

Auge azucarero, mortalidad y políticas de salud en San Miguel de Tucumán en la segunda mitad del siglo XIX

María Paula Parolo

Daniel Campi

María Estela Fernández

María Paula Parolo es Investigadora Asistente del CONICET y Profesora de la Universidad Nacional de Tucumán.
e-mail: pparolo@herrera.unt.edu.ar

Daniel Campi es Investigador del CONICET y Profesor de la Universidad Nacional de Tucumán.

e-mail: dcampi@ct.unt.edu.ar

María Estela Fernández es Profesora de la Universidad Nacional de Tucumán.

e-mail: marielaf@arnet.com.ar

Una primera versión de este artículo fue presentada en las *XX Jornadas de Historia Económica*, Mar del Plata, octubre de 2006. Los autores agradecen los comentarios de Adriana Álvarez, María Beatriz Ceballos y Raquel Gil Montero. La investigación fue realizada en el marco de proyectos financiados por el Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Tucumán y por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

Resumen

Hasta el presente las referencias sobre los efectos sociales del auge azucarero tucumano de las últimas décadas del siglo XIX, se limitan a relatos realizados sobre la base de diversas y desiguales descripciones de época. Una vía para acceder con más rigor a la problemática es el análisis de la mortalidad a partir de los registros de defunciones de la parroquia La Victoria, cuya jurisdicción comprendía parte del tejido urbano de San Miguel de Tucumán y parte de la campaña circundante, el área de mayor concentración de plantíos cañeros e ingenios azucareros en la época. En este contexto, este artículo pretende reconstruir con tales registros la curva de mortalidad entre 1859 y 1892, detectar los picos de defunciones, identificar sus causas y trazar la evolución del perfil epidemiológico con el objeto de aproximarnos a un indicador social clave para un segmento de la población tucumana con gran concentración de trabajadores azucareros, indagando, asimismo, sobre las políticas públicas referidas a la salud de la población.

Summary

Until present, references about the social effects of the Tucumán sugar boom in the last decades of the 19th century are restricted to the various erratic descriptions of the time. One way to have a more rigorous access to the issue is to analyze mortality rates according to the death certificates from «La Victoria» parish, whose jurisdiction involved part of the urban area of San Miguel de Tucumán and some countryside surrounding. Both were the area with most sugar cane plantations and mills of that time. In this context, the present article aims to reconstruct the mortality curve between 1859 and 1892, in order to detect death peaks, to identify their causes and trace an evolution of the epidemiological profile. Starting from these indicators, the present work aims to approach to a key social indicator for a segment of Tucumán's population with a high concentration of sugarcane workers. The paper also inquires about health-related public policies.

EL PROBLEMA

Las imágenes sobre los efectos sociales de la expansión azucarera en la provincia de Tucumán durante la segunda mitad del siglo XIX, están más dominadas por tópicos impresionistas que por investigaciones específicas relativas a la materia. Aunque en las dos últimas décadas la producción historiográfica que se ocupa de este proceso ha crecido en cantidad y calidad¹, las referencias al tema se limitan a reconstrucciones realizadas a partir de muy diversas y desiguales descripciones que los testigos de época realizaron sobre los niveles salariales, la alimentación, la salud y la vivienda de los trabajadores y sus núcleos familiares.

Naturalmente, predomina sobre la cuestión una visión negativa, pues abundan las evidencias sobre la precariedad y las desfavorables condiciones de vida de los trabajadores azucareros de la segunda mitad del XIX si se las compara con las de la primera mitad del XX. Es lo que se desprende, por ejemplo, del precursor trabajo de Julio P. Ávila². Por otro lado, la responsabilidad compartida del empresariado azucarero y del Estado ante un cuadro sanitario verdaderamente dramático forma parte también de una extendida visión sobre el tema, sustentada en valoraciones de calificados testigos, como Rodríguez Marquina y Bialet-Massé³.

No está claro, sin embargo, si estas condiciones de vida eran preexistentes al auge azucarero o si deben contabilizarse como una de sus facetas más sombrías; si el conjunto de transformaciones que implicó la proletarización masiva de campesinos de subsistencia y comunidades indígenas, afectaron de manera positiva o negativa sus condiciones materiales de existencia.

De todos modos, la visión «pesimista» sobre los efectos sociales de la especialización azucarera tucumana no es congruente con los resultados de una reciente investigación centrada en el siglo XX. En efecto, según Patricia Ortiz de D'Arterio:

«Los estudios realizados sobre el comportamiento de la mortalidad en los complejos agroindustriales durante el siglo XX, revelan la incidencia positiva –directa o indirecta– que la actividad azucarera tuvo en el proceso de descenso de la mortalidad en

¹ Cf. Campi y Bravo, 1999.

² Cf. Ávila, 1904.

³ «[...] salvo alguna muy honrosa excepción, [los industriales azucareros] no sostienen médico ni botica para los miles de brazos que fomentan su riqueza [...]». Paulino Rodríguez Marquina, *Anuario Estadístico de la Provincia de Tucumán 1897*, Buenos Aires, 1898, p. XXX. Bialet-Massé, por su parte, aunque en su informe de 1904 reconoce progresos en la atención sanitaria y en las condiciones generales de vida en algunos ingenios, en otros casos emite al respecto juicios lapidarios. Cf. Campi, 2004.

la provincia [...] En las cuatro primeras décadas del siglo XX, la infraestructura en salud se había incrementado notablemente, de manera tal que mientras en 1897 había solamente dos hospitales y un consultorio médico municipal en toda la provincia, en 1942 había 126 centros asistenciales. El 48% de esos establecimientos se concentraban en los departamentos azucareros y el 22% del total de establecimientos correspondía a hospitales y enfermerías de ingenio»⁴.

Como se ve, la autora pone énfasis en una «malla de contención social» que fueron construyendo el Estado, las empresas azucareras y otras instituciones privadas, la que habría impactado de manera favorable en las condiciones generales de salud de la población tucumana, muy particularmente en la de los departamentos azucareros. No queda aclarado, sin embargo, en qué medida incidieron en estas transformaciones otros factores del desarrollo económico-social, como el nivel de ingresos de los asalariados, los cambios culturales, etc. Pero sí se arriba a una conclusión importante: el desarrollo azucarero no fue incompatible desde las primeras décadas del siglo XX con el control de epidemias, el descenso de la mortalidad y un aumento progresivo de las expectativas de vida de la población tucumana.

La investigación citada sugiere, asimismo, que una buena vía de aproximación a la problemática de la relación entre el auge azucarero y las condiciones de existencia de los trabajadores en la segunda mitad del siglo XIX sería analizar la evolución de la mortalidad en un recorte espacial en el que este sector esté particularmente concentrado.

Es lo que puede hacerse a partir de una fuente hasta el momento no explorada, los registros de defunciones de la parroquia de La Victoria (Iglesia de La Merced), cuya jurisdicción abarcaba la zona este y sur de San Miguel de Tucumán, así como gran parte de los suburbios y de la campaña circundante, el área de mayor concentración de plantíos de caña e ingenios de la provincia en el período que nos preocupa. Si se traza –a partir de tales registros– una curva de mortalidad y se analiza la evolución del perfil epidemiológico, nos aproximaríamos a un indicador social clave del segmento de la población tucumana con mayor concentración de trabajadores azucareros en el período.

Obviamente, para obtener una respuesta que dé cuenta en toda su complejidad a la problemática enunciada, será necesario cotejar los resultados que se obtengan con el comportamiento de la mortalidad en períodos previos, además de la nece-

⁴ Ortiz de D'Arterio, 2007: 55. Cf. también Bolsi y Ortiz de D'Arterio, 2001.

saría comparación con otras áreas de la provincia y de la región. Pero aunque no se esté todavía en condiciones de realizar esos ejercicios, con el estudio puntual propuesto se habrá dado un paso importante en la dirección señalada.

Dos aclaraciones adicionales son necesarias para cerrar este punto. En primer lugar, el análisis de la mortalidad no supone solamente adentrarse en una problemática rica en implicancias. Es también un ejercicio metodológico que exige tener en cuenta una multiplicidad de factores a la hora de explicar los fenómenos. En tanto las enfermedades no se desarrollan en el vacío, los estudios etiológicos deben evaluar la incidencia, en el cuadro de morbilidad de una sociedad determinada, de los factores ambientales, las condiciones socioeconómicas, el clima de ideas sobre la salud pública y las diversas iniciativas para preservarla. En este sentido, esta investigación es una primera aproximación a las numerosas e inseparables relaciones que vinculan los factores económico-sociales con los factores epidemiológicos y a estos últimos con las políticas públicas de salud en San Miguel de Tucumán en la segunda mitad del siglo XIX.

En segundo término y con relación a las fuentes, el curato de La Victoria se creó en 1858 pero entró en funciones al año siguiente, por lo que no se cuenta con registros de los años previos. En 1892, a su vez, los registros descienden abruptamente, ya que a partir de ese año el Registro Civil –recientemente creado– comenzó a llevar las estadísticas vitales de la población. Este reducido marco temporal es sin duda una limitación, pues restringirá nuestro análisis a no más de tres décadas. Pero esto se compensa al comprender, prácticamente, los años de la modernización y primer ciclo expansivo de la industria azucarera tucumana, que la historiografía ha acotado entre 1876, año de la conexión ferroviaria con el litoral, y 1896, cuando acontece la primera crisis de sobreproducción.

EL CURATO DE LA VICTORIA.

PERFIL SOCIO-PRODUCTIVO Y CONDICIONES AMBIENTALES

Como es sabido, las transformaciones productivas y sociales que tuvieron lugar en la provincia de Tucumán en la segunda mitad del siglo XIX fueron profundas. La economía se reconvirtió en torno a la producción de azúcar; se realizaron ingentes inversiones de capital, tanto de origen local como extra-regionales; se expandieron aceleradamente las relaciones salariales; el área productora de caña de azúcar y de localización de los modernizados ingenios se convirtió en un verdadero imán de mano de obra que operó sobre todo el norte argentino, aunque también

captó trabajadores de áreas más lejanas. El epicentro de este proceso fue, en un comienzo, la ciudad capital –único núcleo urbano importante en la provincia– en cuyos suburbios y alrededores se instaló la mayor parte de los «establecimientos de caña-azúcar» o «fábricas de destilación», como se les llamaba a los ingenios azucareros en las décadas de 1850 y 1860⁵.

A lo largo del siglo XIX, el perfil demográfico de la provincia estuvo definido por el aumento constante y sostenido de la población, asociado al efectivo aprovechamiento de los recursos disponibles y en el que se conjugaron el crecimiento natural y los aportes migratorios como elementos constitutivos. El incremento poblacional fue particularmente notable en el período bajo estudio, lo que debe vincularse con la modernización y primer ciclo expansivo de la industria azucarera. En efecto, entre 1858 y 1869 el número de habitantes de la provincia se incrementó de 83.544 a 108.953 y en 1895 alcanzó a 215.742⁶. El centro más poblado era la ciudad capital, San Miguel de Tucumán, que en 1869 tenía 17.438 habitantes y hacia 1895 pasó a albergar alrededor de 34.000. En este contexto se inscribe nuestro análisis del curato de «La Victoria», que implica considerar la magnitud de las defunciones del período en el marco del crecimiento demográfico apuntado⁷.

La ciudad capital estaba claramente demarcada por barrios que diferían por el número y el estatus social y económico de sus habitantes. Descripciones de época advierten sobre la concentración de *pobres* en el este de la ciudad (en rigor, el este y el sur), que con un amplio espacio rural pasó a conformar el curato de La Victoria. La Matriz, único curato hasta la fecha, se habría expandido hacia el noroeste⁸.

El *Eco del Norte*, confirmaba que La Matriz abarcaba de la plaza al poniente y contaba con 15.783 feligreses «[...] en general los más ricos, los propietarios de casi toda la provincia [...]», por lo que contaba con «[...] el mayor o doble número de habitantes más acomodados y con fortunas más pingües que de la plaza al naciente, donde está situado el curato de la Victoria». Este último incluía a 10.373 feligreses

⁵ Cf. Campi, 2002.

⁶ *Primer Censo de la República Argentina 1869*, Buenos Aires, Imprenta el Porvenir, 1872, pp. 492-493; *Segundo Censo de la República Argentina 1895*, Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 1898, p. 517.

⁷ Desde el año 1859 San Miguel de Tucumán (y su jurisdicción de campaña) se hallaba dividida en dos curatos, el de la Iglesia Matriz y el de La Victoria.

⁸ Dip, 1983: 13.

«[...] casi todos gente de campo[...] los más pobres, los peones, los forasteros, la gente de servicio que vivían de su trabajo o de las migajas de sus patrones»⁹.

Las transformaciones impulsadas por el proceso de modernización y expansión de la agroindustria del azúcar en Tucumán fueron múltiples y profundas. Pero la redistribución de los beneficios que deparó la actividad fue limitada. Lo que se conformó con el auge azucarero fue, en realidad, un mundo de contrastes. La tecnología más moderna en el proceso industrial, las locomotoras recorriendo gran parte del territorio, la difusión de exquisitas manifestaciones de la vida burguesa en las residencias de los propietarios de ingenios, acompañaban a la pobreza y a la precariedad de las condiciones de vida de la población trabajadora.

Por la abundancia de agua para riego y por las suaves pendientes que permitían la construcción de acequias a partir del principal colector hídrico de la provincia, el Río Salí, desde muy temprana época el este de la ciudad concentraba las más ricas y productivas chacras y quintas, especialmente en «El Bajo», una planicie de unas 20 cuerdas de ancho que separaba a la ciudad del río¹⁰. En esas quintas y en algunas fincas y haciendas de «La Banda» (el margen oriental del Salí) surgieron los rudimentarios ingenios azucareros que en la década de 1830 lograron abastecer el consumo local del dulce y a comienzos de la de 1840 comenzaron a «exportar» pequeñas cantidades a las provincias vecinas, a Córdoba y Buenos Aires en las épocas de los bloqueos, e inclusive una que otra partida a Chile¹¹.

Es en esa zona (bajo la jurisdicción del curato de «La Victoria», precisamente) en la que se prenunciaban (varias décadas antes de que el proceso se generalizara a casi todo el territorio provincial) las transformaciones que acompañaron a la especialización productiva en torno al azúcar. Un análisis desagregado de las cédulas censales de 1869 del área rural de la Capital, permite advertir que tenía el índice de masculinidad más alto de toda la provincia (113 hombres por cada 100 mujeres); que el 61% de los hombres declaraba como oficio el de peón, incluyendo a los niños; y que el 32,5% de los mismos eran originarios de provincias vecinas, especialmente de Santiago del Estero. Es decir, en el área rural de la Capital se estaba verificando un proceso de acelerada proletarización varios años antes de la llegada del ferrocarril a la provincia (acontecimiento que se asocia con el inicio del «despegue» azucarero),

⁹ *Eco del Norte*, Tucumán, 21/10/1860. La mención a los «forasteros» es una referencia inequívoca a los migrantes atraídos por la expansión del cultivo de la caña de azúcar.

¹⁰ Las numerosas acequias de riego que surcaban este espacio facilitaban la presencia de algunas pandemias, como el paludismo.

¹¹ Cf. Daniel Campi, 2002.

en contraste con el paisaje rural de otros departamentos (Monteros, por ejemplo), en los que la mayoría de los hombres eran definidos como «labradores», categoría socio-ocupacional que hacía referencia no sólo a un tipo de labor, sino a la explotación de la tierra en propiedad, arriendo u otro tipo de tenencia¹².

Con la aceleración de la reconversión productiva que tuvo lugar desde fines de la década de 1870, la concentración de la actividad en el este de la ciudad, en particular en «La Banda», se hizo aún más intensa. Por ejemplo, de los 35 ingenios mencionados en la *Memoria Histórica y Descriptiva de la Provincia de Tucumán*, de 1882, por lo menos 21 estaban en la jurisdicción del curato de La Victoria¹³. Obviamente, la escala de operaciones de estos ingenios era muy superior a la de los ingenios de las décadas de 1860 y 1870. En efecto, según la *Memoria*, en 1881 los dos más importantes establecimientos azucareros de la margen oriental del Salí, La Esperanza y Concepción, contaban con más de 600 y 400 trabajadores, respectivamente, en tiempos de zafra, la abrumadora mayoría peones sin calificación, los que habitaban en su entorno con sus familias¹⁴. En 1889, a su vez, mientras los ingenios «chicos» localizados en la jurisdicción del curato (La Unión, Luján y San Juan) tenían entre 150 y 250 trabajadores cada uno, el plantel promedio de estas fábricas era de 375¹⁵. En consecuencia, en torno a cada ingenio se levantaron desordenados rancheríos, cuyas condiciones de higiene y salubridad alarmaban a los observadores de época. Uno de ellos, Julio P. Ávila, incluía en 1892 una cruda descripción de los ranchos que rodeaban a los ingenios en una visión muy pesimista de la condición del trabajador azucarero tucumano:

«El obrero [tucumano] [...] trabaja con exceso; no es bien pagado; come muy mal; vive en ranchos miserables, como el indio de las pampas o los negros del centro de África, es decir en casuchas construidas con totora, tierra cruda, paja o despunte de caña de azúcar; durante la mitad del año no le es permitido descansar ni aun el día festivo»¹⁶.

Ante este cuadro, era inevitable que los problemas de la salud y enfermedad fueran atribuidos —en gran medida— a las condiciones de vida y de trabajo; y que la difusión de determinadas enfermedades se asociara a la pobreza. Las descripciones

¹² Cf. Campi y Bravo, 1995: 148-153.

¹³ Bousquet et al., 1882: 522-523.

¹⁴ *Idem*, pp. 527 y 530.

¹⁵ Rodríguez Marquina, 1889: 189-191.

¹⁶ Ávila, 1904: 183.

acerca de cómo vivía la «clase pobre» —como la denominaba Rodríguez Marquina—, coinciden en señalar condiciones de vida material nada satisfactorias:

«Consideramos como clase pobre a todas aquellas familias que a duras penas pueden conseguir para comer, vestir, pagar casa etc. un peso diario... Esta es la más abundante porque en ella figuran diez o doce mil familias de peones cuyo jornal del que tiene que proveer a su subsistencia apenas alcanza a la indicada suma»¹⁷.

Refiriéndose al «humilde rancho», Rodríguez Marquina refiere que «falta la higiene por completo, faltan muebles que correspondan al jornal que gana»¹⁸. Y aunque algunas empresas azucareras comenzaron a fines de la década de 1880 a construir viviendas de material para sus obreros permanentes, en la primera década del siglo XX, muchas de ellas fueron caracterizadas por Biale-Massé como «verdaderas pocilgas, estrechas, bajas, permeables, sin galerías»¹⁹.

En cuanto a la jornada laboral (la «brutal» jornada de 12 horas, «inhumana» y «bárbara» de Biale-Massé)²⁰ y a las condiciones de trabajo, las descripciones no eran menos descarnadas, sobre todo por la intensidad de las tareas y el escaso tiempo de descanso que se otorgaba a los trabajadores, aunque estas características no eran exclusivas de la agroindustria azucarera, sino comunes a todas las actividades productivas de la provincia.

Los observadores consideraban también que el clima era una de las causas por las que muchas enfermedades se convirtieran en epidemias y resultaran muy difíciles de controlar. Así, el poblador tucumano estaba expuesto a persistentes dolencias causadas por el calor y la humedad, a lo que había que sumar la mala alimentación y un estado general sanitario deficiente. Es que efectivamente la ciudad era un permanente foco de infecciones y enfermedades, potenciado por el hacinamiento y la falta de higiene, situación que se mantendría —a pesar de algunos avances— a lo largo de todo el siglo XIX. La falta de hospitales y médicos permanentes resultaba, a su vez, un factor importante para la no resolución de los cuadros endémicos y

¹⁷ Rodríguez Marquina, 1899: 62.

¹⁸ Ídem, pp. 53, 62, 63.

¹⁹ Biale-Massé, 1985.

²⁰ Ídem, p. 774.

la rápida propagación de las enfermedades infectocontagiosas²¹. Al respecto, un viajero destacaba:

«El clima de Tucumán es húmedo y caluroso. La neumonía adinámica y las fiebres intermitentes, son las enfermedades más comunes. La tenia es endémica. No faltan las disenterías, las afecciones al hígado y los trastornos variados del estómago y del intestino, comunes a los países tropicales [...] La sífilis se complace especialmente en arrebatarse a sus víctimas los huesos de la nariz. A lo largo del río Lules se observa endémico el bocio»²².

Para la visión de la época, los factores culturales y la carencia de elementales servicios públicos no eran menos determinantes. Rodríguez Marquina consideraba, al explicar la elevada mortalidad infantil, que además de una alimentación inadecuada o deficiente era menester responsabilizar a la ausencia de hábitos de higiene alimenticia en la mayoría de la gente pobre y aun en los sectores acomodados; la falta de dedicación de las madres por excesivo trabajo o por ignorancia; la existencia de viviendas deficientes como el «insalubre o inmundo conventillo»; la falta de agua potable, etc. Frente a esta diversidad de situaciones consideraba necesarias, entre otras medidas, la higienización de la ciudad, la creación de hospitales, la instalación de médicos en la campaña y la instrucción a las madres para el cuidado de sus hijos a fin de transmitir los beneficios de la higiene, aun en los casos de extrema pobreza.

En suma, en toda la primera mitad del siglo XIX las condiciones sanitarias en Tucumán presentaban serias deficiencias, siendo la higiene un aspecto poco contemplado por la gestión municipal. Respecto al estado de la ciudad —presentado como «un verdadero foco de infección» y en el que no se cumplían los «preceptos higiénicos»—, los problemas más visibles eran las aguas estancadas, las calles intran-

²¹ Este problema fue una constante durante toda la primera mitad del siglo XIX, así como la propagación de curanderos en toda la provincia, cuyo accionar preocupaba a las autoridades, aunque recién en 1863 se reglamentó la creación de un Tribunal de Medicina para controlar el ejercicio de la misma. Más allá de la creación momentánea de «hospitales circunstanciales» para asistir a heridos de guerra o enfermos por epidemias, hasta la década de 1880 no existió en la provincia un «hospital-institución», ya que el hospital para mujeres administrado por la Sociedad de Beneficencia en 1874 y que funcionaba con subvenciones oficiales era más bien una casa-asilo destinada a acoger a los necesitados y enfermos. El mismo carácter tendría el hospital «Mixto», creado en 1883.

²² Mantegazza, 1916.

sitables en épocas de lluvias, la acumulación de basuras, la falta de infraestructura sanitaria²³. En el ámbito específico referido a la salud de la población, existía sólo un hospital, ubicado en la ciudad capital y destinado a enfermos pobres; seis profesionales médicos para toda la provincia, dos parteras y 55 curanderos –seis en Capital y 49 en el resto del territorio provincial–, cifras que reflejan la falta de atención profesional de las enfermedades²⁴.

CONSIDERACIONES SOBRE LAS FUENTES

El primer obstáculo que se presenta al abordar un estudio sobre mortalidad en un período pre-estadístico es la falta de rigurosidad y la cuestionable calidad de la información recogida en los registros parroquiales. Dos son las falencias más evidentes de los mismos: el tardío e incompleto relevamiento de las defunciones de párvulos y el déficit respecto a la información sobre causas de muerte²⁵. Para el caso de Tucumán, estas dificultades se profundizan en la medida en que no disponemos de fuentes alternativas como libros de visitas a parroquias o archivos hospitalarios para suplir las falencias de los registros eclesiásticos.

En términos generales, la calidad de los registros parroquiales como fuente documental (considerando el número de variables que a partir de ellos pueden inferirse, su fiabilidad, homogeneidad, comparabilidad, etc.), depende de los criterios utilizados para su registro, del mayor o menor celo que ponían en la tarea los curas párrocos o los encargados de llevar los libros, de su estado de conservación, etc. La gran variabilidad en la calidad de la información es –por otra parte– una natural consecuencia de la circunstancia de que no se trataba de un tipo de registro con fines estadísticos o fiscales, razón por la que quienes confeccionaban los libros gozaban de un gran margen de libertad para decidir qué datos importaban asentar y cuáles eran irrelevantes.

Así, en la fuente utilizada, el número de variables que se pueden inferir (su mayor o menor complejidad) está en función de los criterios, la prolijidad y el nivel de sistematización de la información con los que cada uno de los curas párrocos y/o encargados llevaron los libros. Las esporádicas visitas y los controles de las autoridades eclesiásticas ajustaban, de tanto en tanto, los criterios a seguir para el registro

²³ Bousquet et al., 1882: 565.

²⁴ *Primer Censo de la República Argentina 1869*, op. cit., p. 507.

²⁵ Bernabeu Mestre, 1995.

de nacimientos y defunciones, homogeneizando y haciendo más comparables los mismos. Pero ello no evitó que en determinados años sólo se asentaran datos básicos (fecha del deceso, nombre, sexo y edad de los difuntos), mientras que en otros se incorporara un espectro más amplio de variables, como la procedencia (lugar de nacimiento), la causa de la muerte, la condición de hijo natural o legítimo (en el caso de los niños), el estado civil (en los adultos), la profesión y la «clase» («ínfima», «media» y «alta»). Como fácilmente puede deducirse, esta diversidad de criterios en las anotaciones dejó en las fuentes grandes vacíos de información.

Pero estos defectos en los registros respondieron también a otros factores. Es sabido que las muertes, sobre todo las de los recién nacidos, no siempre eran comunicadas a las autoridades eclesiásticas. Asimismo, muchas de las enfermedades consideradas «vergonzantes» eran ocultadas y se omitían. Por tanto, los decesos que ocasionaban se declaraban como provocados por otra enfermedad o se decía desconocer la causa de muerte. A todo esto se suma la gran extensión que abarcaban los curatos, que debían cubrir los curas párrocos responsables. Las grandes distancias, las deficiencias de las vías de comunicación, la falta de medios de movilidad y los prejuicios de la población contribuían a que cierto porcentaje de las muertes no hayan sido declaradas. La modalidad de salir a recorrer periódicamente los «pagos», implementada por los curas párrocos para relevar los datos de nacimientos y muertes, no garantiza que los sub-registros sean menores. Además, durante los picos de mortalidad (que coincidían con brotes epidémicos) se acentuaba esta deficiencia: ocultamiento de enfermos, cremación de cadáveres, entierros colectivos, emigración de los lugares de mayor contagio, etc. Todo ello contribuía a subestimar en los registros el real número de decesos²⁶.

A las dificultades surgidas por la diversidad de criterios de registro y por el sub-registro, se suman las de las «expresiones diagnósticas», que nos informan de posibles causas de enfermedad y muerte pero que están hablando, en realidad, del factor inmediato del deceso y no de los auténticos determinantes del mismo. Al desafío de reconstruir los eslabones de toda la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte se agrega, además, la dificultad de que las expresiones diagnósticas de las causas de muertes no provenían de una certificación facultativa, sino de quién

²⁶ Estos tipos de sub-registros son insalvables. Tal vez las estimaciones de contemporáneos volcadas en otras fuentes puedan contrarrestar las omisiones en las estadísticas vitales de población registradas en los libros de defunciones. Tal es el caso de la epidemia de cólera que padeció Tucumán en el verano de 1886-1887, brote que provocó estragos en la provincia pero que no quedó registrado en los libros parroquiales en su real magnitud.

denunciaba el deceso y del párroco que lo asentaba en los libros correspondientes. Es decir, nos hallamos ante términos que formaban parte de la «patología popular» resultante de la utilización de conceptos que circulaban con anterioridad a la medicina científica. Para completar el cuadro de dificultades, debemos tener en cuenta que estas expresiones diagnósticas no se mantuvieron constantes sino que fueron modificándose a través del tiempo. De allí que encontremos una misma causa de muerte bajo expresiones diagnósticas diferentes²⁷.

A estas limitaciones hay que agregar una adicional que plantea un gran problema metodológico. Los Registros Parroquiales corresponden a un recorte territorial impreciso. Sobre el mismo sólo sabemos que en 1859 abarcaba «desde la calle de la Iglesia Matriz hacia el Este hasta el camino que lleva a Santiago»²⁸, por lo que no se corresponde con los límites políticos y administrativos de una provincia organizada en departamentos. En consecuencia, al no poder conocer el total de habitantes del curato durante la etapa de estudio no es posible calcular la evolución de la tasa de mortalidad en el período intercensal 1869-1895, ya que los censos registraron los datos por departamento.

Se podría partir del año 1860 en el que, según el párroco, el curato comprendía 10.373 feligreses. Sin embargo, para los años posteriores no se dispone del total de población, ya que en 1869 el curato abarcaba la mitad de la superficie de la ciudad capital y lo que en el Primer Censo Nacional se registró como «capital rural». En 1895, a su vez, mientras su jurisdicción comprendía la misma porción de la Capital que en 1869, lo que antes era «capital rural» pasó a ser el departamento de Cruz Alta, creado en 1889. Ante estas imprecisiones, no hay método razonable para estimar el número de habitantes del Curato sin grandes márgenes de error. Por ello es que se tomó la decisión metodológica de trabajar con los totales de defunciones por año y con el peso relativo de cada uno de ellos sobre el total de defunciones con el fin de valorar la evolución del fenómeno. Con tales datos se podrá mensurar de alguna manera la intensidad de los «picos» de mortandad recurriendo al índice de Dupaquier.

²⁷ Pérez Moreda, 1980.

²⁸ Dip, 1983: 13.

LA MORTALIDAD

Análisis de la cantidad de muertes por año

El relevamiento de las defunciones asentadas en los libros de la Iglesia de La Victoria entre 1859 y 1892 arrojó un total de 14.788 registros (cuadro 1). En los años 1862, 1871, 1878, 1882, 1883 y 1884 se advierten picos de entierros que estarían hablando de incrementos en la mortalidad²⁹. Aplicando el índice de Dupaquier obtuvimos que las alzas de 1871 y 1878 corresponden a una sobremortalidad de magnitud media (con índices de 3,3 y 3,2, respectivamente); la de 1882 (con un índice de 4,4) fue de intensidad fuerte; mientras que las de 1883 y 1884 marcaron una intensidad menor (con índices de 1 y 1,8).

Los datos volcados en el cuadro 2 permiten explicar parcialmente las causas de los mencionados picos. De su lectura se desprende que en 1871 la viruela, la «fiebre» y la neumonía fueron las patologías responsables del incremento de defunciones. En 1878 se repiten las dos primeras pero la neumonía dejó paso a otra enfermedad identificada en los registros como «inflamación». En el año 1882 se produjo un alza generalizada de muertes entre las que se destacan –además de la fiebre y la neumonía ya presentes en los picos anteriores– las causadas por sarampión, disentería y tétano. En 1883 se mantiene el esquema epidemiológico del año anterior con el aporte de un nuevo brote de viruela y la disminución del sarampión. Por último, 1884 es un año signado nuevamente por la viruela y la fiebre.

Por otra parte, se han detectado fenómenos climáticos –con fuerte y negativa incidencia en la economía– que ayudarían a explicar la magnitud que alcanzan las defunciones en determinados años. Respecto del pico de mortalidad registrado en 1878, las fuentes periodísticas dan cuenta de que fue un año muy malo para la industria azucarera por una combinación desfavorable de factores. Habiéndose salvado la mayor parte de los cañaverales de los fuertes temporales del verano, fueron afectados por intensas heladas a fines de junio y principios de julio³⁰. La

²⁹ Si bien en 1862 se observa un alza de defunciones, su intensidad respecto a las alzas posteriores no fue tan significativa. La misma se habría producido por un brote de viruela en un contexto de «crisis profunda» de la economía tucumana, consecuencia de la parálisis comercial que ocasionó la guerra de la Confederación Argentina con la provincia de Buenos Aires (1860-1861). Factores climáticos, asimismo, determinaron la muy mala zafra azucarera de ese año. Sobre la crisis, cf. Sánchez Román, 2005: 43 y ss; sobre la zafra de 1862, cf. Hutchinson, 1945: 244-245.

³⁰ «Las cosechas de caña azúcar que prometían ser abundantes, alcanzarán apenas a la tercera o cuarta parte de lo que se esperaba. La caña azúcar ha sufrido considerablemente; y según datos que tenemos, por lo menos tres canutos han sido inutilizados por la baja temperatura», *El Argentino*, Tucumán, 04/07/1878.

situación se complicó más con un inusual aumento de la temperatura que siguió a las heladas, lo que redujo notablemente el contenido de sacarosa de las plantas³¹. A fin de año la prensa informaba que «Una gran parte de estas plantas [la caña de azúcar] ha sido destruida por la langosta»³². Obviamente, esto habría afectado la cosecha de 1878.

Asimismo, en el marco de una gran expansión de los cultivos de caña y de una febril instalación de nuevas maquinarias e incluso de ingenios importados «llave en mano», 1884 fue un año de «fuertes y repentinas heladas». Éstas, junto a los altos fletes de ferrocarril y a serios problemas en su servicio, «agran la crisis de la industria», según el periódico *La Razón*³³. Por otro lado, la prensa también llamaba la atención sobre los negativos efectos que ocasionaba la especialización de la economía provincial en torno al azúcar: «La vida en Tucumán es hoy sumamente cara: lo es tal vez más que en Buenos Aires [...] lo que con mayor carácter de gravedad se nos presenta desde este punto de vista es que hasta los artículos de primera necesidad nos vienen de afuera: haciendas de Córdoba y Entre Ríos, harinas de Santa Fe y San Juan, arroz de la Carolina y ¡hasta el maíz! nos es importado de Santa Fe, mientras toda nuestra actividad industrial hállase concentrada en la industria sacarina [...]»³⁴. Ello habría incidido en la capacidad adquisitiva de los trabajadores, cuyo salario real (por lo menos, los de los peones azucareros) habría descendido un 10% entre 1881 y 1884³⁵. La coincidencia entre coyunturas desfavorables para la principal actividad económica de la provincia y picos de mortalidad es significativa y podría considerarse otra expresión de la gran vulnerabilidad (entendida ésta como la «incapacidad social para adaptarse o mitigar el daño que causa un fenómeno»)³⁶ de la población frente a las enfermedades, potenciada en años críticos por falta de trabajo y/o descenso de los salarios reales.

³¹ «La caña de azúcar ha entrado en descomposición en muchas partes y el resultado de las cosechas será pequeño en relación al de años anteriores. Con los calores que han comenzado a producirse, irá en aumento aquella descomposición [...]», *El Argentino*, Tucumán, 06/08/1878.

³² *La Razón*, Tucumán, 20/12/1878.

³³ *La Razón*, Tucumán, 17/07/1884.

³⁴ *El Orden*, Tucumán, 22/11/1884.

³⁵ Campi, 2004: 121.

³⁶ García Flores, 2008.

Clasificación y análisis de las causas de muerte

Como dijimos en páginas precedentes, la determinación de la causa de muerte es, tal vez, el dato registrado con menor precisión y fiabilidad. Es habitual encontrar consignada como causa de muerte el síntoma observado por quién denunciaba el deceso, el que a su vez, era volcado en los libros con la terminología particular de quién lo asentaba. De este modo aparece ante nosotros una gran diversidad de patologías que pueden remitir a una misma enfermedad (chucho, fiebre, paludismo/ de repente, acelerada, del corazón/ disentería, diarrea, cólera/ neumonía, pulmonía, de costado). Esta heterogeneidad de expresiones diagnósticas para referirse a determinadas enfermedades presenta una doble dificultad: por un lado, determinar a qué enfermedad está aludiendo cada una de esas patologías; por otro, seleccionar los criterios de clasificación de las mismas.

Sobre estos últimos existen diversas propuestas de agrupamientos. Se pueden adoptar criterios fisiológicos o patológicos (propuesta de clasificación de enfermedades de la OMS)³⁷; contemplar el grado de evitabilidad (evitables, no evitables)³⁸; distinguirlas según sus orígenes (enfermedades perinatales, de la pobreza, de la riqueza)³⁹; agruparlas según la vía de adquisición de las afecciones (transmisibles, no transmisibles, perinatales)⁴⁰ o una combinación de las anteriores, desagregando grandes grupos de causas (transmisibles, neoplasmas, del aparato circulatorio, condiciones originadas en el período perinatal y causas externas)⁴¹.

Los cuadros 3 y 4 presentan, con un alto grado de desagregación, el panorama de las causas de muerte halladas en los registros. De su lectura se desprende que las enfermedades infecto contagiosas provocaron casi el 35% de las defunciones del período. Dentro de este grupo la «fiebre» o «chucho» –que si bien se trata de un síntoma y no de una enfermedad, es inherente a procesos infecciosos– y la viruela encabezan la lista, seguidas por las enfermedades del aparato respiratorio –especialmente la neumonía–. Un importante porcentaje corresponde a síntomas

³⁷ Tomando, por ejemplo, la clasificación propuesta por la OMS en 1999, las enfermedades pueden clasificarse en infecto contagiosas, degenerativas, glandulares o endocrinológicas, de la sangre, mentales, del sistema nervioso, del sistema circulatorio, del aparato respiratorio, del aparato digestivo, del aparato genito-urinario, complicaciones del parto-puerperio, de la piel, del sistema óseo-muscular, congénitas, morbilidad perinatal, síntomas y estados mal definidos, accidentes-violencia.

³⁸ Taucher, 1978.

³⁹ Mc Keown, 1990.

⁴⁰ García Quiñones, 1998.

⁴¹ Bolsi y D'Arterio, 2001.

y enfermedades mal definidas, entre las que la «inflamación»⁴² ocupa un lugar importante. En el resto de las enfermedades causantes de muerte predominaban las del sistema circulatorio.

Un nivel menor de desagregación (cuadro 5) permite advertir que la estructura de las causas de muerte responde a un perfil pre-transicional con predominio de enfermedades infecto-contagiosas y enfermedades mal definidas.

La fuerte presencia de enfermedades infecto-contagiosas que rápidamente se transformaban en epidemias responde, sin duda, a carencias primarias y elementales en las condiciones de vida y a la precaria situación sanitaria: falta de agua potable, poca atención prestada a la higiene en la ciudad, insuficiencia de hospitales, hacinamiento de familias trabajadoras en viviendas precarias, casi absoluta recurrencia a prácticas curativas populares y al curanderismo, etc. Por otro lado, la alta imprecisión en la definición y reconocimiento de enfermedades que provocaban las muertes se explica por el escaso desarrollo de la medicina profesional y la precaria infraestructura sanitaria, elementos indisolublemente vinculados.

El caso paradigmático que grafica lo afirmado anteriormente es el de la viruela (responsable de casi el 9% del total de las defunciones del período). La recurrencia de esta enfermedad permite inferir que se trataba de una endemia que, periódicamente, se convertía en epidemia inducida por el empeoramiento de las condiciones de vida y salubridad del momento. Pese a que ya en 1721 se conocían formas de evitar el mal (la variolización); que entre 1805 y 1810 se implementaron medidas de vacunación en casi todas las jurisdicciones del Río de la Plata y que a partir de 1871 la aplicación de la vacuna se hizo obligatoria en Tucumán, esta enfermedad siguió cobrando muchas vidas hasta fines del siglo XIX. No existe otra respuesta más que la inexistencia de políticas sanitarias, la precaria infraestructura urbana y la resistencia de gran parte de la población a abandonar las prácticas curativas tradicionales, como se analizará más adelante.

Si bien las enfermedades no transmisibles provocaron más del 20% de las defunciones, la mayor parte de ellas (neumonía, ataques al corazón, indigestión, «sobrepeso») se derivaban del padecimiento de alguna patología infecciosa o de las deficiencias sanitarias de la época. Mientras que las enfermedades «provocadas

⁴² Si bien no es posible identificar con certeza de qué patología se trata, el síntoma de la inflamación es propio de la enfermedad –actualmente endémica en todo el norte argentino del llamado «mal de Chagas». La misma, transmitida por el insecto popularmente conocido como «vinchuca», provoca el aumento de tamaño de algunos órganos internos (corazón, bazo e hígado) lo que ocasiona la distensión del abdomen y ofrece el aspecto de «hinchado» (Cartwright, 2005: 198).

por el hombre» o por el medio ambiente (propias del estadio pos-transicional como cáncer, accidentes cerebro-vasculares, genéticas, violencia) ocupan un porcentaje poco relevante, no sólo por su poca incidencia en el perfil epidemiológico del período, sino también por el sub-registro producto del desconocimiento y falta de identificación de las mismas.

Análisis de las defunciones por edad

Otra de las características de la mortalidad en sociedades en estadios pre-transicionales es el elevado porcentaje de muertes en edades jóvenes. Efectivamente, para el caso bajo estudio se cumple esta premisa. De las 14.788 muertes registradas, 8.542 (57,8%) corresponden a menores de 14 años («párvulos» para la época) y 5.946 (40,3%) a adultos. Del resto no se tienen datos (cuadro 6)⁴³.

Pero, como se observa, la relación entre ambos porcentajes tiene gran variabilidad. Justamente en aquellos años señalados como de sobremortalidad las diferencias entre muertes de niños y de adultos se profundizan. Si bien en los picos registrados en 1871 y 1883 las diferencias entre la mortalidad infantil y la adulta no es tan pronunciada (54% y 59,8% de párvulos / 46% y 40,2% de adultos, respectivamente); en 1878, 1882 y 1884 las defunciones de menores de 14 años rondan el 70%. Sin duda, además de tratarse del segmento de la población más vulnerable y por lo tanto más propenso a contraer las enfermedades infecciosas, la mayor cantidad de defunciones de infantes puede explicarse por el perfil epidemiológico del período. En efecto, en éste se observa la preeminencia de enfermedades propias de la infancia como el sarampión (mortal en la niñez, no así en la adultez), el tétano (por la falta de asepsia en el corte del cordón umbilical) y la viruela (durante el siglo XIX se convirtió en una enfermedad infantil ya que la población adulta que sobrevivía a un brote se encontraba inmunizada frente a un nuevo contagio)⁴⁴.

En la población adulta, en cambio, predominaron las afecciones respiratorias (neumonía o de costado), las cardiovasculares (muerte repentina) y los accidentes (heridas). El análisis desagregado por grupos etarios manifiesta otras particularidades del fenómeno (cuadros 8 y 9).

De los datos volcados en los cuadros 8 y 9 se desprende que la mortalidad infantil era casi en un 85% de niños entre cero y cuatro años, lo que estaría indicando

⁴³ En el 2% restante de las defunciones (300 registros) no se indicó la edad.

⁴⁴ Viglione, García y Astiz, 1998.

que el 50% del total de las defunciones registradas en el período correspondieron a esta franja etaria, mientras que el 50% restante incluía al amplio segmento de población mayor de cinco años.

Sin duda, los datos confirman el hecho de que la población infantil era la más vulnerable ante las enfermedades, especialmente frente al perfil epidemiológico de la época en el que, como se analizó en apartados anteriores, predominaron las enfermedades infectocontagiosas que encontraban en los sectores más débiles de la sociedad sus principales víctimas.

Defunciones por sexo

Del total de defunciones registradas el 46% corresponde a mujeres y el 54% a hombres. A excepción de las muertes vinculadas al embarazo y al parto –inherentes a la población femenina– y los accidentes –casi exclusivas en los hombres–, la mayoría de las enfermedades afectaron a ambos sexos casi en la misma medida (fiebre, viruelas, inflamación, sarampión, tétano, indigestión, falta de desarrollo). (Cuadro 10)

Sin embargo, la disentería y la muerte repentina muestran una mayor incidencia en la población masculina, lo que podría explicarse quizás por las duras condiciones de trabajo de los hombres expuestos a intensas jornadas laborales bajo el tórrido sol tucumano y una alimentación que, como ya se ha descrito, era insuficiente y poco balanceada, sumado a la ingestión indiscriminada de agua extraída de pozos o ríos que, sabemos, eran los vectores de transmisión de numerosas enfermedades.

El cólera. Epidemia y sub-registro

Muchas veces las afirmaciones sin sostén estadístico, presentes en testimonios literarios o periodísticos, no son siempre confirmadas por las fuentes cuantitativas. Tal es el caso de la epidemia de cólera de 1886-1887 que no aparece registrada en los libros de defunciones de ninguno de los dos curatos de la capital (Rectoral, bajo la jurisdicción de la Iglesia Matriz o Catedral; y La Victoria, bajo jurisdicción de la Iglesia La Merced). (Cuadro 11)

Sin embargo, no puede ponerse en duda la envergadura de la epidemia del cólera de 1886/1887 en Tucumán. Su magnitud quedó registrada en la cifra de 4.787 muertos, según el «Informe de la Comisión de Salud Pública de la Nación sobre el cólera en las provincias del norte», aunque esta fuente merece algunos comentarios.

En primer lugar, los datos fueron recogidos por personal médico, practicantes

y enfermeros a cargo de cuatro lazaretos que se establecieron en la Capital y que funcionaron durante la epidemia. Si bien el informe de cada lazareto era firmado por el médico responsable, en el registro de las muertes intervenían personas con criterios no homogéneos. Algunos llevaron estadísticas muy prolifas y detalladas; otros fueron más elementales e, incluso, no abarcaron el tiempo completo que duró la epidemia. Por otro lado, los datos que incluye el informe eran los levantados por el «jefe de sepultureros» en el enterratorio creado especialmente para sepultar a los fallecidos a causa del cólera, y no contemplan a quienes se enterraban en el cementerio común. Tampoco computa el informe los cadáveres inhumados fuera de los cementerios. No hay certeza, además, que se hayan tenido en cuenta los cadáveres encontrados insepultos en el área rural (hay denuncias en la prensa sobre esto). Por último, no había manera de llevar un registro fiable del número de enfermos que se atendían y morían en sus domicilios. Los apuntes médicos eran deficientes en estos últimos casos. En otros, los decesos no eran denunciados.

POLÍTICAS DE SALUD

La creación del Tribunal de Medicina en 1863 marca una fase incipiente en lo que podríamos denominar «políticas de salud» en la provincia de Tucumán, en la medida en que fue el primer organismo destinado a dictar medidas de salubridad pública, inspeccionar boticas y locales y controlar el ejercicio de la profesión médica y para evitar la propagación del curanderismo⁴⁵. De manera complementaria, el gobierno municipal, constituido en 1868, fue implementando ordenanzas referidas a la higiene de la ciudad tales como el control de basura, limpieza de calles, plazas y mercados e inspecciones sobre el estado de las casas⁴⁶. En lo relativo al control específico de enfermedades, prácticamente no se establecieron –hasta fines de los 60– medidas concretas, salvo las de tipo preventivo que se adoptaron frente a la existencia de cólera en el litoral en 1867 –que llegó a Tucumán al año siguiente, llamado del «cólera chico» por su escasa magnitud–, las que confluyeron en la creación de una comisión sanitaria para controlar la salubridad, los domicilios, los enterratorios, la mensajería y los carruajes⁴⁷.

⁴⁵ El Tribunal de Medicina, creado por un decreto del gobierno provincial, pasó a funcionar en el ámbito de la municipalidad de la capital a partir de en 1868. *Compilación ordenada de leyes, decretos y mensajes de la provincia de Tucumán*, vol. III, 1863, p. 93.

⁴⁶ *Digesto Municipal*, años 1868-1882, t. I, Tucumán, Ed. Oficial, 1924, pp. 412-416.

⁴⁷ *Compilación ordenada de leyes*, op. cit, vol. III, pp. 426-427.

Si intentamos relacionar los años de picos de mortalidad –1871, 1878, 1882, 1883 y 1884– con la emergencia de estrategias de salud por parte del Estado, notamos que no hubo una correspondencia directa, salvo excepciones, con los mecanismos que fueron implementándose. No obstante, la incidencia de determinadas enfermedades en la salud de la población y los altos niveles de mortalidad fueron marcando puntos de inflexión en la percepción del Estado y de la sociedad respecto a las cuestiones de salud, en especial en situaciones de fuerte impacto como ocurrió con la epidemia de cólera de 1886-87.

En nuestro examen de las causas de muertes, se vio que en el período estudiado predominaron las enfermedades infectocontagiosas, relacionadas con las malas condiciones de vida y la falta de infraestructura sanitaria; y que una de las patologías que provocó mayores índices de mortalidad fue la viruela, para la cual existía un método eficaz y probado, la vacuna antivariólica. En Tucumán, desde 1871 debía practicarse desde los dos meses de edad, y para los adultos –padres o tutores– que no cumplieran la ordenanza se prevenían multas⁴⁸. Sin embargo, la incidencia de la viruela en la mortalidad se mantuvo debido a los problemas para implementar su aplicación en forma masiva por la resistencia que generaba en los sectores más pobres –por ignorancia o temor–, y por las dificultades para hacer extensivo su uso en las zonas de la campaña. Estos factores, que en los hechos hacían que gran parte de la población estuviera indefensa, llevaron a que casi dos décadas después se dictara un decreto reiterando la obligatoriedad, dado que la vacunación seguía siendo parcial y limitada.

Fue la repetición de brotes epidémicos –como el de 1890, que no aparece en los registros analizados– lo que promovió la intensificación de las campañas de vacunación domiciliaria y la adopción de medidas complementarias –formación de comisiones de ayuda, cierre de escuelas en la ciudad, impresión de folletos explicativos sobre la enfermedad y hábitos de higiene–, junto con el aislamiento de los enfermos en lazaretos o casas para variolosos. Estos se establecían en forma circunstancial y eran necesarios en la medida en que el hospital de la ciudad no contaba todavía con una sala para enfermedades infectocontagiosas⁴⁹. Hacia 1892, un nuevo organismo, el Conservatorio de Vacunas –que actuaba en conexión con

⁴⁸ *Digesto Municipal*, op. cit., p. 418.

⁴⁹ De acuerdo a reglamentos vigentes, si bien establecían «recibir y curar los enfermos pobres, sin distinción de nación, condición, ni religión»; había enfermos «excluidos», que no eran admitidos en el hospital ni recibían atención médica, como los casos de enajenados mentales y ataques de enfermedades infectocontagiosas, *Digesto Municipal*, op. cit., p. 35.

el Departamento Nacional de Higiene—, completó las iniciativas estatales respecto a las formas de enfrentar la viruela y, según algunas fuentes, hacia fines de siglo su virulencia había menguado⁵⁰.

Una nueva fase en el desarrollo de las «políticas de salud» en Tucumán puede señalarse a partir de la epidemia de cólera de 1886-1887, que promovió cambios en la posición del Estado respecto a las cuestiones de salud y una conciencia diferente que llevó a ampliar en los años siguientes la infraestructura sanitaria de la provincia.

Las iniciativas estatales incluyeron en un primer momento —al conocerse las noticias sobre los casos de cólera en Buenos Aires y Rosario—, medidas de tipo preventivo, con el objetivo de evitar la introducción y desarrollo de la enfermedad, que abarcaban desinfecciones de establecimientos públicos y casas particulares, prohibición de reuniones o hacinamiento de personas, inspección de alimentos, entre otras. Una vez declarada la epidemia las modalidades adoptadas acentuaron el control, las prohibiciones y el aislamiento, con disposiciones orientadas a detectar casos de cólera a través de inspecciones de domicilios —a cargo de la Policía de Higiene del Municipio— y de los exámenes e informes de los médicos del Hospital Mixto sobre casos sospechosos⁵¹. Por otro lado se prohibió la inhumación de cadáveres en el Cementerio Municipal por el aumento de las defunciones generadas por la epidemia, determinándose un enterratorio en la Quinta Agronómica⁵² y se implementó el mecanismo de aislar a los enfermos, para evitar el contagio y lograr su curación, creándose cuatro lazaretos que contaban con servicio médico completo⁵³. A los esfuerzos del gobierno provincial, que creó un nuevo organismo para enfrentar la epidemia —la Junta de Asistencia Pública—⁵⁴, se sumaron los de una Comisión Nacional de Auxilios en relación con el gobierno nacional —que envió médicos, practicantes, enfermeros, medicamentos, desinfectantes y víveres— y los de diferentes sectores de la sociedad civil, que colaboraron en la asistencia de los enfermos⁵⁵.

La magnitud de la epidemia visibilizó numerosos problemas relativos al sistema urbano y a los servicios de salud y llevó a incrementar las iniciativas de los

⁵⁰ *Digesto Municipal*, op. cit., t. XVI, p. 284.

⁵¹ *Digesto Municipal*, op. cit., t. XVI, pp. 279-281.

⁵² *Digesto Municipal*, op. cit., t. XVI, pp. 281-282. La «Quinta Agronómica», ubicada en la zona sur de la ciudad, era un anexo de una escuela de agricultura dependiente del gobierno nacional.

⁵³ *Aráoz*, 1887: 8-9.

⁵⁴ Estaba integrada por profesionales médicos y sus funciones eran de inspección, control de higiene, servicios permanentes de farmacia, médicos y enfermeros. *Compilación ordenada de leyes*, op. cit., pp. 402-405.

⁵⁵ *Compilación ordenada de leyes*, op. cit., p. 414.

poderes públicos en los años siguientes. En el plano institucional, la creación del Consejo de Higiene Pública y la incorporación de nuevas salas y servicios en el hospital público fueron los cambios más significativos. En relación a la prevención y control de enfermedades, se elaboraron ordenanzas obligatorias para los casos de infectocontagiosas y desinfecciones y se intensificaron las campañas de higiene pública. Asimismo, la reglamentación del ejercicio de la medicina y demás ramos del «arte de curar» persiguió contrarrestar el curanderismo y reforzar los criterios científicos en la atención de los enfermos⁵⁶.

Uno de los proyectos que se reactivaron al concluir el cólera fue el de la provisión de agua potable a la ciudad capital. Los conocimientos científicos de la época corroboraban que numerosas enfermedades eran transmitidas o se originaban en aguas contaminadas y que el agua era un elemento esencial para preservar la salud. En este sentido, Eliseo Cantón fundamentaba su propuesta en que «proveyendo de agua corriente y pura a la población, repartiremos la salud a domicilio» y ponía énfasis en los efectos del paludismo, patología endémica en la provincia, que no sólo producía altos niveles de mortalidad sino que dejaba debilitados a los que sobrevivían⁵⁷. Las obras de aguas corrientes –inauguradas en 1898– constituyeron un emprendimiento indispensable para preservar a la población del paludismo y de otras enfermedades como el cólera, la disentería, la fiebre tifoidea, aunque en esta primera etapa abarcaran sólo una parte de la ciudad y sus alcances fueran limitados.

De modo complementario y paralelo a los mecanismos que fue implementando el Estado para la prevención y el control de enfermedades, la prensa fue conformando un inédito ámbito para la discusión y difusión de diversas cuestiones relativas a la salud. Consideraciones generales y recomendaciones de medidas específicas fueron ganando espacio en los principales periódicos de la provincia, que alertaban sobre los efectos nocivos de la falta de higiene, publicaban artículos sobre las características de las enfermedades, las formas de evitar los contagios, las peligrosas consecuencias del curanderismo, etc., además de instar a los poderes públicos a acentuar su intervención. No faltaban las críticas a los gobiernos respecto al manejo de la salud, impregnadas a veces de intereses partidistas. No obstante ello, la creciente presencia de estos temas en la prensa no dejaba de expresar el

⁵⁶ *Digesto Municipal*, op. cit., t. IV, pp. 142-143 y 145-160. *Compilación ordenada de leyes*, op. cit., vol. XVIII, pp. 375-389.

⁵⁷ *Compilación ordenada de leyes*, op. cit., vol. XIX, 1895, pp. 186-187. Un porcentaje significativo de muertes se debía a fiebres de origen palúdico o «chucho», término no científico que recibía la enfermedad.

innegable aumento de las preocupaciones que en torno a la cuestión de la salud se iban instalando en la sociedad tucumana hacia fines del siglo XIX⁵⁸.

COMENTARIOS FINALES

Del análisis precedente puede inferirse que en la segunda mitad del siglo XIX el segmento de la población tucumana radicado en el curato de La Victoria presentaba rasgos de comportamiento demográfico propios de las sociedades pre-industriales. Esto es, una tendencia alcista de la mortalidad con momentos de sobremortalidad provocados por la combinación de factores biológicos, sanitarios y ambientales con otros de naturaleza económica.

Efectivamente, el relevamiento de las defunciones asentadas en los libros de la Parroquia entre 1859 y 1892 permitió detectar en los años 1862, 1871, 1878, 1882, 1883 y 1884 marcados incrementos en el número de entierros que hemos interpretado como picos de mortalidad con diferentes intensidades.

En un intento por explicar algunas de las causas posibles de los mencionados picos, examinamos los motivos de muerte asentados en los Registros. Desafiando la imprecisión de las expresiones diagnósticas utilizadas en las fuentes, determinamos que las enfermedades infecto-contagiosas habrían provocado casi el 35% de las defunciones del período. Así, la viruela, la «fiebre», la neumonía y el sarampión serían las principales patologías responsables de dichas alzas; seguidas por enfermedades mal definidas, lo que arrojaría un perfil epidemiológico claramente pre-transicional.

Por otra parte, recurrimos al análisis de fenómenos climáticos (heladas, sequías, temporales) y sus repercusiones negativas en la economía para completar el espectro de variables que podrían explicar la magnitud que alcanzaron las defunciones en determinados años, en tanto habrían profundizado las condiciones de vulnerabilidad en que se encontraba un importante segmento de la población tucumana.

El perfil pre-transicional del esquema epidemiológico existente en Tucumán en el período bajo estudio y los fenómenos climáticos y económicos adversos, habrían potenciado su efecto negativo debido a las carencias primarias y elementales en las condiciones de vida y a la precaria situación sanitaria, combinación de factores que generaba que las enfermedades infecto-contagiosas rápidamente se transformaran en epidemias.

⁵⁸ Esto se daba en sintonía con las políticas de salud a nivel nacional, impulsadas por el avance del higienismo y el mayor alcance del Departamento Nacional de Higiene.

La afirmación precedente se refuerza al analizar otra de las características propias de las sociedades pre-transicionales: la elevada mortalidad en edades jóvenes. En el caso bajo estudio la mortalidad de niños de cero a cinco años alcanza casi a un 85%. Asimismo, una mirada desagregada de las defunciones por sexo arrojó diferencias visibles sólo en los casos de disentería y «muerte repentina», patologías que muestran una mayor incidencia en la población masculina. Tal vez pueda leerse este dato como un indicador de la relación que podría establecerse entre la morbi-mortalidad y las duras condiciones de trabajo en ocupaciones típicamente masculinas.

El predominio de las enfermedades de tipo infeccioso y parasitario de rápido contagio y propagación como causales de las muertes, los recurrentes picos en la curva de mortandad, el elevado número de decesos infantiles, la gran vulnerabilidad de la población en coyunturas de depresión o crisis económica, etc., sugiere que estamos ante en una etapa epidemiológica pre-transicional o de la «pestilencia y el hambre», como la denominó Abdel Omran⁵⁹. La escasez de agua potable, la mala alimentación, la falta de hábitos de higiene, la casi nula prevención y las malas condiciones de trabajo y habitacionales constituían, sin duda, elementos importantes en el complejo de causas que hacían posible el cuadro.

Entre esos factores podemos destacar uno que favoreció de manera decisiva la rápida propagación de las epidemias y su alta incidencia en la mortalidad: la precaria organización sanitaria, la carencia de infraestructura y de servicios específicos.

De todos modos, las epidemias no dejaron de promover respuestas por parte de una administración que, a su vez, se hacía más compleja en sus funciones y servicios en consonancia con el proceso de gestación del moderno Estado central y con la irrupción en el plano local de ideas que –como las de Julio P. Ávila y Paulino Rodríguez Marquina– sintonizaban con las nuevas tendencias higienistas y filantrópicas.

En este plano pueden detectarse dos momentos en lo que podríamos llamar «políticas de salud» del Estado tucumano: una fase inicial, con la creación del Tribunal de Medicina y la implementación de medidas de higiene pública, incipiente en su formulación y contenidos; y otra de mayor desarrollo, a partir del impacto de la epidemia de cólera de 1886-1887, en la que se ensayaron nuevas políticas para el mejor control de las enfermedades infecciosas, para ampliar la atención médica, para mejorar los servicios del hospital público y para dotar de agua potable a la población, obra indispensable para la preservación de la salud pública.

⁵⁹ Omran, 1971.

¿Qué tipo de respuestas a nuestros interrogantes sobre los efectos del desarrollo azucarero, en las condiciones de existencia de los trabajadores, es posible extraer del examen de las fuentes consultadas? Por un lado, puede afirmarse que el análisis de la mortalidad en el curato de mayor concentración de trabajadores azucareros de la provincia, ratifica la visión que sobre la vulnerabilidad de los mismos frente a diversas patologías trazaron los observadores de época para el período que nos ocupa.

En segundo término, los resultados de las «políticas de salud» que adoptó el Estado provincial en el marco de la expansión azucarera no se reflejan con nitidez en la información demográfica analizada –dicho en otros términos, las limitaciones de las fuentes no nos permiten valorarlos cuantitativamente–, pero, por insuficientes que hayan sido para reducir drásticamente la vulnerabilidad apuntada y la consiguiente alta mortandad, no pueden haber tenido sino efectos positivos en el estado sanitario general de la población.

En tercer lugar, no se observan indicios en los registros parroquiales estudiados que permitan atribuir a la especialización económica en torno al azúcar un retroceso en las condiciones de vida de los trabajadores y, en general, de la población, tal como propusieron las visiones «pesimistas» a las que se hizo referencia en las primeras páginas de este trabajo.

Un comentario particular merece el mayor pico de mortandad del período, el trienio 1882-1884, pues el mismo tuvo lugar en el marco de un explosivo crecimiento de la superficie bajo cultivo de la caña de azúcar y de la fundación de modernos ingenios. Llama la atención que ese pico de mortandad haya sido acompañado por una caída del salario real del peón azucarero del orden del 10% respecto a los valores de 1881, fenómeno éste que se explica, básicamente, por el incremento de los precios de los productos de primera necesidad.

Aunque no pueda afirmarse que la gran mortandad que tuvo lugar en esos años críticos haya tenido como factor determinante esa pérdida del valor adquisitivo de los asalariados y, menos aún, establecerse una relación mecánica entre «el deterioro de las condiciones de vida y la generalización de ciertas enfermedades»⁶⁰, la reducción del poder adquisitivo del salario bien puede haber apuntalado la fragilidad de las familias trabajadoras frente a las enfermedades, y haber desempeñado de ese modo algún papel dentro de las condiciones que propiciaron la virulencia de las epidemias de sarampión (1881) y de viruela (1883), responsables del extraordinario incremento de la mortandad que nuestra investigación ha detectado.

⁶⁰ Arcondo, 1993: 67.

Si las conclusiones a las que arribamos sobre la incidencia de los factores de naturaleza económica en los picos de mortalidad son poco terminantes, no lo son más en lo que se refiere a la participación de los componentes de tipo ambiental en la difusión de las plagas. ¿Puede atribuirse, por ejemplo, a la gran movilidad de gentes inherentes a la modalidad del trabajo estacional en las labores agrícolas e industriales de la caña de azúcar, haber creado condiciones más favorables para la propagación de las enfermedades? En efecto, si miles de «zafreros» recorrían largas distancias desde provincias vecinas y se alojaban en condiciones de hacinamiento en improvisados e insalubres caseríos que se levantaban en «colonias» e ingenios, los que constituían un hábitat carente de agua potable y servicios sanitarios, ¿podría computarse esta realidad —como lo señalaron los testigos de época mencionados—, como un elemento negativo para prevenir la difusión de las enfermedades? Sobre este punto es necesario tener en cuenta —como afirma García Flores— que «La concentración de la población participa en la construcción de la vulnerabilidad, lo que no implica que siempre la mayor concentración de gente implique mayor morbilidad. El individuo aislado carece de ayuda y asistencia, es decir, es más difícil cubrir sus necesidades [...] Por el contrario, en zonas de alta densidad demográfica la vulnerabilidad al contagio se compensa con una mitigación (acceso a la medicina, cuidado y asistencia) ante la amenaza de muerte»⁶¹. Y también que —de ser cierta esa presunción de los testigos de época— el efecto pernicioso sobre la salud pública de la concentración de población en torno a los ingenios azucareros, habría sido moderada con la construcción —a partir de la década de 1880— de viviendas higiénicas de material y la atención médica a sus trabajadores por parte de las empresas.

Partiendo de estos considerandos, nuestra única certidumbre es que no hay en las fuentes analizadas elementos que permitan responsabilizar a las condiciones ambientales ni a las condiciones de vida promovidas por la actividad azucarera, de los efectos de las epidemias que se abatieron sobre la población tucumana en el período bajo estudio. El dramático cuadro remite sin duda a una conjunción de factores, entre los que las carencias de políticas estatales preventivas y de infraestructura, así como las prácticas, las creencias y la cultura sanitaria de los sectores populares tuvieron un peso que no puede desconocerse. La ampliación de este estudio a otras parroquias de la provincia —de manera particular pero no excluyente, el curato Rectoral—, extendiéndolo a las décadas precedentes a las contempladas en este estudio, aportará sin duda respuestas más contundentes a los interrogantes formulados.

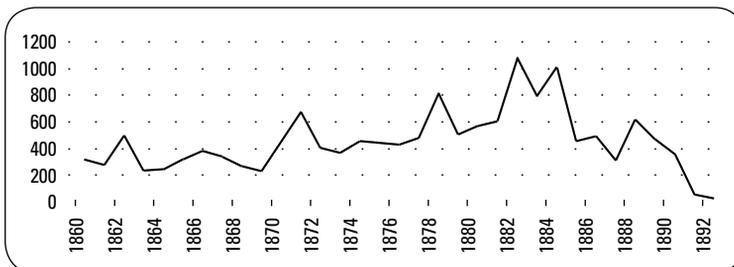
⁶¹ García Flores, 2008: 62-63.

CUADRO 1: DEFUNCIONES REGISTRADAS EN EL PERÍODO 1859-1875

año	muertes	%	año	muertes	%
1859 -	218	1,47%	1876 -	419	2,83%
1860 -	302	2,04%	1877 -	467	3,16%
1861 -	262	1,77%	1878 -	810	5,48%
1862 -	484	3,27%	1879 -	493	3,33%
1863 -	220	1,49%	1880 -	559	3,78%
1864 -	230	1,56%	1881 -	595	4,02%
1865 -	306	2,07%	1882 -	1.081	7,31%
1866 -	366	2,47%	1883 -	788	5,33%
1867 -	326	2,20%	1884 -	1.006	6,80%
1868 -	253	1,71%	1885 -	442	2,99%
1869 -	216	1,46%	1886 -	480	3,25%
1870 -	426	2,88%	1887 -	299	2,02%
1871 -	667	4,51%	1888 -	605	4,09%
1872 -	392	2,65%	1889 -	461	3,12%
1873 -	353	2,39%	1890 -	347	2,35%
1874 -	444	3,00%	1891 -	33	0,22%
1875 -	432	2,92%	1892 -	6	0,04%
total				14.788	100,00%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS PARROQUIALES DE LA IGLESIA DE LA MERCED (1859-1892)

GRÁFICO 1: DEFUNCIONES 1859-1892



FUENTE: CUADRO 1

CUADRO 2: CAUSAS DE MUERTE EN LOS AÑOS DE MAYOR MORTANDAD

enfermedades	1871		1878		1882		1883		1884	
SARAMPIÓN	0	0,00%	0	0,00%	303	28,03%	25	3,17%	1	0,10%
FIEBRE	117	17,54%	83	10,25%	146	13,51%	148	18,78%	122	12,13%
DISENTERÍA	21	3,15%	34	4,20%	81	7,49%	77	9,77%	41	4,08%
TÉTANO	0	0,00%	1	0,12%	81	7,49%	59	7,49%	44	4,37%
DE COSTADO	79	11,84%	10	1,23%	78	7,22%	75	9,52%	35	3,48%
VIRUELAS	114	17,09%	275	33,95%	0	0,00%	57	7,23%	506	50,30%
INFLAMACIÓN	36	5,40%	170	20,99%	31	2,87%	40	5,08%	48	4,77%
REPENTINA	21	3,15%	31	3,83%	24	2,22%	27	3,43%	21	2,09%
TOS	39	5,85%	16	1,98%	52	4,81%	16	2,03%	8	0,80%
SUB-TOTAL	427	64,02%	620	76,54%	796	73,64%	524	66,50%	826	82,11%
OTRAS	240	35,98%	190	23,46%	285	26,36%	264	33,50%	180	17,89%
total muertes	667	100,00%	810	100,00%	1.081	100,00%	788	100,00%	1.006	100,00%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS PARROQUIALES DE LA IGLESIA DE LA MERCED (1859-1892)

CUADRO 3: CAUSAS DE MUERTE, LA VICTORIA, 1859-1892
(SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LA OMS EN 1999)

enfermedades	n° de defunciones	%
1. INFECTO-CONTAGIOSAS	5.135	34,7
2. DEGENERATIVAS	24	0,2
3. GLANDULAR, ENDOCRINOLÓGICAS, NUTRIC.	4	0,03
4. DE LA SANGRE	12	0,08
5. MENTALES	10	0,07
6. SISTEMA NERVIOSO	12	0,08
7. SISTEMA CIRCULATORIO	877	5,9
8. APARATO RESPIRATORIO	1.687	11,4
9. APARATO DIGESTIVO	438	3,0
10. APARATO GENITO-URINARIO	22	0,14
11. COMPLICACIONES PARTO/EMB. /PUERPERIO	119	0,8
12. PIEL	-	-
13. SISTEMA OSEO-MUSCULAR	17	0,1
14. CONGÉNITAS	-	-
15. MORBILIDAD PERINATAL	16	0,1
16. SÍNTOMAS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	1.901	12,9
17. ACCIDENTES, ENVENENAMIENTO, VIOLENCIA	344	2,3
18. SIN DATOS / ILEGIBLES	4.170	28,2
total	14.788	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

CUADRO 4: GRUPOS DE ENFERMEDADES DESAGREGADAS SEGÚN FIGURAN EN LOS REGISTROS

<p>enfermedades infecciosas: 5.135</p> <ul style="list-style-type: none"> - «FIEBRE» O «CHUCHO»: 1.885 - VIRUELAS: 1.318 - DISENTERÍA/CÓLERA/DIARREA: 763 - SARAMPIÓN: 499 - TÉTANO: 527 - OTRAS: 143 	<p>enfermedades del aparato digestivo: 438</p> <ul style="list-style-type: none"> - INDIGESTIÓN: 361 - ATAQUE AL HÍGADO: 35 - OTRAS: 42
<p>enfermedades degenerativas: 24</p> <ul style="list-style-type: none"> - CÁNCER: 12 - TUMORES: 12 	<p>enfermedades del aparato genito-urinario: 22</p> <ul style="list-style-type: none"> - «MAL DE VEJIGA»: 6 - «MAL DE ORINA»: 5 - OTRAS: 11
<p>enfermedades glandulares, endocrinológicas y nutricionales: 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - ESCORBUTO 	<p>complicaciones del embarazo, parto y puerperio: 119</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOBREPARTO: 89 - DE PARTO: 30
<p>enfermedades de la sangre: 12</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANEMIA: 2 - OTRAS: 10 	<p>enfermedades de la piel: -</p>
<p>enfermedades mentales: 10</p> <ul style="list-style-type: none"> - DEMENCIA: 6 - INSUFICIENCIA MENTAL: 2 - DELIRIUM: 2 	<p>enfermedades del sistema oseo-muscular: 17</p> <ul style="list-style-type: none"> - REUMATISMO: 13 - OTRAS: 4
<p>enfermedades del sistema nervioso: 12</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPILEPSIA: 5 - CONVULSIONES: 3 - OTRAS: 4 	<p>enfermedades congénitas: -</p>
<p>enfermedades del sistema circulatorio: 877</p> <ul style="list-style-type: none"> - «MUERTE REPENTINA»: 595 - ANEURISMA: 131 - ATAQUE AL CORAZÓN: 53 - ATAQUE A LA CABEZA: 29 - GANGRENA: 13 - OTRAS: 56 	<p>morbilidad perinatal: 16</p> <ul style="list-style-type: none"> - NACIÓ MUERTO: 3 - «NATIVIDAD»: 13
<p>enfermedades del aparato respiratorio: 1.687</p> <ul style="list-style-type: none"> - «DE COSTADO»/NEUMONÍA/ PULMONÍA: 1.172 - TOS: 461 - BRONQUITIS/ASMA/PASMOS: 36 - OTRAS: 18 	<p>síntomas y estados mal definidos: 1.901</p> <ul style="list-style-type: none"> - INFLAMACIÓN: 1.053 - APOPLEJÍA: 385 - ANGINA: 76 - CÓLICOS: 73 - IRRITACIÓN: 45 - HIDROPESÍA: 36 - HEMORRAGIA: 29 - OTRAS: 204
	<p>muerres violentas/accidentes: 344</p> <ul style="list-style-type: none"> - HERIDAS: 127 - ACCIDENTES: 68 - QUEMADOS: 60 - OTRAS: 89

CUADRO 5: CAUSAS DE MUERTE (LA VICTORIA, 1859-1892)

enfermedades	n° de defunciones	%
1. TRANSMISIBLES	5.135	34,7
2. NO TRANSMISIBLES	3.222	21,8
3. PERINATALES	16	0,1
4. CAUSAS EXTERNAS	344	2,3
5. MAL DEFINIDAS	1.901	12,9
6. SIN DATOS	4.170	28,2
total	4.788	100

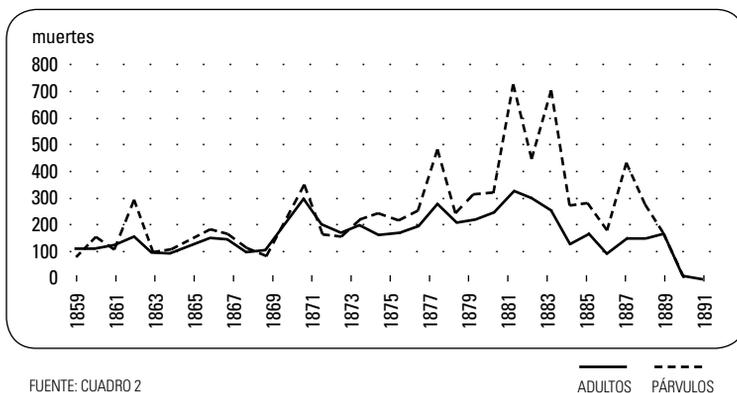
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

CUADRO 6: DEFUNCIONES DE PÁRVULOS Y ADULTOS POR AÑO

año	párvulos	adultos	año	párvulos	adultos
1859 -	92	117	1876 -	228	186
1860 -	166	119	1877 -	259	204
1861 -	118	136	1878 -	493	294
1862 -	302	170	1879 -	259	221
1863 -	108	102	1880 -	323	226
1864 -	121	103	1881 -	332	257
1865 -	153	135	1882 -	740	334
1866 -	188	159	1883 -	459	309
1867 -	173	149	1884 -	716	263
1868 -	126	114	1885 -	288	146
1869 -	96	117	1886 -	296	177
1870 -	211	210	1887 -	192	103
1871 -	357	305	1888 -	444	157
1872 -	171	217	1889 -	297	159
1873 -	163	186	1890 -	172	171
1874 -	233	203	1891 -	15	18
1875 -	251	173	1892 -	0	6
total: 14.488		párvulos: 8.542		adultos: 5.946	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

GRÁFICO 2: COMPARACIÓN MUERTES ENTRE PÁRVULOS Y ADULTOS



FUENTE: CUADRO 2

CUADRO 7: ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN PÁRVULOS Y ADULTOS

enfermedades	párvulos	adultos
FIEBRE	1.354	456
VIRUELAS	1.024	265
INFLAMACIÓN	627	409
SARAMPIÓN	477	18
TÉTANO	466	34
DISENTERÍA	432	249
TOS	378	5
INDIGESTIÓN	310	47
DE COSTADO	213	854
MUERTE REPENTINA	41	671
HERIDA	12	109
OTRAS ENFERMEDADES	3.208	2.829
total	8.542	5.946

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

CUADRO 8. DEFUNCIONES SEGÚN RANGO DE EDAD

rangos	n° de defunciones	adultos
0-14	8.563	57,91%
15-29	1.780	12,04%
30-44	2.027	13,71%
45-60	1.443	9,76%
60 Ó +	621	4,20%
N/I	354	2,39%
total	14.788	100,00%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

CUADRO 9: DEFUNCIONES DE PÁRVULOS SEGÚN RANGO DE EDAD

rangos	n° de defunciones	adultos
-4	7.238	84,53%
5-9	861	10,05%
10-14	464	5,42%
total	8.563	100,00%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

CUADRO 10: CAUSAS DE MUERTE SEGÚN SEXO

causas de muertes	mujeres	hombres
FIEBRE	860	970
VIRUELAS	634	677
INFLAMACIÓN	515	532
DE COSTADO	496	586
DISENTERÍA	290	401
SARAMPIÓN	255	243
MUERTE REPENTINA	286	440
TÉTANO	213	294
TOS	195	198
INDIGESTIÓN	163	197
SOBRE PARTO	85	0
FALTA DESARROLLO DESARROL	50	52
ACCIDENTE	24	118
OTRAS ENFERMEADES	2.715	3.277
total	6.781	7.985

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

CUADRO 11: DEFUNCIONES POR CÓLERA O PATOLOGÍAS SIMILARES REGISTRADAS EN LOS CURATOS DE LA CAPITAL (1886-1887)

La Matriz			La Victoria		
CÓLERA	28	1,32%	CÓLERA	5	0,64%
DIARREA	18	0,85%	DIARREA	17	2,18%
DISENTERÍA	71	3,34%	DISENTERÍA	26	3,34%
OTROS	2.010	94,5%	OTROS	731	93,84%
total	2.127	100%	total	779	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN REGISTROS DE DEFUNCIONES DE LA PARROQUIA LA VICTORIA (1859-1892)

Bibliografía

- ARÁOZ, BENJAMÍN (1887): *El cólera en las provincias del norte (1886-1887). Informes de la Comisión de Salud Pública*, Buenos Aires, Imprenta de La Tribuna Nacional.
- ARCONDO, ANIBAL (1993): «Mortalidad general, mortalidad epidémica y comportamiento de la población de Córdoba durante el siglo XVIII», en: *Desarrollo Económico*, N° 129, Buenos Aires, IDES.
- ÁVILA, JULIO P. (1904), «Medios prácticos para mejorar la situación de las clases obreras», en: Manuel Pérez (ed.), *Tucumán Intelectual*. Producción de los miembros de la Sociedad Sarmiento, Tucumán.
- BERNABEU MESTRE, JOSEPH (1995): «Enfermedad y Población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica», *Seminari d'Estudis sobre la Ciència*, Valencia.
- BIALET-MASSÉ, JUAN (1985): *Informe sobre el estado de la clase obrera*, Madrid, Hispamérica, t. II.
- BOLSI, ALFREDO y D'ARTERIO, PATRICIA (2001): *Población y Azúcar en el noroeste argentino. Mortalidad infantil y transición demográfica durante el siglo XX*, Tucumán, IEG, Universidad Nacional de Tucumán.
- BOUSQUET, ALFREDO et al. (1882): *Memoria Histórica y Descriptiva de la Provincia de Tucumán*, Buenos Aires.
- CAMPI, DANIEL y BRAVO, MARÍA CELIA (1999): «La agroindustria azucarera argentina. Resumen historiográfico y fuentes», en: *América Latina en la historia económica. Boletín de Fuentes*, N° 11, México, Instituto Mora.
- CAMPI, DANIEL (2002): «Espacio mercantil, unidades de producción y actores en los orígenes de la agroindustria del azúcar en Tucumán, Argentina, 1830-1870», en: Alberto Vieira et al., *Histórica do Açúcar. Rotas e Mercados*, Centro de Estudos de História do Atlântico, Funchal (Madeira).
- CAMPI, DANIEL (2004): «Bialet-Massé y los trabajadores tucumanos del azúcar. Comentarios», en: M. Lagos, M. S. Fleitas y M. T. Bovi, *A cien años del Informe Bialet-Massé. El trabajo en la Argentina del siglo XX e inicios del XXI*, Jujuy, UNIHR/EDIUNJU.
- CAMPI, DANIEL (2004): «La evolución del salario real del peón azucarero en Tucumán (Argentina) en un contexto de coacción y salario 'caico' (1881-1893)», en: *América Latina en la historia económica. Boletín de Fuentes*, N° 22, Instituto Mora, México.
- CAMPI, DANIEL y BRAVO, MARÍA CELIA (1995): «La mujer en Tucumán a fines del Siglo XIX. Población, trabajo, coacción», en: Ana Teruel (comp.), *Población y trabajo en el Noroeste argentino, siglos XVIII y XIX*, Jujuy, Universidad Nacional de Jujuy.
- CARTWRIGHT, FREDERICK (2005): *Grandes pestes de la Historia*, Buenos Aires, El Ateneo.
- CIPOLLA, MARCO (1993): *Contra un enemigo mortal e invisible*, Barcelona, Crítica.
- DIP, DAVID (1983): *Libro de Oro de los 170 años de la Parroquia La Victoria*, Tucumán.
- EVANS, R.J. (1998): «Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth-Century Europe», *Past and Present*, 129.
- FAUS, PILAR (1964): «Epidemias y sociedad en la España del siglo XIX. El cólera de 1885 en Valencia y la vacunación de Ferran», en: J. López Piñero et al., *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones.
- GARCÍA FLORES, RAÚL (2008): «Morbilidad y vulnerabilidad en una epidemia de viruela: Nuevo Reino de León, 1798», en: *Epidemias de viruela en Nueva España y México, siglos XVIII y XIX*, en: *Revista Relaciones*, 114, vol. XXIX, México, Colegio de Michoacán.
- GARCÍA QUINONES, ROLANDO (1998): «El proceso histórico de cambio de la mortalidad en Cuba Coyunturas e impactos», en: *Cambios y Continuidades en los comportamientos demográficos en América. La experiencia de cinco siglos*, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba.
- HUTCHINSON, THOMAS (1945): *Buenos Aires y otras provincias argentinas*, Buenos Aires, Huarpes.
- MANTEGAZZA, PABLO (1916): «Viajes por el Río de La Plata y el interior de la Confederación Argentina», *Río de La Plata y Tenerife. Viajes y Estudios*, Buenos Aires, Coni Hnos.
- MARRANZINO, MIGUEL GERARDO (1988): «San Miguel de Tucumán: efecto de su expansión en el espacio horizontal», *Breves contribuciones del IEG*, Monografía I, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán.
- MC KEOWN, THOMAS (1990): *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona, Crítica.
- OMRAN, ABDEL (1971): «The Epidemiologic Transition:

a Theory of the Epidemiology of Population Change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), New York

ORTIZ DE D'ARTERIO, JULIA PATRICIA (2007): *La dinámica de la movilidad territorial de la población en los complejos azucareros del Noroeste argentino. El antes y el después de la regulación azucarera (1880-2001)*. Tesis doctoral (inédita), Universidad Nacional de Tucumán.

PÉREZ MOREDA, VICENTE (1980): *La crisis de mortalidad en la España Interior (Siglos XVI-XIX)*, Madrid, Siglo XXI.

RODRÍGUEZ MARQUINA, PAULINO (1898): *Anuario Estadístico de la Provincia de Tucumán 1897*, Buenos Aires.

RODRÍGUEZ MARQUINA, PAULINO (1899): *La mortalidad infantil en Tucumán 1897-98*, Tucumán, Talleres de la Provincia.

RODRÍGUEZ MARQUINA, PAULINO (1889): *Memoria descriptiva de Tucumán. La industria azucarera. Su presente, pasado y porvenir*, Tucumán. —inédito—

SÁNCHEZ ROMÁN, JOSÉ ANTONIO (2005): *La dulce crisis: estado, empresarios e industria azucarera en Tucumán, Argentina (1853-1914)*, Sevilla, CSIC-U, Diputación de Sevilla.

SERRALLONGA URQUIDI, JOAN (1996): «Epidemias e Historia Social. Apuntes sobre el cólera en España, 1833-1865», en: *Historia Social*, N° 24; Valencia.

TAUCHER, ERICA (1978): «Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas», en: CELADE, *Serie A*, N° 162, Santiago de Chile.

VIGLIONE, HEBE; GARCÍA, LÍA Y ASTIZ, MARÍA E. (1998): «Estudios de epidemiología histórica: cambios en la mortalidad a partir de la aplicación de la vacuna anti-variolica, Pago de los Arroyos, 1731-1844», en: *Cambios y Continuidades en los comportamientos demográficos en América: la experiencia de cinco siglos*, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba.

Registro bibliográfico

PAROLO, PAULA; CAMPI, DANIEL;
FERNÁNDEZ, MARÍA ESTELA

«Auge azucarero, mortalidad y políticas de salud en San Miguel de Tucumán en la segunda mitad del siglo XIX», en: ESTUDIOS SOCIALES, Revista Universitaria Semestral, año XX, N° 38, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, primer semestre, 2010, pp. 39-72.

Descriptores · Describers

Tucumán / auge azucarero / mortalidad / «La Victoria»

Tucumán / sugar boom / mortality / «La Victoria»