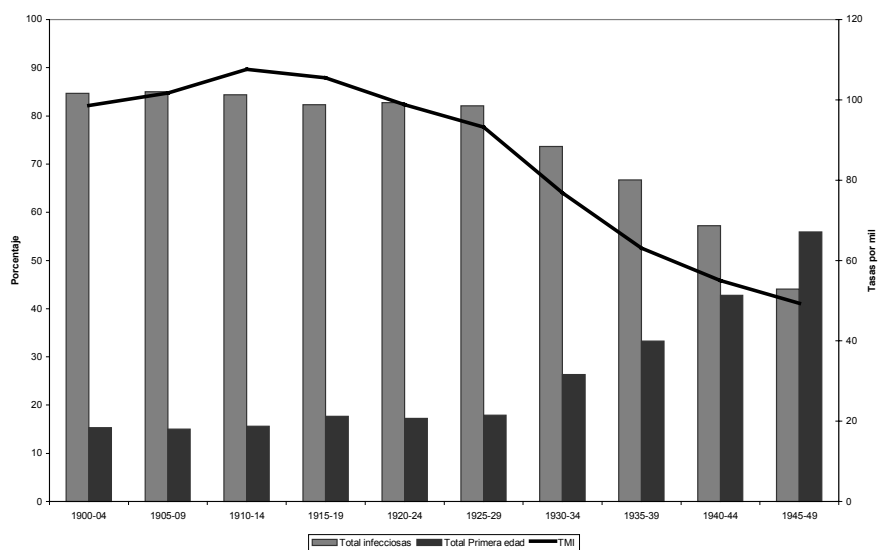
⁵ Dentro de esta categoría se seleccionaron los siguientes grupos de causas de muerte: diarreas y enteritis, afecciones respiratorias (bronquitis aguda, bronquitis crónica, bronconeumonía, neumonía, pleuresía, congestión y otras enfermedades respiratorias), e infecciosas y parasitarias (fiebre tifoidea, viruela, sarampión, escarlatina, tos convulsa, difteria, gripe, infección purulenta y septicemia, tuberculosis - todas las formas-, sífilis, tétanos y erisipela).

⁶ Dentro de este grupo se consideran aquellas causas agrupadas en las categorías vicios de conformación y enfermedades propias de la primera edad.

⁷ No nos fue posible realizar una comparación del clásico análisis por edad de la mortalidad infantil (neonatal y postneonatal) porque no existe esta información para Montevideo.

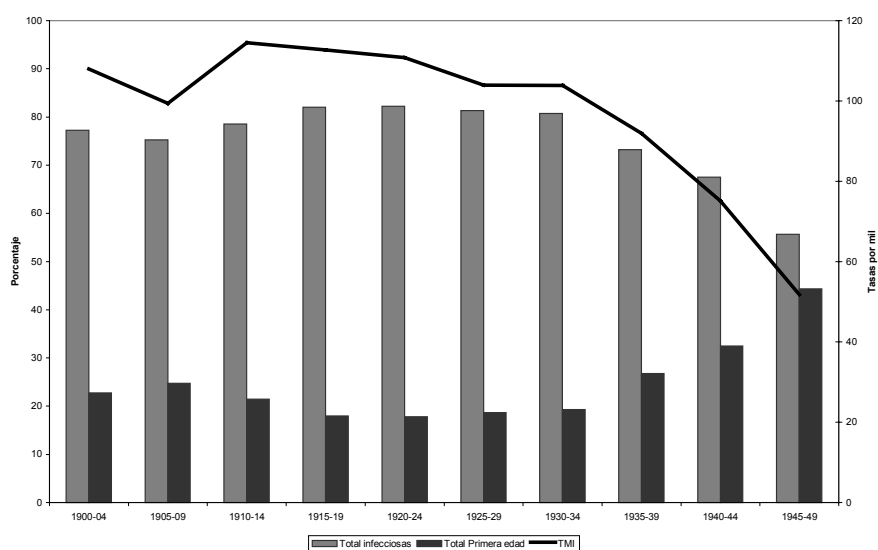
⁸ En este sentido, la bibliografía médica de principios del siglo XX alerta respecto a ciertos problemas de diagnóstico y hace referencia a que la causa "debilidad congénita" frecuentemente ocultaba muertes por sífilis o tuberculosis (Langón 1927, 87).

Gráfico 2
Transición epidemiológica. Causas seleccionadas y tasas de mortalidad infantil (promedios quinquenales). Buenos Aires 1900-1949



Fuente: Elaboración a partir Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos, Buenos Aires.

Gráfico 3
Transición epidemiológica. Causas seleccionadas y tasas de mortalidad infantil (promedios quinquenales). Montevideo 1900-1949



Fuente: Elaboración a partir de Anuarios Estadísticos, Dirección General de Estadística y Censos, Montevideo.

A la hora de analizar la mortalidad por causas en nuestro período de estudio es necesario tener presente que el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas pudo haberse debido a dos procesos: una disminución en la tasa de exposición a los microorganismos causantes de las enfermedades, así como una mejora en los niveles de resistencia humana a las infecciones contraídas. En este sentido, el estatus nutricional del niño regula la susceptibilidad a la enfermedad y las oportunidades de que una afección sea banal o letal. Ambos procesos –exposición y resistencia–, no debieron de haber sido mutuamente excluyentes sino que pueden haberse operado simultánea e interactivamente (Bell y Millward, 1998).

Durante la mayor parte del período las enfermedades gastrointestinales⁹ fueron las principales responsables de las defunciones infantiles¹⁰. El gráfico 4 muestra las diferencias en el comportamiento de este indicador. Es interesante destacar distintos aspectos: a) las diferencias en el nivel de la mortalidad por diarreas en ambas ciudades hacia 1900 y la notable reducción bonaerense; b) el incremento de las tasas desde mediados de la primera década (el aumento fue de 127% entre 1905-1915 en Montevideo y de 78% entre 1904-1910 en Buenos Aires); c) cómo Buenos Aires rápidamente revierte esta tendencia continuando con un descenso sostenido y por debajo de los valores montevidéanos a partir de 1917; y d) cuánto más difícil resulta para Montevideo poder afirmar una tendencia marcadamente descendente (recién desde 1931) y lograr controlar las oscilaciones provocadas por crisis epidémicas. A su vez, es interesante destacar que la diarrea pierde su primacía como principal causa de muerte -en favor de las enfermedades de la primera edad-, a principios de los años '30 en Buenos Aires y una década después en Montevideo.

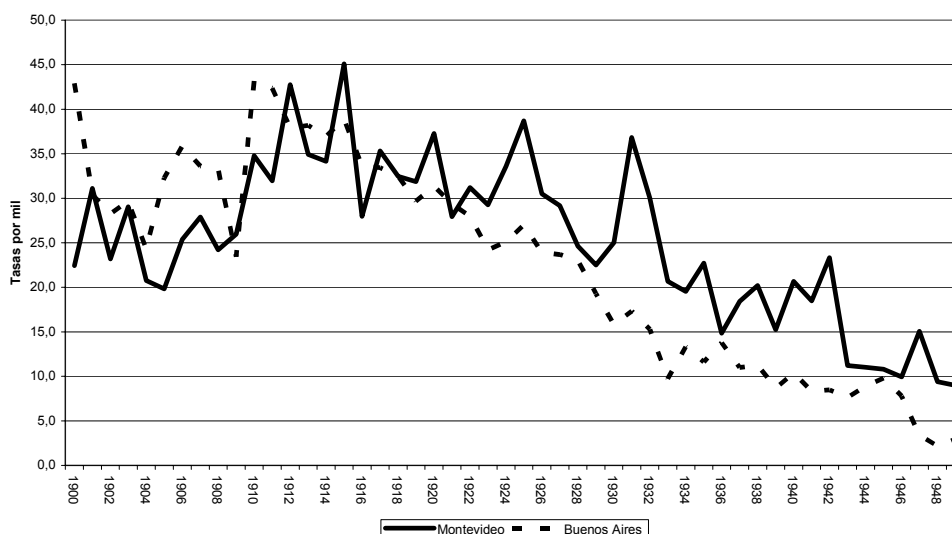
De acuerdo a la evolución del indicador en ambas ciudades, es evidente que el inicio del descenso de la mortalidad por diarrea antecede a la terapéutica correspondiente. En efecto, la plasmoterapia y las sulfamidas comienzan a expandirse a fines de los años '30 o principios de los '40, mientras que el uso de los antibióticos se generaliza después de la Segunda Guerra Mundial. Una vez descartado el desarrollo tecnológico-médico como responsable del inicio del descenso es necesario entender cómo se propaga la enfermedad para orientar la búsqueda de hipótesis explicativas. Las diarreas infantiles son enfermedades transmisibles fundamentalmente por el agua y los alimentos. Por lo tanto, en lo que refiere a la reducción a la exposición de los microorganismos patógenos de la diarrea podría sugerirse que ella estaría asociada a mejoras en la infraestructura urbana (saneamiento, aguas corrientes, alcantarillado) así como a otras medidas de salud pública (higienización de la leche), y a mejoras en el desarrollo institucional de la salud pública, que incidan en una mejor educación a las madres sobre los cuidados higiénicos del niño y su alimentación.

En este sentido, el sistemático descenso de este indicador en Buenos Aires desde 1910, podría sugerir la temprana eficacia de los esfuerzos higiénico-sociales de la capital argentina. Como contracara, la persistente importancia de las diarreas en la mortalidad infantil montevidéana durante los primeros 30 años del siglo nos lleva a cuestionar la eficiencia de dichos esfuerzos, así como a considerar que el enlentecimiento del descenso de la mortalidad infantil total puede explicarse, en parte, debido a la persistencia de la mortalidad gastrointestinal y principal causa de muerte hasta principios de los años '40. El abrupto cambio de nivel en 1943, con un descenso de casi el 52% respecto al año anterior y que continúa hasta 1946, podría vincularse a la existencia de campañas médicas específicas contra la diarrea infantil de verano que se llevaron a cabo en esos años (Sociedad Uruguaya de Pediatría, 1946) De todos modos, Montevideo llega a mediados de siglo con tasas 3 veces superiores a las de Buenos Aires.

⁹ Corresponden a 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, cuando se unifican ambas causas en una sola.

¹⁰ Aún es posible que haya algún tipo de subregistro en las diarreas debido a un mal registro de la causa de muerte. La literatura médica de la época señala que muchas defunciones registradas como “meningitis” en realidad eran complicaciones de gastroenteritis, en donde la diarrea sería la afección primaria y la meningitis la enfermedad secundaria (Birn, Cabella y Pollero 2005).

Gráfico 4
Evolución de las tasas de mortalidad infantil por diarrea. Buenos Aires y Montevideo, 1900-1949



Fuente: Montevideo: Elaboración en base a series de nacimientos y defunciones de los Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos corregidas por Cabella, W. y Pollero, R. Buenos Aires: Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos y serie de nacimientos corregidos de Recchini de Lattes, Zulma

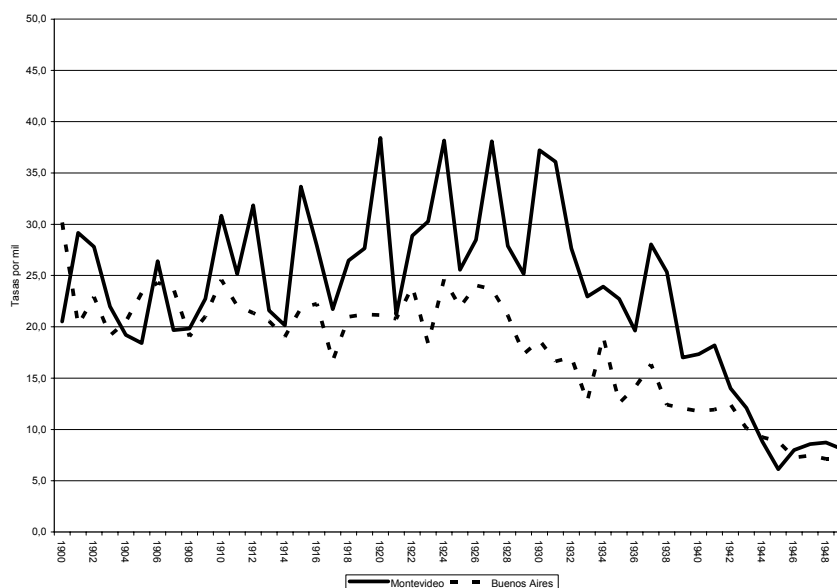
El segundo grupo de causas responsable de las defunciones infantiles durante la mayor parte de nuestro período de estudio es el de las afecciones respiratorias¹¹ (gráfico 5). En Buenos Aires la tendencia de esta mortalidad se mantiene estancada prácticamente durante las primeras tres décadas del siglo XX logrando afirmar su descenso sostenido a partir de 1927. Con tasas superiores a las de la capital argentina, Montevideo muestra una tendencia ascendente hasta principios de los años '30, y evidentes dificultades en lograr controlar las crisis, que se observan como grandes oscilaciones de corto plazo. Recién a partir de entonces presenta un comportamiento francamente descendente.

Las enfermedades respiratorias son de transmisión aeróbica y por lo tanto es posible vincular una mayor exposición al contagio con el incremento en la densidad de población, el hacinamiento y las malas condiciones en la vivienda. Esto podría sugerir que una posible explicación del estancamiento e incluso aumento de las enfermedades respiratorias en las primeras décadas del siglo se encontraría en el crecimiento poblacional de ambas ciudades. Asimismo, es significativo tener en cuenta que, al igual que en las diarreas, también en el caso de las respiratorias, el descenso de esta mortalidad en las capitales rioplatenses empezó mucho antes del descubrimiento de los antibióticos, terapéutica específica para estas afecciones.

Por otra parte, también es interesante tener en cuenta la interacción existente entre las enfermedades respiratorias y las diarreas, también destacada por los pediatras de la época: la debilidad que generaba en el niño contraer una de estas enfermedades lo dejaba más susceptible para contraer la otra (Birn, Cabella y Pollero, 2003).

¹¹ Dentro de las afecciones respiratorias se incluyen las siguientes causas: bronquitis aguda, bronquitis crónica, bronconeumonía, neumonía, pleuresía, congestión y "otras enfermedades respiratorias".

Gráfico 5
Evolución de las tasas de mortalidad infantil por afecciones respiratorias. Buenos Aires y Montevideo, 1900-1949



Fuente: Montevideo: Elaboración en base a series de nacimientos y defunciones de los Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos corregidas por Cabella, W. y Pollero, R. Buenos Aires: Anuarios Estadísticos de la Dirección General de Estadística y Censos y serie de nacimientos corregidos de Recchini de Lattes, Zulma

Con tasas de mortalidad de menor relevancia (en torno al 10 por mil hasta los años '30), las enfermedades infecciosas y parasitarias¹² presentan un patrón similar al observado en las afecciones respiratorias: un estancamiento en las tres primeras décadas del siglo XX con mayores fluctuaciones en el indicador de Montevideo, y logrando nuevamente Buenos Aires el descenso sostenido de forma más exitosa, cayendo por debajo de 5 por mil en 1940, una década antes que Montevideo.

Finalmente, en los gráficos 2 y 3 ya hemos presentado una aproximación a las causas relacionadas con enfermedades propias de la primera edad y vicios de conformación, cuya participación porcentual va aumentando a medida que descende el nivel de la mortalidad. Los valores de las tasas se mueven entre 15-20 por mil en Montevideo y algo inferiores (10-15 por mil) para Buenos Aires. Pero mientras que la evolución muestra avances y retrocesos en la capital uruguaya, logrando afirmar la tendencia creciente luego de un descenso importante a fines de los años '20; Buenos Aires, una vez más, presenta un incremento gradual desde la década del '30. Si bien de alguna manera pueda parecer llamativo el aumento a nivel de tasas (no de peso relativo) en ambas ciudades, el mismo fenómeno ha sido estudiado en ejemplos europeos relacionándolo con mejoras en el diagnóstico de estas enfermedades en esa época.

En definitiva, el análisis comparativo por causas nos permite observar cómo la capital bonaerense logra imponer una tendencia descendente (muy temprana en la mortalidad por diarreas), y controlar las crisis epidémicas de manera más eficiente. En cambio, en la capital uruguaya además de que las distintas causas contribuyen al estancamiento de la tendencia (en particular las diarreas), las grandes oscilaciones evidencian que el control de las crisis se logrará más tardíamente.

¹² Dentro de las enfermedades infecciosas y parasitarias se incluyen: fiebre tifoidea, viruela, sarampión, escarlatina, tos convulsa, difteria, gripe, infección purulenta y septicemia, tuberculosis -todas las formas-, sífilis, tétanos y erisipela.

4. Identificando los factores explicativos

El notable descenso de la mortalidad infantil ha sido uno de los cambios sociales más importantes y extensos del último siglo y medio. Como ya hemos dicho, los mecanismos de esta transformación constituyen el centro de un debate que ha cautivado el interés de diversos especialistas desde hace décadas. Economistas, demógrafos, epidemiólogos, historiadores, políticos y sociólogos continúan discutiendo sobre el rol, la magnitud y la interacción de los distintos factores explicativos en el descenso de la mortalidad infantil: el crecimiento económico, los progresos de la salud pública, la medicina y la higiene personal, los cambios ecológicos, la inmigración, las condiciones de vida y de trabajo y las medidas de protección social.

Como ya se señalara, partiendo de niveles distintos (más altos para Buenos Aires) ambas ciudades muestran un importante descenso de la mortalidad infantil durante la última década del siglo XIX, que se revierte en el primer decenio del siglo XX. Pero, mientras que la capital argentina una vez que retoma la tendencia descendente lo hace de manera sostenida, la uruguaya mantiene un marcado estancamiento y a su vez grandes fluctuaciones que recién se estabilizan y reinician la tendencia descendente a mediados de la década del treinta.

Es indudable que la transición de la mortalidad infantil desde altos a bajos niveles no debe considerarse como un fenómeno aislado, sino que debe tenerse en cuenta el marco sociopolítico dentro del cual se inscribe. En este sentido, también es llamativa la trayectoria más exitosa de Buenos Aires, ya que la consolidación de la matriz de Bienestar en Uruguay, generalmente relacionada con avances en las condiciones de vida de los niños, antecede prácticamente en tres décadas a la argentina.

El análisis del cambio de la estructura de las causas de muerte nos ha permitido orientar la búsqueda hacia aquellas modificaciones experimentadas por la realidad socioeconómica, política o ambiental que demostraron tener mayor incidencia en las variaciones sufridas por el nivel de la mortalidad infantil. Siendo el propósito de este trabajo tratar de explicar los cambios que ha experimentado el nivel de la mortalidad infantil en las ciudades de Buenos Aires y Montevideo en la primera mitad del siglo XX y con el objeto de llegar a formular hipótesis explicativas se ha relacionado, para ambas márgenes del Río de la Plata, la tendencia de la mortalidad infantil con el comportamiento de algunos factores que se han considerado condicionantes y que se han agrupado en cuatro dimensiones de análisis: a) medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana; b) desarrollo institucional de la salud pública y medicalización; c) nivel de vida y d) desigualdad social.

Es necesario señalar que la mayor dificultad que se nos presentó para realizar el análisis comparativo de ambas ciudades tuvo que ver con la obtención y elaboración de series de datos de las variables independientes. En muchos casos, no fue posible construir las mismas series para las dos ciudades. Por lo tanto, si bien el efecto de las cuatro dimensiones citadas se tiene en cuenta, no siempre cada una de ellas contiene las mismas variables independientes para las dos ciudades.

4.1 Medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana

Esta dimensión es esencial para comprender el diferencial registrado en la mortalidad por diarreas y otras enfermedades infecciosas, cuya transmisión se produce a través del agua y los alimentos, y por tanto son controlables a partir del saneamiento del medio ambiente y de la potabilización del agua. También incluimos aquí a la implementación de medidas relativas a la higienización de la leche, ya que tienen una vinculación directa con las enfermedades gastrointestinales de los lactantes.

Con respecto a este grupo de factores resulta significativo tomar el concepto del efecto urbano y sus consecuencias sobre la mortalidad, ya ampliamente estudiado por diversos autores (Reher, 2004; Woods, Watterson y Woodward, 1988 y 1989). En este sentido, el rápido crecimiento poblacional de una ciudad provocaría un desequilibrio entre población e infraestructura urbana, deteriorando sus condiciones epidemiológicas. Esta “penalización urbana” se visualizaría como un incremento en la mortalidad en general e infantil en particular. En nuestro caso, sabemos que ambas ciudades tuvieron un crecimiento muy importante a comienzos del siglo XX: entre 1900 y 1930, la población de Montevideo se duplicó y la de Buenos Aires creció dos veces y media. Probablemente la interrupción del descenso que se viene efectuando en la mortalidad infantil a fines del siglo XIX

en ambas ciudades, y la reversión de la tendencia, esté vinculada al explosivo crecimiento de población al que se vieron expuestas las dos capitales (Cabella y Pollero, 2004).

En Buenos Aires el plan de salubridad destinado a dar una solución integral (en cuanto a fuente, tratamiento y red de distribución) al problema de la provisión de agua potable fue puesto en marcha en 1871; unos años más tarde, en 1880, comenzaron las obras cloacales. Entre 1914 y 1924 la ciudad fue considerada, según la expresión de Besio Moreno, una “ciudad saneada”, prácticamente hacia 1930 finalizan las obras de infraestructura y equipamiento de la ciudad (Mazzeo, 1993). Parecería que la situación de Montevideo es algo distinta. Si bien los inicios de las obras de saneamiento serían de la misma época y hacia la década de 1880 Montevideo era la primera ciudad latinoamericana en tener alcantarillado, servicio de agua potable y sistema cloacal, 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. En 1914, por ejemplo, el 80,5 por ciento de las viviendas porteñas tenía agua potable (Mazzeo, 1993) mientras que esta proporción sólo alcanzaba al 63,5 por ciento de las viviendas montevideanas. Todavía a fines de los años '20 el sistema de agua corriente no llegaba a toda la ciudad: en 1927, 37 barrios de Montevideo no tenían agua corriente.

Para esta dimensión se seleccionaron como indicadores de los servicios de infraestructura básica urbana: la proporción de casas con agua potable y con cloaca para Buenos Aires y la proporción de casas con agua potable, el consumo de agua y el gasto en saneamiento para Montevideo.

Otra variable que debe tenerse en cuenta en esta dimensión es la pasteurización de la leche (tomada como variable dummy), que podría haber afectado la evolución de la mortalidad infantil por diarreas. En Buenos Aires a fines de 1907 se aprueba la Ordenanza¹³ sobre la higienización de la leche, en cuyo Art. 1° reglamentaba que desde el 1° de octubre de 1908 sería obligatoria la higienización de la leche para el consumo en la ciudad. Especificaba que se entendía por higienización de la leche, la que después de filtrada había sido pasteurizada o esterilizada. También establecía que los envases debían llevar impreso y en lugar visible el nombre de la fábrica donde se hubiera higienizado la leche (Art. 4°).

En Montevideo a principios de la década de 1910 se reglamentó la venta de leche, pudiendo solamente hacerse en tanques con canilla y cerrados con tapa sellada. Recién a partir de 1921 empiezan a establecerse las primeras pasteurizadoras. La Ordenanza municipal de 1927 promovía la pasteurización, pero todavía aceptaba la leche no pasteurizada si los establecimientos hacían el ordeño en buenas condiciones de higiene y la leche era filtrada, enfriada inmediatamente y conservada en frío hasta la hora del reparto. La pasteurización obligatoria se establece en 1933 y se implementa efectivamente desde el 1° de enero de 1934 (Bertino y Tajam 2002).

4.2 Desarrollo institucional de la salud pública y medicalización

Dentro de esta dimensión se incluyen indicadores que tratan de reflejar la influencia de las instituciones públicas en reducir la mortalidad, en especial el conjunto de medidas gubernamentales orientadas a mejorar la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de la salud pública y en particular la extensión de los servicios dirigidos a la atención de los lactantes y las madres.

En lo que respecta a los temas de salubridad y servicios de higiene pública, ambas ciudades presentan un esquema bastante parecido y llevado a cabo desde la órbita municipal: la inspección técnica de los servicios de higiene pública, de los mataderos, tambos, etc., 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, etc. Sin embargo en Uruguay, desde una óptica más centralista, las directivas de esta profilaxis terrestre provenían del Consejo Nacional de Higiene, creado en 1892.

En 1890, el Intendente Municipal de la ciudad de Buenos Aires resuelve nombrar una comisión de médicos y demógrafos a la que le encarga determinar las causas de la elevadísima tasa de mortalidad infantil y sugerir medidas para su disminución. Los trabajos de la comisión fueron reunidos en el informe Patronato y Asistencia de

¹³ Ordenanza 13 de diciembre de 1907.

la Infancia en la Capital de la República donde se mencionan las condiciones de vida y de trabajo de las madres obreras, entre los factores de morbi-mortalidad infantil. También se reclamaban medidas de protección legal; basándose en que la falta de descanso durante el embarazo y puerperio incidían poderosamente en la mortinatalidad y en la mortalidad infantil, mucho más elevada entre los hijos de obreras que en los de mujeres de otras clases sociales.

En 1892, la Asistencia Pública bonaerense se transforma y pasa 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 el Uruguay, la asistencia pública se concibe desde una visión más centralizadora. En la década de 1880 se crea la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública que dependería exclusivamente del Poder Ejecutivo y tendría bajo su dependencia al Hospital de Caridad y los asilos de expósitos, maternales, dementes y de mendigos. El fracaso de la Comisión Nacional de Caridad lleva a que en 1910 se cree la Asistencia Pública Nacional declarando en su artículo 1º el derecho a la asistencia gratuita por cuenta del Estado a todo individuo indigente o privado de recursos. De este modo se estatiza la beneficencia pública bajo el principio del asistencialismo (contrario al de la caridad cristiana).

Con respecto al cuidado de la maternidad y la infancia, en Buenos Aires, la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, por medio de la Protección de la Primera Infancia creada en el año 1908, tuvo a su cargo los servicios oficiales que compartió con la Sociedad de Beneficencia de la cual dependían la Casa de Expósitos y el Hospital de Niños. El Patronato de la Infancia, las Cantinas Maternales y en menor escala algunas sociedades pías y algunos hospitales particulares dirigieron la acción privada.

En Montevideo, en los primeros años del siglo XX tampoco había organismos destinados a la protección de la infancia y a la educación de las madres. Había una institución para recibir los niños abandonados (la Cuna del Asilo de Expósitos y Huérfanos) y desde 1907 el Hospital de Niños (excluidos los lactantes). En 1908 se crea el primer Consultorio Gota de Leche, 6 más en 1914, llegando a 13 en 1931. Estos consultorios eran centros de asistencia e inspección médica y promovían la educación dietética y de profilaxis. Además se entregaba leche gratuita a los niños de madres pobres. En 1915 se crea la Casa de Maternidad, con su Servicio de Protección Maternal encargado de tres funciones: asistencia técnica por parte de médicos; defensa jurídica para la investigación de la paternidad y “protección moral” a cargo de una asociación privada. En 1919 se aprueba la ley de Protección a la Infancia, creando el Servicio de Protección a la Primera Infancia y la Oficina de Nodrizas. Como la ley Roussell francesa, la uruguaya impide que una mujer se coloque de nodriza antes de que su propio hijo tenga al menos 6 meses de edad (Berro, 1938). En 1925 se habilita la Casa del Niño, instalando en ella la Cuna y la Cocina Central de Leches. Si bien la organización y responsabilidad de la salud y cuidados del niño en Montevideo es estatal y se hace a través del Estado, también existe el apoyo de algunas sociedades de beneficencia (Bauzá, 1939). Recién en 1933 se suprime definitivamente el Torno y se reemplaza por una Oficina de Admisión.

Una vez más, parecería que ambas ciudades montaron un esquema institucional razonablemente similar (Oficinas de Protección a la Infancia, Dispensarios de Lactantes o Gotas de Leche, Inspección de Nodrizas, Cantinas Maternales, etc.).

En lo relacionado con las leyes de protección a la madre y al niño, para la Argentina cabe mencionar la Ley 5.291 de 1908, que reglamentaba el trabajo de las mujeres y los niños y en lo que respecta a la futura madre, concedía a las obreras que podían dejar de concurrir a las fábricas o talleres hasta 30 días subsiguientes al alumbramiento, debiendo entretanto reservárseles el puesto (Mazzeo, 1993). En el año 1924 esta ley es derogada y reemplazada por la Ley 11.317, que disponía la suspensión del trabajo de la obrera grávida seis semanas antes del parto y le prohibía reanudar sus tareas antes de las seis semanas posteriores al mismo. La Ley también disponía la habilitación de salas maternales en ciertos establecimientos, de acuerdo con el número de obreras que fijara la reglamentación, destinadas a niños menores de dos años, para que quedaran en custodia en las horas en que las madres trabajaban. Al igual que la Ley 5.291, la Ley 11.317 omitía en su articulado la situación de las empleadas y obreras dependientes del Estado, situación que recién fue contemplada en 1934.

En el Uruguay, luego de algunos proyectos de ley más tempranos que no lograron eco, en 1915 se restringe el horario laboral a 8 horas, se prohíbe el trabajo a los menores de 13 años y se otorgan 40 días de licencia a las

mujeres durante su embarazo. En 1918 fue aprobada “la ley de la silla”, por la cual aquellas empresas donde trabajaban mujeres deberían tener el número de sillas necesarias para que las empleadas y obreras pudieran sentarse cuando sus actividades lo permitieran. La pieza principal de legislación sobre protección de la infancia en Uruguay es el Código del Niño, aprobado en 1934. Entre otras cosas, el Código prohíbe el trabajo a los menores de 14 años y establece que se abone la mitad del salario en la licencia por maternidad. A su vez, crea el Consejo del Niño como entidad que centraliza todo lo referente al bienestar y a partir de entonces, también la asistencia de los niños. Quedan ahora dentro de su órbita la Cuna, las Gotas de Leche, la División Primera Infancia, las cocinas de leche, etc. Finalmente, en 1943 se establece el sistema de Asignaciones Familiares que otorga un pago a todo empleado, obrero o peón, por cada hijo legítimo o natural legalmente reconocido.

Parecería que la mayor descentralización de la salud pública porteña hubiera actuado a favor de una mayor extensión de beneficios médicos e higiénicos que habrían incidido en la mortalidad de la niñez, inversamente la organización de la salud pública montevideana funcionó centralizadamente hasta muy avanzados los años treinta (Cabella y Pollero, 2004). Por otro lado, se destaca una precedencia institucional y legislativa en Buenos Aires, al menos en lo que tiene que ver con la protección maternal, que quizás también haya influido en el descenso de la mortalidad infantil.

Además del desarrollo institucional de la salud pública, esta dimensión incluye la medicalización y extensión de los recursos de salud. Una aproximación al tema de la cobertura es el indicador “médicos por diez mil habitantes”. A principios del siglo la relación es mejor en la capital argentina (9,6 y 6,7 para Buenos Aires y Montevideo, respectivamente), equiparándose alrededor de 15 médicos cada 10.000 habitantes a mediados de la década de 1930. Pero mientras que el incremento de la cobertura es más bien lento en Montevideo (16,4 en 1949), Buenos Aires prácticamente la duplica llegando a 29,9 médicos cada 10.000 habitantes en 1954.

Por su parte, la medicalización de la reproducción queda evidenciada en el cambio de escenario de los partos, que ocurrieron no ya en los hogares, sino en las instituciones de salud. Para Buenos Aires, los partos atendidos a domicilio por médicos de hospitales municipales se redujeron notablemente a partir de la década de los treinta. En 1930 representaban el 12 por ciento del total de nacimientos de la ciudad, en 1940 sólo el 2 por ciento y a partir de 1944 menos del 1 por ciento, lo que también tiene relación con otra característica relevante de ese momento que es la creación a partir de 1945 de las obras sociales (Mazzeo, 1993). Los datos de Montevideo no son del todo comparables. Sin embargo, es claro que a medida que avanza el siglo los nacimientos se van hospitalizando y, de acuerdo a los datos del Anuario Estadístico, hacia 1950 el 50% de los partos ocurrían en centros asistenciales.

Con el objeto de analizar en qué medida la participación de los poderes locales tuvieron efectos positivos sobre las condiciones sanitarias de la población se seleccionaron una serie de indicadores para ser incluidos en un modelo de regresión explicativo para ambas ciudades que incluye las cuatro dimensiones. Para esta dimensión en Buenos Aires se incluye: participación del presupuesto en salud en el presupuesto total del municipio, concurrentes a la cocina de lactantes, a los consultorios de la primera infancia y los niños atendidos por primera vez en los dispensarios como proporción de los nacimientos de la ciudad. Para Montevideo los ingresados a gota de leche y médicos por cada diez mil habitantes.

4.3 Nivel de vida

Para esta dimensión se seleccionó el salario real promedio, por considerárselo un indicador adecuado para la explicación del nivel de vida de la población.

Para Buenos Aires varios autores han analizado las consecuencias de la crisis económica en las tendencias de la evolución de los salarios reales. William Buchanan (1898) que reunió información sobre salarios y jornales de más de cien categorías ocupacionales para fines del siglo XIX concluye afirmando que “todas las clases obreras reciben actualmente (1896) menos salarios que el que tenían hace diez años, visto el poder adquisitivo de la moneda”. Adolfo Dorfman (1970) verifica para el mismo período que el salario real del obrero se había reducido a la mitad. Hobart Spalding (1970) concluye que la situación económica de la clase trabajadora probablemente no mejoró substancialmente entre 1890 y 1912. Roberto Cortés Conde (1975) que analiza la evolución de los salarios

nominales, del costo de vida y de los salarios reales para el período 1890-1912, verifica que los salarios reales tuvieron un máximo en 1899 que no vuelven a alcanzar aún en 1912 (Mazzeo, 1993). Posteriormente, la situación salarial registra una mejora relativa a partir de la década del veinte que se mantiene hasta fines del período analizado.

El salario real en Montevideo, aunque con grandes fluctuaciones, muestra una tendencia al estancamiento desde fines del siglo XIX hasta mediados de la década de 1920. A partir de 1925 se recupera hasta comienzos de la década del '30, a consecuencia de las repercusiones de la crisis (Bértola, Calicchio, Camou, Porcile, 1999). En los años '40 hay mejoras evidentes llegando a mediados del siglo XX con la tasa de crecimiento del salario real más alta en la historia del país (Bertino et al., 2001).

4.4 Desigualdad social

Múltiples son los estudios realizados sobre los efectos de la desigualdad social en la mortalidad. Incluso desde la perspectiva del bienestar, las descripciones realizadas por los clásicos sobre las condiciones de vida en los primeros años de la Revolución Industrial han servido de guía para las investigaciones posteriores. En todos los casos, se confirma que aquellos pertenecientes a los sectores privilegiados viven más tiempo y en el caso de sus niños, sobreviven más y en mejores condiciones, pues en general disfrutaban de mejor salud. En estos casos la probabilidad de sobrevivir se asocia al nivel de instrucción de la madre y a la ocupación o ingresos del jefe del hogar. Lamentablemente, esta dimensión fue la que presentó más desafíos en la elaboración de indicadores aptos para comparar ambas márgenes, en particular por la carencia de censos en Montevideo.

Se ha seleccionado como indicador *proxy* la proporción de nacimientos ilegítimos porque históricamente fue relacionado con la pobreza y el abandono, así como es posible suponer que los niños nacidos de uniones, preferentemente legales, tendrían un entorno de mayor estabilidad y contención que los tenidos por mujeres que no conviven en pareja, lo que incidiría en el cuidado y atención de los niños.

El nivel de la ilegitimidad en Montevideo es muy superior al observado en Buenos Aires durante todo el período y la brecha tiende a ensancharse a partir de la década del veinte, mientras que en 1920 en la ciudad porteña el 13 por ciento de los nacimientos eran ilegítimos en la montevideana este valor llegaba al 22 por ciento.

5. El modelo de regresión

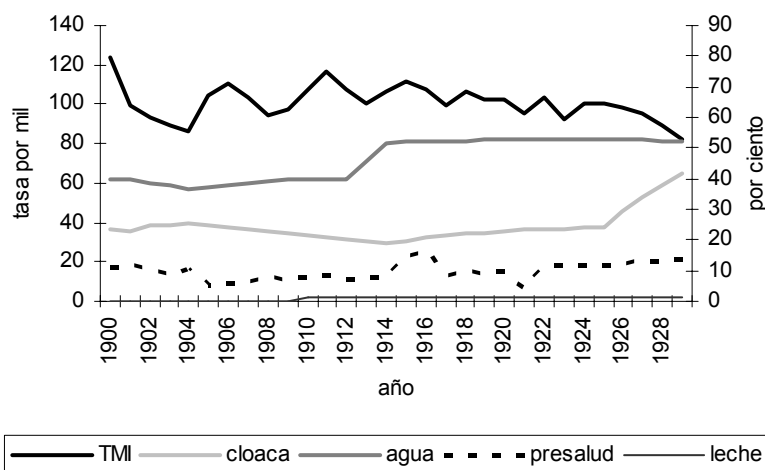
Debido a que los indicadores seleccionados no son los mismos ni estrictamente comparables temporalmente, se armaron modelos de regresión en forma separada para cada ciudad.

5.1 En la Ciudad de Buenos Aires

Con el objeto de averiguar en qué medida la mortalidad infantil está explicada por los indicadores seleccionados y debido a que los mismos no tienen igual temporalidad, se han identificado dos subperíodos, cada uno de los cuales contiene distintos indicadores. El primero transcurre entre 1900 y 1929 y en él se analiza la relación de la mortalidad infantil con los indicadores de las dimensiones “desarrollo institucional de la salud pública y medicalización” (participación del presupuesto en salud) y “medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana” (porcentaje de casas con cloaca y con agua corriente y dummy leche pasteurizada). El segundo abarca el período 1913-1948 y en él se incorporaron indicadores de las dimensiones “desarrollo institucional de la salud pública y medicalización” (concurrentes a las cocinas de lactantes, a los consultorios de la primera infancia y los niños atendidos por primera vez en los dispensarios como proporción de los nacimientos de la ciudad), del “nivel de vida” (salario real promedio e índice de precios al consumidor) y desigualdad social (ilegitimidad).

En el primer subperíodo (gráfico 6) el modelo de regresión múltiple¹⁴ incluyó para explicar la variación de la mortalidad infantil (cuadro 1) sólo el porcentaje de casas con cloacas, con un R cuadrado corregido de 0,33, es decir que la varianza de la mortalidad infantil entre 1900 y 1929 estaría explicada en una tercera parte por las obras de saneamiento de la ciudad. Por su parte, el coeficiente no estandarizado B (-0,668) indica que a un aumento de una unidad en el porcentaje de casas con cloacas, le corresponde una disminución de 0,67 a la mortalidad infantil. El resto de los coeficientes obtenidos permiten inferir que el indicador seleccionado contribuye de forma significativa al ajuste del modelo.

Gráfico 6
Indicadores explicativos. Ciudad de Buenos Aires, 1900-1929



Fuente: elaboración en base a series publicadas en los anuarios estadísticos de la ciudad.

Cuadro 1
Modelo de regresión. Ciudad de Buenos Aires, 1900-1929

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregido	Error típico de la estimación
% de casas con cloaca	0,597	0,356	0,333	7,240

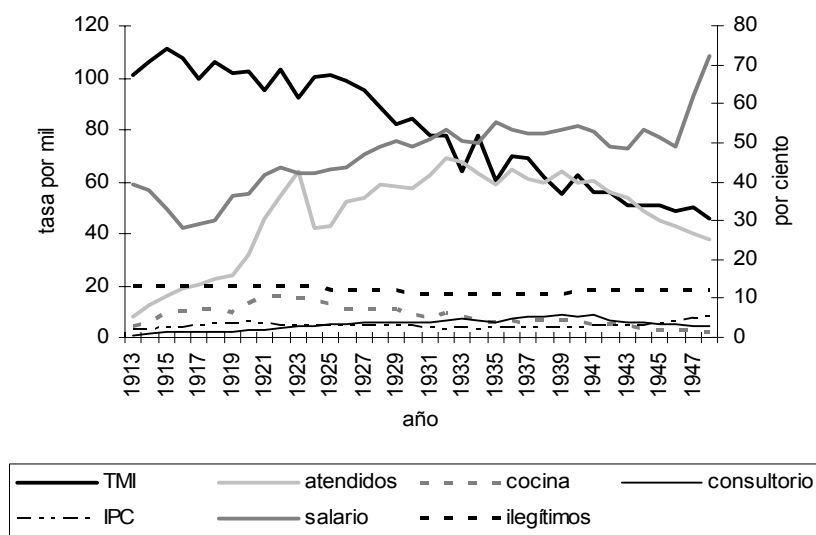
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
(Constante)	126,271	6,573		19,211	0,000
% de casas con cloaca	-0,668	0,170	-0,597	-3,937	0,000
Modelo	Intervalo de confianza para B al 95%		Correlaciones		
	Límite inferior	Límite superior	Orden cero	Parcial	Semiparcial
(Constante)	112,807	139,735			
% de casas con cloaca	-1,016	-0,321	-0,597	-0,597	-0,597

Fuente: elaboración en base a series publicadas en los anuarios estadísticos de la ciudad.

¹⁴ Se utilizó el método de regresión por pasos sucesivos.

En el otro subperíodo (gráfico 7) los resultados preliminares del modelo de regresión elaborado destacan la proporción de los niños atendidos por primera vez en los dispensarios sobre el total de nacimientos, como el indicador que mejor explica la variación de la mortalidad infantil, si bien incluye otros indicadores (proporción de concurrentes a cocina de lactantes sobre el total de nacimientos, índice de precios al consumidor y proporción de ilegitimidad) pero con signos contrarios al esperado. Por lo tanto, debemos señalar que los resultados no nos resultan concluyentes y no son incluidos en la ponencia.

Gráfico 7
Indicadores explicativos. Ciudad de Buenos Aires, 1913-1948

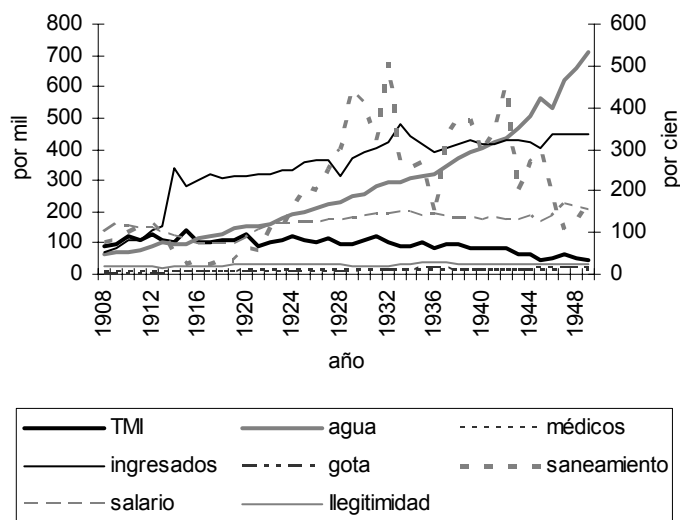


Fuente: elaboración en base a series publicadas en los anuarios estadísticos de la ciudad y de INDEC.

5.2 En la Ciudad de Montevideo

En lo que respecta a Montevideo, los resultados preliminares del modelo de regresión múltiple elaborado (gráfico 8) resaltan el consumo de agua potable como la variable que más explica el descenso de la mortalidad infantil. Sin embargo, debemos señalar que los resultados no nos resultan convincentes, y por lo tanto, al igual que para Buenos Aires en el período 1913-1948, hemos considerado no incluirlos en esta ponencia, por considerar que es necesario avanzar más en el análisis de las series.

Gráfico 8
Indicadores explicativos. Ciudad de Montevideo, 1908-1949



Fuente: elaboración en base a series publicadas en los anuarios estadísticos de la ciudad.

6. Conclusiones

Este trabajo pretendió avanzar en la comprensión de los factores explicativos que contribuyeron al temprano descenso de la mortalidad infantil en ambas márgenes del Río de la Plata, durante la primera mitad del siglo XX. En términos generales, el patrón de la mortalidad infantil en ambas ciudades muestra diferencias en lo que respecta al descenso más pronunciado y sostenido para Buenos Aires y la persistencia del indicador en los mismos valores durante treinta años, para Montevideo.

Mediante el análisis de las causas de muerte y en el marco de la transición epidemiológica, resulta evidente la reducción de la proporción de muertes por causas infecciosas y la importancia progresiva que cobraron las muertes por causas de origen endógeno (anomalías congénitas y perinatales), si bien Buenos Aires muestra un control más exitoso sobre las primeras, lo que permite que para el final del período de estudio, las causas endógenas representen más del 50 por ciento de las muertes de menores de un año.

En el convencimiento de que el comportamiento de la mortalidad infantil es parte integrante de un proceso social más complejo y que es justamente el proceso histórico concreto de una sociedad el que da significación a la mortalidad infantil en ella inserta, el análisis del marco socio-político de ambas ciudades nos permitió identificar algunos factores explicativos que se consideraron relacionados con la tendencia de la misma.

En este sentido, la observación de los factores a partir de diferentes dimensiones, nos permitió realizar una lectura más afinada del análisis comparativo. En primer lugar, el estudio de las “medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana” permite considerar que la expansión de la infraestructura urbana, en relación con su población, se logró más rápidamente en Buenos Aires. La misma aseveración se puede hacer respecto a la higienización de la leche. En Montevideo las recomendaciones son muchas, pero la legislación parece omisa hasta 1927 y la obligatoriedad de la pasteurización rige a partir de 1934. En Buenos Aires, parecería que el tema se resolvió dos décadas antes, por lo menos desde el punto de vista legislativo, lo que también está sugerido por el temprano descenso de las tasas de mortalidad por enfermedades gastrointestinales.

En segundo término, en lo que respecta al desarrollo institucional de la salud pública y la medicalización, ambas ciudades implementaron un esquema parecido en cuanto a la organización de la atención a los lactantes de madres carenciadas. La diferencia esencial radicaría en una óptica centralizada desde el Estado uruguayo y la organización desde el ámbito municipal y privado en Buenos Aires. A su vez, se encontraron diferencias importantes en lo que tiene que ver con la cobertura médica, llegando a ser la bonaerense, al final del período, casi el doble que la montevideana. En lo que refiere a la legislación de protección a la infancia y a la mujer, la matriz de bienestar del temprano estado benefactor uruguayo en las primeras décadas del siglo parecería que puso su acento más en la legislación laboral que en la social respecto al niño y la mujer. El tema no estuvo fuera de la agenda; se presentaron proyectos legislativos, pero no pasaron de ser iniciativas hasta la década del '30.

La tercera dimensión, el nivel de vida, que incidiría tanto en la nutrición como en las condiciones ambientales del infante, se pretendió evaluar a través del salario real, sugiriéndose que no hay mayores diferencias en las tendencias en ambas ciudades.

Finalmente, si consideramos una mayor proporción de nacimientos ilegítimos como indicador de una mayor desigualdad, esta dimensión presenta una clara desventaja para Montevideo, especialmente a partir de la década de 1920.

A pesar de que, como ya hemos señalado, el análisis a partir de modelos de regresión es preliminar, en el caso de Buenos Aires se sugiere, por lo menos durante las primeras tres décadas del siglo pasado, una mayor asociación con indicadores de la dimensión “medidas de salud pública y extensión de los servicios de infraestructura básica urbana”, específicamente una mayor correlación con las obras de saneamiento del medio ambiente.

Para terminar nos gustaría mencionar la reflexión de un demógrafo rioplatense (Alberto B. Martínez) que a principios de siglo XX dijo: “En las defunciones de toda agrupación humana civilizada existe un grupo cuyo estudio es objeto del mayor interés por parte del higienista, del hombre de gobierno y del filántropo, porque la experiencia universal comprueba que, cuando excede de ciertas proporciones, es porque existen causas destructoras que pueden ser atenuadas. Me refiero a las defunciones de la infancia” (Ciudad de Buenos Aires, 1913:XXIV).

BIBLIOGRAFIA

- Bell, F. y Millward, R. “Public health expenditures and mortality in England and Wales, 1870-1914” en *Continuity and Change*, 13, (2), 221-249, 1998.
- Bauzá, J. La protección a la infancia en el Uruguay (1908-1937). Lo que es y lo que debe ser, Montevideo, Consejo del Niño, s/f.
- Berro, R. La protección médico-social de la primera infancia, Montevideo, Imprenta Artística Dornaleche Hnos., 1938.
- Bertino, M., Bertoni, R., Tajam, H.T. y Yaffé, J. 'La larga marcha hacia un frágil resultado (1900-1955)' en *Economía*, I.d. (ed.) *El Uruguay del siglo XX: La economía*, Montevideo, Instituto de Economía, 2001.
- Bertino, M. y Tajam, H. La industria lechera en el Uruguay. DT. Montevideo: Instituto de Economía, Facultad de Ciencias Económicas, 2002.
- Bértola, L., Calicchio, L., Camou, M., Porcile, G. Southern Cone real wages compared: a purchasing power parity approach to convergence and divergence trends, 1870-1996. DT n° 44, Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales, 1999.
- Besio Moreno, Nicolás, Buenos Aires Puerto del Río de la Plata Capital de la Argentina. Estudio crítico de su población 1536-1936, Buenos Aires, Talleres Gráficos Turudi, 1939.
- Birn, A.E., Cabella, W. y Pollero, R. “La mortalidad infantil uruguaya en la primera mitad del siglo XX: un análisis por causas del pasado al presente” en VII Jornadas Nacionales de Estudios de Población (AEPA), Tafi del Valle, 2003.
- Buchanan, William, “La moneda y la vida en la República Argentina” en *Revista de Derecho y Letras*, Buenos Aires, 1898.
- Ciudad de Buenos Aires, Versiones taquigráficas de las Sesiones del Honorable Concejo Deliberante, Período 1885-1945.
- Ciudad de Buenos Aires, Anuario estadístico de la Ciudad de Buenos Aires 1910-1991, Imprenta “El Centenario”, Buenos Aires, 1913.

- Cabella, W. y Pollero, R. El descenso de la mortalidad infantil en Montevideo y Buenos Aires entre 1890 y 1950. I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Caxambú, 2004.
- Colgrove, J. "The McKeown Thesis: a historical controversy and its enduring influence" en *American Journal of Public Health*, 92, (5), 725-729, 2002.
- Coni, Emilio La asistencia pública y administración sanitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, Imprenta de Coni Hnos., 1909.
- Coni, Emilio "Extraordinaria mortalidad de la Primera Infancia en octubre pasado" en *Revista de la Semana Médica*, Año XXIV, N° 47, Buenos Aires, 22-11-1917.
- Cortes Conde, Roberto, Tendencia de la evolución de los salarios reales en Argentina 1880-1910 Resultados Preliminares. Xa. Reunión Anual de la Asociación Argentina de Economía Política, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1975.
- Dellepiane, Manuel "Beneficencia Pública" en Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industrias de la Ciudad de Buenos Aires, 1909, Buenos Aires, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, 1910.
- Dorfman, Adolfo Historia de la industria argentina, Solar/Hachette, Buenos Aires, 1970.
- Ferrer, Aldo, La economía argentina. Las etapas de su desarrollo y problemas actuales. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1968.
- Gutierrez, Leandro H. "Los trabajadores y sus luchas" en Romero J. L. y Romero L. A., Buenos Aires, historia de cuatro siglos, Ed. Abril, Buenos Aires, 1983.
- Gutierrez, L y Gonzalez R. Las condiciones de la vida material de los sectores populares en Buenos Aires 1880-1914. La cuestión de la salud. II Jornadas de Historia de la Ciudad de Buenos Aires, "La salud en Buenos Aires", 1985.
- Langón, M. "Sobre mortalidad infantil en niños menores de un año. Informe del médico del servicio público de Cerro Largo" en *Boletín del Consejo Nacional de Higiene* 22: 73-88, 1927.
- Martinez, Alberto B. "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, 1887, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, 1889.
- Martinez, Alberto B. "Historia demográfica de Buenos Aires" en Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, 1909, Cía. Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires, 1910.
- Mazzeo, Victoria Relaciones entre modernidad, espacio y vida social en Buenos Aires desde fines del Siglo XIX hasta mediados del Siglo XX. (mimeo) FLACSO, 2002.
- Mazzeo, Victoria Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires. 1856-1986. Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N° 440, Buenos Aires, 1993.
- Mazzeo, Victoria La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires. Período 1856-1986. Análisis histórico de su comportamiento y de su inserción en el desarrollo socioeconómico de la ciudad. Tesis de maestría (mimeo), Universidad Nacional de Luján, 1990.
- McKeown, T. The Modern Rise of Population, London, Edward Arnold, 1976.
- Montuelle, Hilario Algunos aspectos de la salud pública y privada porteña en la década de 1880-1890, II Jornadas de Historia de la Ciudad de Buenos Aires, "La salud en Buenos Aires", 1985.
- Oliva, Silvestre La mortalidad infantil en Buenos Aires desde 1898 a 1917, Buenos Aires, 1918.
- Penna, José y Madero, Horacio La administración sanitaria y asistencia pública de la Ciudad de Buenos Aires, Tomo II, Estudio de los servicios de higiene y beneficencia pública, desde la época colonial hasta el presente, Buenos Aires, Imprenta Kraft, 1910.
- Preston, S.H. "Causes and consequences of mortality decline in less developed countries during the twentieth century", en Easterlin, R.E. (ed). *Population and economic change in developing countries*, Chicago, 289-360, 1980.
- Rawson, Guillermo Estadística vital de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Imprenta de La Nación, 1877.
- Rawson, Guillermo Conferencias sobre higiene pública dadas en la Facultad de Medicina de Buenos, 1876.

- Recalde, Héctor "La higiene y el trabajo (1870-1930)" en *El trabajo en Buenos Aires*, III Jornadas de Historia de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1988.
- Recchini de Lattes, Zulema L. *La población de Buenos Aires. Componentes demográficos del crecimiento entre 1855 y 1960*, Buenos Aires, Ed. del Instituto, 1971.
- Reher, D.S. "In search of the "urban penalty": exploring urban and rural mortality patterns in Spain during demographic transition", en *International Journal of Population Growth*, 7, 105-127, 2001.
- Rodriguez, Oscar *La protección social del recién nacido. Bases para una legislación en la República Argentina*, Ed. Aniceto López, Buenos Aires, 1936.
- Schofield, R. y Reher, D. *The decline of mortality in Europe*, en Schofield, R., Reher, D. y Bideau, A. (eds.). *The Decline of Mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press, 1991.
- Sociedad Uruguaya de Pediatría. "La campaña contra las enfermedades diarreicas de verano", en *Archivos de Pediatría del Uruguay*, XVII, (5), mayo, 315-318, 1946.
- Spalding, Hobart, *La clase trabajadora argentina. Documento para su historia 1890-1912*, Ed. Galerna, Buenos Aires, 1970.
- Szreter, S. "The McKeown thesis: rethinking McKeown: the relationship between public health and social change" en *American Journal of Public Health*, 92 (5), 722-724, 2002.
- Vallin, Jacques *Seminario sobre causas de muerte*, Celade, Santiago de Chile, 1988.
- Vallin, J y Nizard, A. *Las causas de defunción en Francia: I-Hacia una tipología simple y homogénea, una aplicación al período 1968-1974, II-Acoplamiento de la séptima y octava revisiones de la Clasificación Internacional, aplicación al período 1958-74*, Santiago de Chile, Celade, 1986 (Traducción de los artículos publicados en *Population* 1978 N° 3 y *Population* 1980 N° 6).
- Veronelli, J.C. y Rodriguez Campoamor N. *La Política Sanitaria Nacional*, *Revista de Salud Pública* 7/8, 1967.
- Veronelli, Juan C. *Medicina, gobierno y sociedad. Evolución de las instituciones de atención de la salud en Argentina*, Ed. El Coloquio, Buenos Aires, 1975.
- Wrigley, E.A. y Schofield, R.S. *The population history of England 1541-1871*, Cambridge, 2° ed., 1989.
- Woods, R., Watterson, P.A. y Woodward, J.H. "The causes of rapid infant mortality decline in England and Wales, 1861-1921", en *Population Studies* 42 (3) 343-366, y 43, (1), 113-132, 1988-1989.