

# Un brote epidémico en perspectiva socio-demográfica: el caso de la gripe española en la ciudad de Córdoba, Argentina (1918-1919)

*An epidemic outbreak in a socio-demographic perspective: the case of the Spanish flu in the city of Córdoba, Argentina (1918-1919)*

Adrián Carbonetti\*

María Dolores Rivero\*\*

## Resumen

Este estudio propone examinar la incidencia de la pandemia más cruenta del siglo XX en una ciudad del interior de la Argentina. La denominada “gripe española” sobrevino en dos etapas, durante 1918 y 1919, generando configuraciones socio-demográficas particulares. A partir de un abordaje cuanti-cualitativo, anclado en fuentes periodísticas y estadísticas oficiales, nuestra indagación pretende colocar en perspectiva el caso de la ciudad de Córdoba, en la región central del país, que mostraría rasgos específicos. Analizamos el desarrollo de la enfermedad considerando dos variables clave: el impacto por edad y sexo y su desarrollo en términos espaciales. Partimos de entender que existiría una correlación entre distribución geográfica, niveles de pobreza y condiciones sanitarias, análisis que se desarrollará sólo para la segunda oleada, debido a que tuvo un mayor impacto en términos de la mortalidad.

**Palabras clave:** Gripe; Ciudad de Córdoba; Argentina; Mortalidad.

## Abstract

This study proposes to examine the incidence of the bloodiest pandemic of the 20th century in a city in the interior of Argentina. The so-called “Spanish flu” came in two stages, during 1918 and 1919, generating particular socio-demographic configurations. Based on a quantitative and qualitative approach, anchored in official journalistic and statistical sources, our inquiry aims to put in perspective the case of the city of Córdoba, in the central region of the country, that would show specific features. We are interested in analyzing the development of the disease from two perspectives: the impact by age and sex and the development of the disease in spatial terms, having as a hypothesis that there would be a correlation between geographical distribution and levels of poverty, and sanitary conditions, analysis that will be developed only for the second wave, because it had a greater impact in terms of mortality.

**Keywords:** Flu; Córdoba City; Argentina, Mortality.

\* Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Sobre Cultura y Sociedad (CIECS- CONICET y UNC). Licenciado en Historia (FFyH-UNC, 1992). Doctor en Demografía (FCE-UNC, 2003) Email: acarbonetti2012@gmail.com

\*\* Investigadora en formación del Centro de Investigaciones y Estudios Sobre Cultura y Sociedad (CIECS- CONICET y UNC). Licenciada en Historia (FFyH-UNC, 2013). Doctora en Historia (FaHCE-UNLP, 2018). Email:doloresriv@gmail.com

# Introducción

En la década de 1970, Mckeown aseveraba que la gripe “es la única enfermedad epidémica infecciosa que en los países tecnológicamente avanzados representa actualmente una amenaza comparable a la experimentada en siglos anteriores a causa de enfermedades tales como la peste y el tifus” (1976, p. 101). En pocas palabras, su postulado dejaba al descubierto que ciertos fenómenos epidemiológicos ya olvidados por la humanidad son susceptibles de ser revividos a partir del advenimiento de otros. Así, adquiere importancia el estudio de una dolencia que – en su estadio más virulento – generó el mayor número de muertes durante el siglo XX; nos referimos a la “gripe española”<sup>1</sup>, que azotó durante 1918 y 1919 a vastos sectores del globo.

Originaria de América del Norte (Kansas, Estados Unidos), la enfermedad respiratoria se trasladó a Europa al calor del movimiento de tropas que trajo consigo la Primera Guerra Mundial. Posteriormente ingresó al cono sudamericano mediante un barco que, saliendo de Portugal, recaló primeramente en la ciudad brasilera de Rio de Janeiro y luego en las costas del Rio de la Plata.

Este arribo encontró a los grandes enclaves urbanos de Argentina atravesados por agitadas mutaciones: el aluvión migratorio europeo coadyuvó a un acelerado proceso de urbanización marcado por un espectacular crecimiento poblacional (OTERO, 2006); si en términos socioculturales este movimiento y circulación de personas propició la agitación social (en un contexto expansivo de las ideas anarquistas que ingresaban desde el Viejo Continente), la variante epidemiológica no fue menor. En efecto, las aglomeraciones urbanas fueron espacios donde el hacinamiento y las delicadas condiciones de higiene se tornaron caldos de cultivo para el estallido de crisis originadas a partir de enfermedades infecto-contagiosas (CARBONETTI; CELTON, 2007). En este escenario, la denominada “gripe española” imprimiría un cariz específico en algunas de las aglomeraciones argentinas más importantes durante la estación primaveral de 1918 y el otoño-invierno de 1919. No obstante, y tal vez como consecuencia del benigno impacto epidemiológico de la enfermedad en la provincia de mayor

<sup>1</sup> Denominación que adquirió porque desde España se cronicó acerca de su avance, en un escenario en el que el resto de los países europeos se encontraban abocados a la contienda bélica.

envergadura, la historiografía nacional no se encargó de su estudio, sino hasta el siglo XXI, en el marco de la aparición de la gripe H1N1. En efecto, en nuestras latitudes geográficas son relativamente recientes las contribuciones que abordan aspectos tanto demográficos como también socio-culturales ligados a la enfermedad (BORTZ, 2017; CARBONETTI, 2010a, 2010b, 2013; CARBONETTI; ÁLVAREZ, 2017; CARBONETTI; RIVERO; HERRERO, 2014; RIVERO; CARBONETTI; VITTAR, 2019). A escala regional, latinoamericana, se destacan aportes que reconstruyen las realidades epidemiológicas imbricadas al advenimiento de la gripe en México (CUENYA MATEOS, 2010; MÁRQUEZ MORFÍN; MOLINA DEL VILLAR, 2010), El Salvador (BENÍTEZ, 2017), Costa Rica (SOBRADO BOTEY, 2017), Brasil (BERTOLLI, 1986; BERTUCCI, 2004; SILVEIRA, 2007; SOUZA, 2009), Colombia (OSPINA DÍAZ; MARTÍNEZ; HERRÁN FALLA, 2009), Venezuela (DÁVILA, 2000), Ecuador (RODAS CHÁVES, 2017), Uruguay (SERRÓN, 2013) y Chile (LAVAL, 2003; LÓPEZ; BELTRÁN, 2013).

De manera específica, algunos de estos trabajos vienen enfocándose en distritos particulares de los referidos países. Trazando una línea de continuidad con estas propuestas – e intentando nutrir el campo aún fértil de estudios históricos que problematiza el estado de salud/enfermedad de las poblaciones pasadas del interior argentino -, nuestro examen persigue el objeto de arrojar luz acerca de la incidencia de la pandemia de gripe en la ciudad de Córdoba en términos de mortalidad. Anclado en una metodología de carácter cuanti-cualitativo, nuestro enfoque propone la puesta en diálogo de elementos estadísticos con otros de corte periodístico que develan el escenario suscitado por el advenimiento de la enfermedad.

## Un breve repaso por la historia de la gripe y su estudio

Podría argüirse que, a lo largo de los siglos XVIII y XIX, la gripe no estimuló mayores inquietudes en la sociedad en su conjunto, como tampoco en el campo galénico. Esta tendencia podría vincularse al hecho de que durante siglos anteriores había otras infecciones que se presentaban de manera imperante. “Cuando la viruela, el tifus, la fiebre tifoidea, etc., eran infecciones constantes y a menudo mortales, la súbita aparición de la gripe fue casi tranquilizadora, porque por regla general sólo originaba la muerte de los niños pequeños o los ancianos” (BURNET; WHITE, 1982, p. 256). Sin embargo, las estadísticas revelan que fueron numerosos los brotes epidémicos desatados por esta dolencia (94); el más antiguo data de 1173, y hasta 1875 se considera que 15 fueron los eventos pandémicos, en otros términos, que perturbaron

a poblaciones de dos continentes (el europeo y el asiático) (MC NEILL, 1984). Un rasgo común a casi todos ellos fue el carácter benigno y el escaso número de muertes provocadas. Sin lugar a dudas, el viraje de esta tendencia sobrevino en 1918 y 1919, cuando se desató quizá uno de los más catastróficos flagelos que soportó la población mundial en términos de morbi-mortalidad. Las sociedades quedaron desamparadas frente a una cepa de virus hasta ese momento desconocida y fuertemente demoledora; en términos de hallazgos científicos, la medicina no había encontrado aún ni la forma de prevenir ni de curar mediante la farmacología este tipo de dolencia. A este escenario de incertidumbre se sumó el debilitamiento propio del desarrollo de la Gran Guerra.

Como venimos marcando, esta pandemia en particular ramificó por todo planeta generando una cantidad excepcional de afectados: se calcula que alrededor de 600 millones de personas padecieron el mal y, dentro de esta cifra, entre 30 y 40 millones terminaron por engrosar las tasas de mortalidad (CARBONETTI; ÁLVAREZ, 2017). Es decir, la pandemia de gripe generó más víctimas en el mundo que el más grande enfrentamiento bélico suscitado hasta ese entonces.

Las consecuencias de esta crisis – en el marco de la esfera social – fueron examinadas en los países europeos donde se desarrolló con marcada virulencia. Empero, en Latinoamérica el impacto socio-demográfico no se posicionó entre los interrogantes principales de los científicos sociales. En los hechos, hasta hace poco más de una década, sólo era factible hallar indagaciones realizadas por médicos, en la mayoría de los casos contemporáneos, que se limitaban a elaborar historias sobre el accionar de sus colegas en el contexto del brote, soslayando la impronta social del hecho epidemiológico. En ese sentido, el único país que puede considerarse una excepción es Brasil, pues posee una importante tradición en el campo de los estudios sociales de la enfermedad.

En Argentina, a pesar de que los datos estadísticos provenientes del Departamento Nacional de Higiene son claros respecto al fuerte impacto demográfico y social que suscitó la gripe (especialmente en las provincias de la región noroeste del territorio), los estudios históricos la relegaron durante décadas de su agenda. Así, pues, el análisis de la incidencia de la enfermedad sobre un constructo social determinado, sobre un microcosmos particular, permitirá desarrollar un examen más acabado sobre las aristas socio-demográficas del azote. La ciudad de Córdoba se erige como un enclave relevante para llevar a cabo un estudio de esas características, pues cobra importancia al encontrarse entre las provincias del Litoral – más ricas y desarrolladas y que fueron menos afectadas por la epidemia de 1918-1919 – y las del norte, más pobres y que tuvieron un saldo mayor de muertes. El estudio del impacto de esta enfermedad se llevará a cabo en dos escalas: en la primera, retomaremos datos estadísticos imbricados al desarrollo de

la enfermedad en el plano nacional; en la segunda, nos adentraremos en el espacio particular de la ciudad de Córdoba abocándonos al análisis socio-demográfico del impacto de la enfermedad sobre dicho territorio. En este punto, consideraremos algunos rasgos particulares de la urbe, entre los cuales ponderaremos la composición social, la distribución de la pobreza y el rol del Estado en términos de estructura sanitaria.

## El arribo a la Argentina

La gripe llegó al extremo sur de América Latina, de manera particular a la Argentina, a través del puerto de Buenos Aires en octubre de 1918. El momento en que se desató la epidemia, y las características que asumió, la convirtieron en un mal relativamente benigno. En efecto, el *Boletín de Demografía*, del Departamento Nacional de Higiene, describía el auge de la enfermedad y proporcionaba informaciones numéricas – es decir, cifras acerca de su extensión – que daban cuenta de la benevolencia del referido brote. En su recalada generó escasas defunciones; considerando el total de las provincias argentinas, se puede estimar una mortalidad en valores absolutos de 1.969 personas de acuerdo a los diagnósticos de muerte por gripe. No obstante, y según observamos en el boletín referido, muchos casos de gripe española fueron confundidos con enfermedades broncopulmonares; si se le sumaran los casos de bronconeumonías o neumonías en los mismos meses, nos acercaríamos a la cifra de 3.929 individuos.

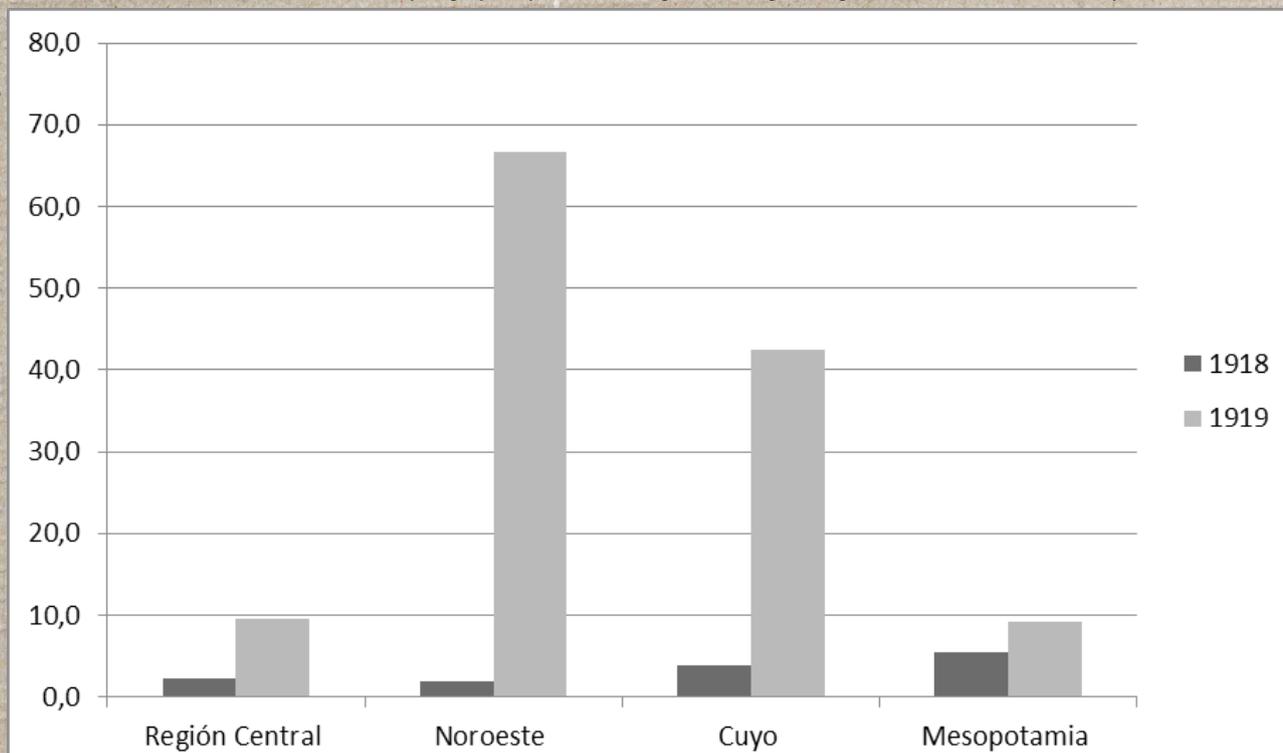
En 1919, la puerta de entrada habría sido el norte del país, engendrando niveles de gravedad – en términos de mortalidad – mucho mayores, respecto al brote anterior. De acuerdo a la fuente examinada, la gripe habría generado 12.755 muertes; si realizamos el mismo ejercicio en relación a 1918, la sobre mortalidad de bronconeumonías sería de 3.836, número que daría como resultado una mortalidad total de 16.591. En síntesis, la gripe en la Argentina, entre fines de 1918 y 1919, habría dejado como saldo un total de 20.520 muertes, número que alude sólo a las provincias argentinas y no incorpora a los territorios nacionales<sup>2</sup>. Esto implicaría una tasa de mortalidad por gripe para 1918 de 2,61 por 10.000 habitantes y para 1919 de 16,5 por 10.000; estos valores se incrementan si se suman la sobre mortalidad por bronconeumonías, que para 1918 fue de 2,59 y para 1919 de 4,98.

---

2 Los territorios nacionales fueron un tipo de entidad política centralizada y de orden subnacional que existió en Argentina entre 1862 y 1985; también recibieron el nombre de gobernaciones (ARIAS BUCCIARELLI, 2014).

Finalmente, la tasa de mortalidad total para el país sería de 5,2 para el primer año y de 21,53 para el segundo<sup>3</sup>. Claro que, como es dable observar en el gráfico 1, las dos oleadas impactaron de manera diferencial – en términos territoriales y de temporalidad – en las regiones del país.

**Gráfico 1** – Tasas de mortalidad por gripe española en Argentina según regiones, 1918-1919. Tasas por 10.000.



Fuente: Elaboración propia sobre datos de Argentina (1920).

En 1918, la gripe habría impactado con mayor fuerza en las regiones de Cuyo y Mesopotamia y, en mucho menor medida, en la Central y el Noroeste, donde se constata la menor tasa de mortalidad. Verosímilmente, el Noroeste argentino habría sufrido en menor medida los efectos de la gripe española por cuestiones esencialmente ecológicas: las altas temperaturas propias de ese período estacional habrían impedido el desarrollo de la enfermedad. Tal vez, este mismo razonamiento podría aplicarse a las demás regiones, aunque resulta innegable que en esos otros sectores la destacada morbi-mortalidad habría sido consecuencia de mayores y mejores posibilidades de transmisión, pues los medios de transporte permitirían un contacto frecuente entre la ciudad de Buenos Aires – por donde habría ingresado la gripe – y las provincias centrales. Una segunda tesis propuesta es que las regiones de mayor desarrollo habrían recibido la gripe desde dos puntos: desde la ciudad de Buenos Aires y a partir del intercambio con los habitantes de otros países en las regiones limítrofes; la Mesopotamia, desde Uruguay y Brasil, y la región de Cuyo desde Chile. Así, el ingreso de migrantes habría incrementado la morbi-mortalidad habilitando la expansión de la cadena de contagios<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Estos valores serían muy superiores a los calculados por Johnson y Mueller (2002), con una tasa de 12 por 10.000.

<sup>4</sup> Un análisis de la mortalidad en los departamentos limítrofes del Uruguay fortalecería esta hipótesis, ya que los departamentos del noroeste uruguayo tendrían una mortalidad por encima de la media, tanto para 1918 como para 1919 (SERRÓN, 2013).

El panorama epidemiológico de 1919 sería cabalmente distinto. En primer término, porque la región más afectada por la dolencia fue la del Noroeste, donde el ingreso se advierte más tempranamente; en este sentido, y continuando con la hipótesis reseñada previamente, es factible pensar en el contacto transnacional – se deberían constatar los casos en Bolivia. En segundo término, la epidemia duraría más tiempo, presentando una meseta desde mayo a junio en su punto más alto; cabe consignar que las provincias más afectadas en este caso serían Jujuy y Salta. Respecto a esta última, es dable remarcar que mostró el valor relativo de muertes vinculadas a la influenza más alto de todos los territorios argentinos durante esta segunda oleada (13,3%) y una notable crisis de mortalidad. En la ciudad capital, el diario *Nueva Época* develaba datos estadísticos para mayo, momento en que es posible intuir que la dolencia comenzaba a incidir en la tasa de morbilidad<sup>5</sup>: de las 382 muertes ocurridas en la ciudad el 60% habrían sido como consecuencia de la gripe, es decir, que sólo en ese periodo la enfermedad habría provocado 229 defunciones. Sin lugar a dudas, esta trayectoria epidemiológica se encontraría signada por un sistema sanitario endeble, integrado por escasos profesionales de la salud y que no alcanzaba a cubrir las necesidades de toda la población. Así, los sectores suburbanos se verían altamente vapuleados por este desconocido flagelo (CARBONETTI; GÓMEZ; TORRES, 2013).

Por su parte, las regiones Central y Cuyo serían azotadas de manera tardía, mostrando una situación aguda en julio (para el caso cuyano, las provincias más golpeadas serían San Juan y Mendoza, mientras para el central se destacan las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba). Finalmente, otra de las características distintivas de este brote es que la mortalidad se desarrollaría con más fuerza en la medida que se alejaba de la capital del país; la tasa de mortalidad por gripe española habría sido muy baja en la ciudad más rica de todo el territorio argentino; concretamente, Buenos Aires presentó una cifra de 0,4 por mil para 1919, año de mayor impacto (CARBONETTI; GÓMEZ; TORRES, 2013).

## La dolencia en Córdoba

A partir de las últimas décadas del siglo XIX, la Argentina ingresó en el esquema de producción de bienes primarios exportables, anclado en las virtudes y productos propios de la región litoral del país (GERCHUNOFF; LLACH, 2010). En esa lógica económica, la ciudad de Córdoba terminó por reforzar el lugar que venía ocupando desde el periodo colonial (y que logró consolidar

<sup>5</sup> La expresión remite a que no hay datos certeros acerca del ingreso de la gripe en Salta.

en los primeros años independentistas), de paso obligado del comercio del centro y norte argentino (ASSADOURIAN, 1982). Por otro lado, la inmigración desde el otro lado del Atlántico y el avance sobre el “desierto” ocupado por las comunidades originarias la convirtieron en el epicentro administrativo de una amplia región del sur de la provincia del mismo nombre. Estos elementos le dieron un dinamismo como pocos a la ciudad de las campanas, que sufrió una modernización creciente en sendas estructuras (ANSALDI, 1997).

Este movimiento dinamizador, que impactó en el trazado urbano, estuvo acompañado de un marcado incremento poblacional, fruto de la convergencia de la inmigración intraprovincial y la que llegaba desde Europa. La primera sobrevino tras la reestructuración rural que tenía paso en el norte provincial; los departamentos de aquella región, que durante este período no accedieron al esquema de desarrollo económico hacia afuera impuesto por los sectores dominantes del país, entraron en un proceso de empobrecimiento progresivo que derivó en migraciones de población hacia la ciudad de Córdoba. La segunda tuvo como protagonista a una población mayoritariamente europea – de España e Italia, fundamentalmente (DEVOTO, 2007) -, que afincó en el sur y sudeste de la provincia fundando colonias y pueblos, influyendo fuertemente en el desarrollo de la capital. El motor de crecimiento de la población fue, entonces, la inmigración ya que, hasta fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX,

continúan dándose las características demográficas de una sociedad tradicional: alta tasa de natalidad, alta tasa de mortalidad, baja tasa de crecimiento. No obstante, hemos observado que la población de la ciudad de Córdoba se duplica, fenómeno al que contribuye el extraordinario incremento de la inmigración. (IPARRAGUIRRE, 1970, p. 285)

El esquema de la mortalidad estaba determinado por condiciones de vida míseras de numerosos sectores de la población y falta de servicios básicos que propiciaran una adecuada atención sanitaria (ORTIZ BERGIA, 2012). Como venimos marcando, si existió un “boom” demográfico producto de dinámicas migratorias, no fue acompañado por un desarrollo de un andamiaje habitacional, sanitario y económico, hecho que potenció problemas estructurales y de higiene<sup>6</sup>. A esto se añadía una expansión urbana sin un sustento económico e industrial suficiente que ofreciera oportunidades laborales para quienes arribaban a la ciudad. Es así que se formaron

6 Apenas el Hospital San Roque y el Hospital de Niños completaban el sistema sanitario público en los primeros años del siglo XX. Recién en la década del 10 fue fundada la Casa de Aislamiento para enfermos infecto-contagiosos, en un edificio que no había sido construido para tal fin, emprendimiento que concluyó con la construcción del Hospital Rawson para enfermos contagiosos, que comenzó a funcionar en la década del 20. En los primeros años del segundo decenio, se construye también el Hospital de Clínicas, como una iniciativa de la Universidad Nacional de Córdoba. Estos establecimientos, con escasa cantidad de camas y magros presupuestos, constituían todo el andamiaje público para combatir las enfermedades. Por otro lado, algunos pocos sanatorios pertenecientes a mutuales o privados ayudaban en la lucha por la salud de los cordobeses. En el caso de las dolencias infecto-contagiosas, la mayoría de los enfermos terminales eran hospitalizados en la Casa de Aislamiento, donde se los introducía para morir (CARBONETTI, 2005).

enclaves en la periferia de la urbe signados por condiciones deficientes, tanto de habitación como de higiene, donde se alojaron los elementos marginales de la sociedad: jornaleros, desocupados, prostitutas, delincuentes etc. (MOREYRA, 2009). Los espacios ocupados por estos individuos estuvieron signados por la carencia de agua bebible, la existencia de pozos contaminados, la manipulación antihigiénica de los alimentos etc.

El cuadro 1, donde se exponen las principales causas de muerte de carácter epidémico e infecto-contagioso, muestra – sin lugar a dudas – el estado sanitario de la población cordobesa en los albores del siglo XX.

**Cuadro 1** – *Mortalidad por enfermedades infecciosas epidémicas. Ciudad de Córdoba, 1910-1920. Tasas por 10.000.*

Años	Fiebre Tifoidea	Viruela	Sarampión	Gripe	Coqueluche	Escarlatina	Difteria y Crup
1910	6,21	1,62	10,35	0,18	1,17	0,45	1,709
1911	5,84	6,36	0,34	0	2,15	0,34	1,548
1912	10,02	1,40	0,08	0,16	0,49	0,08	3,616
1913	6,05	0,08	0,24	0,16	0,39	0,08	2,358
1914	4,97	0	3,41	0,30	5,93	0,00	1,63
1915	3,45	0,07	1,69	0,95	0,81	0,22	3,23
1916	4,73	0,07	5,87	1,15	0,07	5,37	1,933
1917	2,99	0	5,51	0,49	0,07	3,07	0,837
1918	6,04	0	0,88	3,39	1,49	0,27	0,475
1919	3,69	0	0,53	15,50	8,70	0,13	2,835
1920	4,29	0	7,10	1,92	1,41	0	1,983

Fuente: Córdoba (1910-1920).

Sin lugar a dudas, al momento de la llegada de la gripe, las condiciones sanitarias no eran excelentes en la urbe fundada por Jerónimo Luis de Cabrera: los pobladores de Córdoba venían sufriendo constantes ataques de enfermedades endémicas y epidémicas, dentro de las cuales las más importantes eran la tuberculosis<sup>7</sup>, la fiebre tifoidea, la viruela y el sarampión, generando tasas de mortalidad general de entre 30 y 40 por 1000 y una esperanza de vida al nacer de 35 años aproximadamente (CELTON, 1992).

La pandemia de gripe, que se había expandido súbitamente en la Europa occidental a comienzos de 1918, generó sus primeras víctimas en los últimos meses de aquel año en la ciudad de Córdoba. Como comentamos para el caso argentino en general, su impacto sobre la mortalidad en esta primera oleada no fue estrepitoso, cobrándose una escasa cantidad de casos fatales.

<sup>7</sup> Durante la década de 1910, la tisis mostró un crecimiento espectacular en la ciudad mediterránea, no sólo como consecuencia del desarrollo de la enfermedad en la población nativa, sino también por la creciente inmigración de tuberculosos que llegaban en busca de la cura a través del clima (CARBONETTI, 2011).

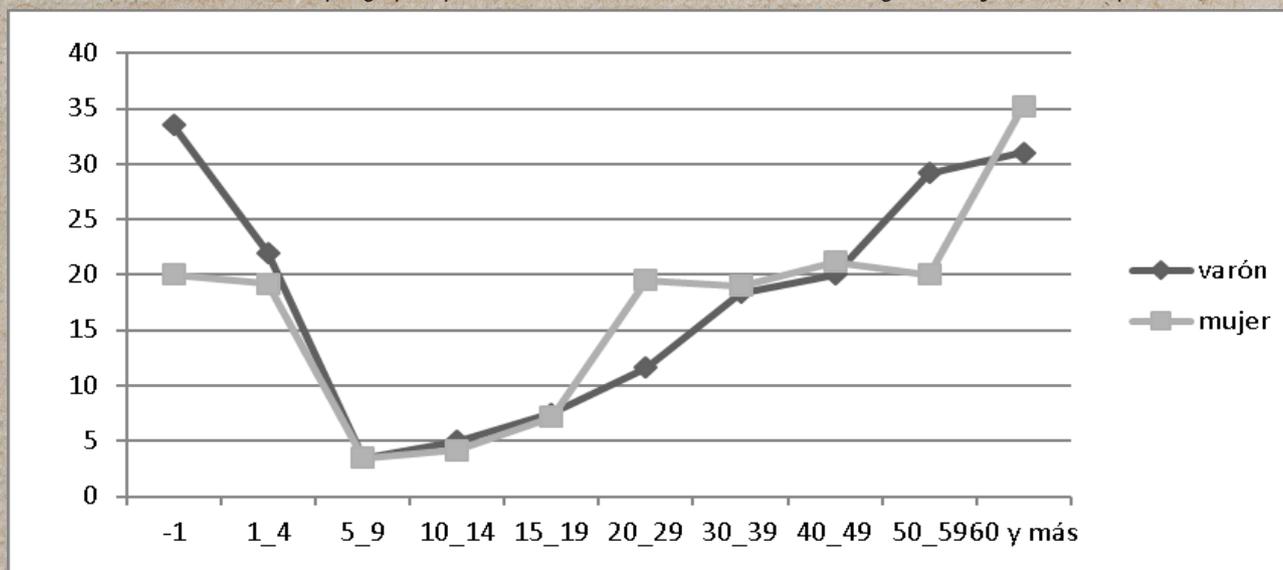
Concretamente, las fuentes develan una tasa cercana a las 3,4 muertes por cada 10.000 habitantes; si bien esta cifra es superior a años anteriores, resulta menor a la tasa que provocaría la gripe en 1919, cercana a 15,4 por 10.000 habitantes. Cabe destacar que la epidemia sobrevino en dos tramos marcados: el primero, durante 1918, tuvo su punto de quiebre en el mes de noviembre, y a partir de diciembre comenzó a descender. La segunda oleada se inició a partir de mayo de 1919 y duró aproximadamente dos meses (junio y julio), cayendo en los meses posteriores; este brote fue el más severo. En el cuadro 1 se aprecia que el brote de gripe española fue el más mortal en toda la década y en relación a otras enfermedades infecciosas de carácter epidémico.

### Mortalidad por edad y sexo en 1919

El análisis desarrollado hasta aquí nos conduce, necesariamente, a interrogarnos acerca de cuáles fueron los grupos etarios y el sexo más azotados por la epidemia en términos de mortalidad. Una de las características más singulares de esta pandemia fue que, a escala mundial, impactó fuertemente en los grupos etarios intermedios, productivos, de entre 20 y 40 años. Empero, la elaboración de tasas de mortalidad específicas por edad y sexo para la ciudad de Córdoba permite apreciar rasgos distintos: el gráfico 2 devela la primacía de muertes en las edades más débiles de la población, especialmente en los grupos de menos de 4 años y más de 50.

A pesar de este fenómeno, se verifica un crecimiento a partir del grupo 15-19 en ambos sexos, más abrupto y estabilizado en las mujeres y con un incremento constante en el caso de los hombres; lo

**Gráfico 2**—Mortalidad por gripe española en la ciudad de Córdoba en 1919 según edad y sexo. Tasas por 10.000



Fuente: Elaboración propia a partir de Córdoba (1910-1920).

que muestra el gráfico permitiría pensar que la gripe española, más allá del impacto que generó en los grupos etarios extremos, habría impactado en los grupos productivos y reproductivos, en especial en las mujeres, que tendrían una tasa de mortalidad constante entre los 20 y los 50 años de 20 por 10.000, mientras que los varones, a pesar de partir de una tasa menor, tendrían un ascenso del 10 al 30 por 10.000 en los mismos grupos etarios. Desde esta perspectiva, se podría concluir que la mortalidad, si bien impactó en los extremos, también tuvo un fuerte ascendente tanto en varones como en mujeres entre los 20 y los 50 años.

Un análisis pormenorizado de las causas del mayor impacto de la enfermedad sobre los niños y los ancianos coloca al descubierto las diferencias y carencias sociales como elementos clave para comprender este fenómeno. Una nota del diario cordobés *Los Principios* publicada el 11 de junio – cuando más se acrecentaba el estado de alerta por la epidemia – nos acerca a las características del estrato social compuesto por los individuos muertos tras contraer la dolencia: “[...] Hoy con motivo de la epidemia de gripe, de coqueluche y difteria el problema se actualiza de nuevo porque son esos niños con malas condiciones de nutrición las víctimas preferidas de las complicaciones de las difundidas dolencias” (ESTADO..., 1919, p. 15).

En esa misma línea argumentativa, y colocando en tensión las dos variables antes mencionadas, el 14 de junio de 1919 el periódico publicaba una nota en la que ponderaba la problemática de los sectores más empobrecidos respecto a la gripe:

El flagelo reinante, la gripe, que ha vuelto a invadir el país entero viene causando bajas considerables en la población de la provincia y especialmente en esta capital. Las estadísticas de mortalidad por la epidemia están demostrando con evidencia incuestionable que la enfermedad, benigna y casi sin consecuencias de un principio se ha tornado un mal gravísimo que asume proporciones [...] cada vez más alarmantes. Y esos estragos se están potenciando de modo especial entre la población pobre que carece de los recursos suficientes para atenderse en forma debida. Explicase así la alarmante cantidad de casos fatales producidos hasta ahora. (SOBRE..., 1919, p. 13)

## **Distribución espacial de las muertes por gripe española en la ciudad de Córdoba en 1919**

A partir de lo señalado en el apartado previo, y pensando la distribución de las defunciones como consecuencia de la gripe, resulta insoslayable considerar la hipótesis de que en el espacio cordobés

se reflejaba la división de las clases. En efecto, al igual que en otras ciudades en crecimiento a principios del siglo XX, en la ciudad de Córdoba, la división espacial coincidía con la segmentación social, hecho extendido hasta mediados del siglo XX (AGULLA, 1983; ANSALDI, 1991).

Los sectores dominantes, tanto política como social y económicamente, ocupaban las zonas centrales del espacio urbano, mientras los grupos con escasos recursos vivían en la periferia, donde la infraestructura y las condiciones habitacionales eran precarias; el conventillo y el rancho eran las viviendas más comunes, habitadas, en sobradas oportunidades, por personas que carecían de trabajo (ANSALDI, 1991). Esa distribución espacial de las clases sociales y su marginalidad—en términos espaciales y sociales—se reflejaba en las muertes por enfermedades infecto-contagiosas, dentro de las cuales la tuberculosis y otras enfermedades como difteria, sarampión o gripe ocupaban un lugar preponderante.

Este fenómeno fue advertido por un sanitarista de la época, Juan Cafferata que, para la Primera Conferencia de Profilaxis Tuberculosa, realizada en Córdoba en 1917, confeccionó un mapa en el que anotaba las muertes por tuberculosis de acuerdo al domicilio donde acaecía la defunción. En esse plano, se observa una correlación entre la distribución espacial de las clases sociales y las muertes por tuberculosis (CAFFERATA, 1918, p. 80). El sanitarista observaba que, en las zonas centrales, donde habitaban los sectores más acaudalados de la sociedad, la tuberculosis no provocaba víctimas, pero en los sectores periféricos, donde habitaban los obreros y los elementos marginales, el número de muertes era mayor. Esta parece ser la lógica que siguió también la gripe española en su paso por la ciudad de Córdoba, en especial en la segunda oleada, que fue más mortífera que la primera. Conclusiones similares elaboró Gumersindo Sayago (1920) analizando la mortalidad por tuberculosis en las distintas secciones de la ciudad. El sanitarista, además, realizaba una excelente descripción de ellas. A los dos autores mencionados recurrimos para nuestro análisis, pues sus escritos contienen ricos datos —fundamentalmente, estadísticos— de elaboración propia.

La primera sección comprendía la mayor parte del centro de la ciudad y era la que menor número de ranchos poseía, pero, junto con la segunda, albergaba una importante población viviendo en conventillos: en proporción, el 2,5 por ciento de los 3.883 ranchos de toda la ciudad y el 20,5 por ciento de los 241 conventillos. Estas viviendas eran habitadas por 314 y 2.161 personas, respectivamente (CAFFERATA, 1918, p. 91- 102). Salvo la zona que se encontraba lindando con el río, que se caracterizaba por su pobreza, la mayor parte tenía comercios minoristas y mayoristas, “el resto posee casas modernas, conventillos y servicios sanitarios apropiados” (SAYAGO, 1920, p. 53).

La segunda sección se extendía al oeste de la parte céntrica y comprendía lo que hoy pertenece al barrio Alberdi. Esta sección era descripta por Sayago de la siguiente forma: “a pesar de sus

numerosos conventillos, comprende el barrio de las familias, en su general, gentes de condición económica muy buena y que disfrutaban de buenas habitaciones” (SAYAGO, 1920, p. 53). En la medida en que la ciudad se extendía a la periferia, las casas de familia se iban convirtiendo en conventillos: “una miseria muy grande con caracteres gravísimos, pues al mismo tiempo que repercute en la mortalidad tuberculosa, está degenerando socialmente este barrio en el cual la prostitución clandestina se ejerce en forma desvergonzada” (SAYAGO 1920, p. 54). Según el censo de viviendas llevado a cabo por la Municipalidad de la ciudad de Córdoba, esta sección contaba con el 7 por ciento de los ranchos y el 28,3 por ciento de los conventillos donde moraban 733 y 2.609 personas, respectivamente (CAFFERATA, 1918, p. 91-102).

Las secciones tercera y cuarta, a pesar de ser continuaciones del centro de la ciudad hacia el sudoeste la primera y el sudeste la segunda, constituían parte de la periferia. En estas secciones, disminuía el número de conventillos, pero aumentaba el de los ranchos. En efecto, en la tercera se encontraba el 8,2 por ciento de éstos, habitados por 795 personas; mientras que la cuarta contenía el 11,1 por ciento, donde vivían 1.383 personas. En lo que se refiere a conventillos, la tercera contaba con el 11,2 por ciento del total, poblados por 1.383 personas, y en la cuarta prácticamente no existían. A pesar de encontrarse geográficamente unidas y en similares posiciones, existían fuertes diferencias sociales entre una y otra sección: la tercera comenzaría a poblarse con sectores marginales y la cuarta sería una zona residencial para las familias importantes de la ciudad.

La quinta sección se encontraba al noreste de la ciudad, comprendiendo barrios obreros como el Inglés, General Paz y parte de Alta Córdoba, donde, según Cafferata, existían 489 ranchos que representaban el 12,9 por ciento del total de estas unidades habitacionales y 1.257 personas encontraban cobijo en ellos (CAFFERATA, 1918, p. 91-102). Todos los autores refieren como un serio problema para la salud a la sexta sección, ubicada al noroeste de la ciudad, que comprendía parte de Alta Córdoba y San Martín. Las estadísticas no dejan lugar a dudas sobre la realidad de esta sección, pues poseía el mayor número de ranchos (42,9 por ciento, con 4.372 habitantes) y conventillos (43,6 por ciento, con 429 moradores), donde la pobreza y la falta de higiene eran lo común.

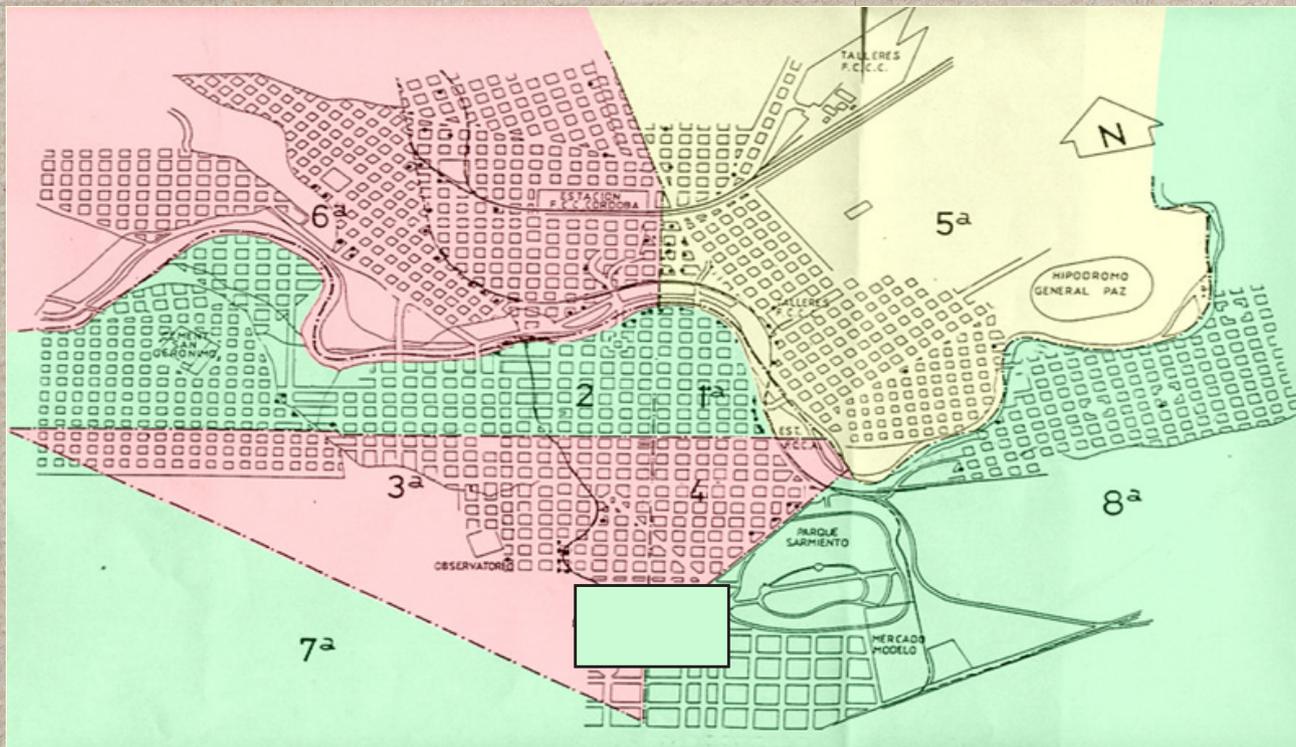
Por último, la séptima sección era una zona rural deshabitada, al sudoeste de la tercera; y la octava, si bien abarcaba el Pueblo San Vicente, en su mayor parte estaba deshabitada; en esta zona, la Municipalidad había comenzado a construir casas baratas para obreros, pero su número fue mínimo, para albergar una cantidad importante de gente sin habitación; aquí se concentraba el 15,2 por ciento de los ranchos (CAFFERATA, 1918, p. 91-102).

La descripción que elaboraron los dos tisiólogos permite también entender el desarrollo de la mortalidad, en términos territoriales, que se generó como consecuencia de la aparición de la gripe española. Observamos en el plano que hay una relación importante entre las secciones centrales y las periféricas.

Un ejercicio comparativo que coloca en perspectiva la mortalidad por gripe en las diversas secciones, y pondera la situación de pobreza de cada una de ellas, da como resultado datos que permiten constatar que, en los sectores de la ciudad donde imperaban las condiciones paupérrimas, la epidemia generaba tasas más altas de mortalidad. Así, las secciones sexta, tercera y cuarta muestran tasas superiores a la de la ciudad de Córdoba de manera total: la sexta, como acabamos de señalar, era reconocida por los galenos del período como una cuestión acuciante para la salud pública, debido a las paupérrimas condiciones de existencia que se reflejaban, por ejemplo, en la vivienda, donde el rancho y el inquilinato eran habituales; la tercera poseía un grado importante de población en condiciones de indigencia que se congregaba en la formación de barrios marginales como “El Abrojal”; la excepción pareciera ser la cuarta, lugar que, si bien tenía una importante cantidad de población empobrecida, comenzaba a ser habitado por los sectores encumbrados. En este caso, conjeturamos que la alta tasa de mortalidad por gripe podría deberse al impacto sobre aquella población necesitada. Por el contrario, las secciones menos atacadas eran las centrales, habitadas por sectores altos, como la primera y la segunda, mientras que las séptima y octava se encontraban relativamente deshabitadas. Sólo la quinta encontraría una tasa intermedia entre ambos extremos (ver plano 1).

La menor mortalidad por la pandemia de gripe en las secciones donde vivían los sectores más pudientes de la ciudad no implicó que la dolencia los evitara. En todo caso, resulta factible pensar que estos estratos detentaban cuantiosos recursos de diversa índole para sortearla: la atención médica constante, el acceso a puestos sanitarios y tratamientos específicos, y mejores y mayores condiciones nutricionales, que les permitían generar más resistencia a la enfermedad, no constituirían un dato anecdótico. Como contrapartida, los sectores más empobrecidos debieron soportar el padecimiento en condiciones de indefensión frente a un Estado que no respondía a los requerimientos imperiosos del conjunto social y cuyos servicios sanitarios fueron rebasados rápidamente. Si bien durante el desarrollo del mal se clausuraron instituciones educativas – por suspensión de las clases – y se realizaron múltiples esfuerzos por cerrar los lugares de reunión y entretenimiento como cines y bares, la función del Estado como reinstaurador de la salud se vio puesta en jaque.

**Plano 1** – Tasas de mortalidad por gripe española en el año 1919 en la ciudad de Córdoba según sección. Tasas por 10.000.



Escala 11-13,9

14-16

mas de 16

Fuente: Córdoba (1910-1920).

En ese sentido, *Los Principios* pregonaba la escasa capacidad estatal para hacerle frente a la enfermedad. En la nota que citáramos anteriormente, el periódico católico realizaba un llamado a la intervención del Estado en defensa de los pobres:

Urge entonces que los poderes públicos se preocupen activamente y preferentemente de este asunto cuya gravedad no se puede desestimar adoptando las providencias a la altura de las proyecciones del mal, superándolo para combatirlo y extirparlo y prestando socorro y la ayuda que necesitan los pacientes pobres especialmente. Para ello la suma de 20.000 pesos acordada por la legislatura para gastos en profilaxis en la provincia nos parece insignificante. (SOBRE..., 1919, p. 13)

De manera convergente, el diario formulaba algunas alternativas para paliar el flagelo:

El establecimiento de un sanatorio o lazareto, siquiera provisorio puede ser, entre otros, una resolución eficiente y de verdadero socorro, dado que allí podrían encontrar amparo y la asistencia racional y médica requerida por los numerosísimos enfermos pobres de esta capital por lo menos salvando de un modo una gran cantidad de casos fatales producidos hasta ahora

por las complicaciones de la enfermedad determinada exclusivamente por la falta de asistencia. (SOBRE..., 1919, p. 13)

Estas citas son sólo un recorte de las apreciaciones del diario acerca del posicionamiento y accionar del Estado cordobés frente al azote. Es que, en cierta medida, los distintos estratos estatales (municipio, provincia y nación), si bien ya habían asumido cierto rol de garantes de la salud pública, este se limitaba a enfrentar sucesivas coyunturas de crisis epidemiológica – no se establecían políticas tendientes a generar acciones de prevención, pues se encontraba en un escenario de pobreza estructural.

## Consideraciones finales

Como observamos, la pandemia más mortífera del siglo XX fue largamente olvidada por la historiografía nacional. En ese sentido, el desarrollo de la epidemia H1N1, en 2008, fue un momento bisagra ya que los historiadores profesionales se interesaron en la gripe española como un antecedente importante frente a esa epidemia que generaba temor en la sociedad y ciertas medidas por parte del Estado. Particularmente, nuestra aproximación se enfocó en el impacto de la gripe sobre la población de la ciudad de Córdoba (fundamentalmente, en términos de mortalidad), pero sin soslayar el escenario nacional. Consideramos que hacer hincapié en el desarrollo de la pandemia en una ciudad permite analizarla dentro de un microcosmos donde se pueden analizar variables que, cuando se estudia el país en su conjunto, quedan escasamente visibilizadas.

En este caso, el análisis transcurrió en la ciudad tratando de estudiar dos dimensiones: por un lado, las características que asumió la mortalidad por edad y sexo, a fin de observar cuáles fueron los grupos etarios donde la mortalidad impactó de forma más contundente; y, por otro lado, la correlación entre la mortalidad y las condiciones de vida y de salubridad de la población.

A través del análisis de las condiciones epidemiológicas, hemos constatado que la epidemia de gripe se dio en un contexto sociodemográfico particular, pretransicional, caracterizado por el advenimiento constante de enfermedades infectocontagiosas, epidémicas y endémicas que eran prácticamente imposibles de controlar por un andamiaje sanitario precario. Como hemos marcado, la epidemia sobrevino en dos etapas: la primera, durante 1918, tuvo su punto culminante en noviembre y a partir de diciembre comenzó a caer. La segunda oleada se inició

a partir de mayo de 1919 y duró aproximadamente dos meses (junio y julio), cayendo en los posteriores. Considerando los grupos etarios y el sexo más castigados por la epidemia desde el punto de vista de la mortalidad, los datos atestiguan un predominio de defunciones en franjas de edades más débiles de la población, es decir ancianos y niños menores de un año, aunque también se aprecia el impacto de la mortalidad en las edades reproductivas y productivas, entre los 20 y 50 años, con una tasa alrededor de 20 por 10.000 estable en las mujeres mientras que en los varones se registra un ascenso del 10 al 30 por 10.000. Tal vez las características que asumió la mortalidad por gripe estén en relación con las primeras etapas de la transición epidemiológica en la que estaba la población de la ciudad de Córdoba en ese momento, y donde varias epidemias conjuntas estaban impactando en la población infantil y en la vejez.

El examen de la distribución espacial de las muertes permitió apreciar una incidencia marcada en los sectores sociales menos acomodados. A partir de la certeza de que la división espacial reflejaba cierta sectorización social, hemos podido apreciar, mediante las descripciones que generaron tisiólogos de la época, que los sectores altos y medios se encontraban en las secciones primera y segunda, aquellas que tuvieron una menor tasa de mortalidad – lo que se repite en la periferia y zonas deshabitadas, como la octava sección. Las secciones marginales, en cambio, como la tercera, la cuarta, la quinta y la sexta, con mayor presencia de los sectores populares, fueron las de mayor tasa de mortalidad. Esto tendría varias explicaciones: una menor intervención del Estado y mayores índices de pobreza, que estaban en relación con una menor capacidad de acceso a ciertas estrategias como la huida al campo, el acceso a medicamentos que, si bien no curaban, morigeraban la enfermedad, y la lógica necesidad de trabajar para poder comer, lo que no les permitía descansar.

En sí podemos deducir que, si bien la gripe española fue una enfermedad igualitaria en el sentido que fue una dolencia que atacó a toda la población cordobesa, fue inequitativa con los diversos sectores sociales ya que, frente a aquellos que pudieron escapar o generar estrategias para quedar indemnes, otros no pudieron acceder a estos privilegios y por sus condiciones de habitabilidad, nutrición y salud fueron víctimas de la enfermedad.

## Referencias

AGULLA, Juan Carlos. *De la industria al poder*. Buenos Aires: Editorial Líbera, 1983.

ANSALDI, Waldo. *Industria y urbanización. 1880-1914*. Córdoba: Mimeo, 1991.

ANSALDI, Waldo. Una modernización provinciana: Córdoba, 1880-1914. *Estudios*, Córdoba, n. 7, p. 51-80, jun. 1997.

ARGENTINA. Departamento Nacional de Higiene. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Buenos Aires, v. 20, n. 26, 1920.

ARIAS BUCCIARELLI, Mario. Tendencia en el proceso de conversión de territorios nacionales a provincias. La pervivencia de un horizonte referencial. *Revista de Historia*, [S.l.], n. 6, p. 131-153, oct. 2014.

ASSADOURIAN, Carlos. *El sistema de la economía colonial: mercado interno, regiones y espacio económico*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1982.

BENÍTEZ, Pablo. Gripe española de 1918 en El Salvador: reseñas y debates en el Diario Oficial y el Diario del Salvador. *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, Sevilla, n. 6, p. 53-76, jul./dic. 2017.

BERTOLLI, Claudio. *Epidemia e sociedade, a gripe espanhola no município de São Paulo*. 1986. 494 f. Dissertação (Mestrado em História Social)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

BERTUCCI, Liane María. *Influenza, a medicina enferma*. Campinas: Editora da Unicamp, 2004.

BORTZ, Jaime Elías. 1918: La gripe en Buenos Aires. La sociedad porteña en crisis. *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, Sevilla, n. 6, p. 230-261, jul./dic. 2017.

BURNET, Macfarlane; WHITE, David. *Historia natural de la enfermedad infecciosa*. Madrid: Alianza, 1982.

CAFFERATA, Juan. El saneamiento de la vivienda en la profilaxis de la tuberculosis. In: CONFERENCIA NACIONAL DE PROFILAXIS ANTITUBERCULOSA, 1, 1918, Córdoba. *Actas y Trabajos...* Córdoba: Editorial Talleres Tipográficos de la Penitenciaría de Córdoba, 1918. p. 454-409.

CARBONETTI, Adrián. *La ciudad de la peste blanca*. Historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina. 1895-1947. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, 2011.

CARBONETTI, Adrián. La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, Granada, v. 25, p. 87-116, enero/dic. 2005.

CARBONETTI, Adrián. Historia de una epidemia olvidada: La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919. *Desacatos*, México n. 32, p. 159-174, abr. 2010a.

CARBONETTI, Adrián. Ofrecimiento de productos en épocas de epidemia. La publicidad en momentos de la pandemia de “gripe española” en Argentina, 1918-1919. In: CUENYA MATEOS, Miguel Angel; ESTRADA, Rosalina. *Enfermedad, epidemias, higiene y control social*. Nuevas miradas desde América Latina y México. Siglos XIX y XX. Puebla: Editorial de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2013. p. 147-166.

CARBONETTI, Adrián. Política en época de epidemia: la pandemia de gripe en Argentina (1918-1919). *Espaço Plural*, Cascavel, ano XI, n. 22, p. 57-64, jan. 2010b.

CARBONETTI, Adrián; ÁLVAREZ, Adriana. La gripe española en el interior de la Argentina (1918-1919). *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, Sevilla, n. 6, p. 207-229, jul./dic. 2017.

CARBONETTI, Adrián; CELTON, Dora. La transición epidemiológica. In: TORRADO, Susana. *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario*. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA, 2007. p. 369-398.

CARBONETTI, Adrián; GÓMEZ, Néstor Javier; TORRES, Victor. La gripe española y crisis de mortalidad en Salta, Argentina. A principios del siglo XX, *Historelo, Revista de Historia Regional y Local*, Medellín, v. 5, n. 10, p. 269-300, jul./dic. 2013.

CARBONETTI, Adrián; RIVERO, María Dolores; HERRERO, María Belén. Políticas de salud frente a la gripe española y respuestas sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918-1919). *Astrolabio*, Córdoba, n. 13, p. 66-96, jun./dic. 2014.

CELTON, Dora. La mortalidad en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 1869 y 1990. *Revista de Demografía Histórica*, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 31-58, enero 1992.

CÓRDOBA (Ciudad). Oficina de Estadísticas de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba. *Boletín Mensual Municipal*, Córdoba, v. 12, n. 8, 1910-1920.

CUENYA MATEOS, Miguel Ángel. Reflexiones en torno a la pandemia de influenza de 1918. El caso de la ciudad de Puebla. *Desacatos*, México n. 32, p. 145-158, abr. 2010.

DÁVILA, Dora. *Caracas y la gripe española de 1918: epidemias y política sanitaria*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello, 2000.

DEVOTO, Fernando. La inmigración de ultramar. In: TORRADO, Susana. *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario*. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: EDHASA, 2007. p. 531-548.

ESTADO sanitario de Córdoba. *Los Principios*, Córdoba, p. 15, 11 jun. 1919.

GERCHUNOFF, Pablo; LLACH, Lucas. *El ciclo de la ilusión y el desencanto*. Un siglo de políticas económicas argentinas. Buenos Aires: Emecé, 2010.

IPARRAGUIRRE, Hilda. Notas para el estudio de la demografía de la ciudad de Córdoba en el período 1869-1914. In: *Homenaje al Dr. Ceferino Garzón Maceda*. Córdoba: Instituto Americanista/Universidad Nacional de Córdoba, 1970. p. 267-288.

JOHNSON, Niall; MUELLER, Juergen. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" Influenza pandemic. *Bulletin of the History of Medicine*, [S.l.], v. 76, n. 1, p. 105-115, 2002.

LAVAL, Enrique. Chile 1918: las dos epidemias. *Rev. chil. infectol.*, Santiago, v. 20, p. 133-135, 2003.

LÓPEZ, Marcelo; BELTRÁN, Miriam. Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina. *Rev. chil. infectol.*, Santiago, v. 30, n. 2, p. 206-215, abr. 2013.

MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes; MOLINA DEL VILLAR, América. El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos*, México n. 32, p. 121-144, abr. 2010.

- MCKEOWN, Thomas. *El crecimiento moderno de la población*. Barcelona: Antoni Bosch, 1976.
- MC NEILL, William. *Plagas y pueblos*. Madrid: Siglo XXI, 1984.
- MOREYRA, Beatriz Inés. *Cuestión social y políticas sociales en la Argentina: la modernidad periférica, Córdoba, 1900-1930*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2009.
- ORTIZ BERGIA, María José. La salud pública en transformación. La estructuración de políticas sanitarias en Córdoba-Argentina, 1930-1943. *Asclepio*, Madrid, v. 64, n. 1, p. 121-146, enero 2012.
- OSPINA DÍAZ, Juan Manuel; MARTÍNEZ, Abel Fernando; HERRÁN FALLA, Oscar Fernando. Impacto de la pandemia de gripe de 1918-1919 sobre el perfil de la mortalidad general en Bocayá, Colombia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 53-81, jan. 2009.
- OTERO, Hernán. *Estadística y nación: una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914*. Buenos Aires: Prometeo, 2006.
- RIVERO, María Dolores; CARBONETTI, Adrián; VITTAR, Carlos Fabián. De trastornos mentales y gripe: la “dama española” en la psiquiatría rosarina de comienzos del siglo XX, Argentina. *Diálogos: Revista Electrónica de Historia*, San José, v. 20, n. 2, p. 99-114, jul./dic. 2019.
- RODAS CHÁVES, Germán. La gripe española: la información de la prensa española y norteamericana que alertó la epidemia en el Ecuador y el rol del médico Isidro Ayora. *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, Sevilla, n. 6, p. 136-166, jul./dic. 2017.
- SAYAGO, Gumersindo. *La tuberculosis en la Provincia de Córdoba*. Córdoba: Imprenta Pereyra, 1920.
- SERRÓN, Víctor. *Epidemia y modernidad política: la influenza en Uruguay, 1918-1919*. 2013. 326f. Disertación (Doctorado en Sociología)—Universidad Católica Argentina, Buenos Aires, 2013.
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. *A influenza espanhola e a cidade planejada. Belo Horizonte, 1918*. Belo Horizonte: Argvmentum, 2007.
- SOBRADO BOTEY, Ana María. La tardía epidemia de influenza o gripe “española” y sus desenlaces en Costa Rica (1918-1920). *Americanía: Revista de Estudios Latinoamericanos*, Sevilla, n. 6, p. 77-109, jul./dic. 2017.
- SOBRE el desarrollo de la grippe. *Los Principios*, Córdoba, 14 jun. 1919, p.13, 14 jun. 1919.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia, saúde política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Recebido em: 05 de setembro de 2019  
Aprovado em: 22 de outubro de 2019