

Epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires durante 1871

*Comunicación del Académico de número
Miguel Ángel Schiavone en la sesión privada de la
Academia Nacional de Ciencias Morales
y Políticas, el 26 de noviembre de 2025*

Epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires durante 1871

Por el académico DR. MIGUEL ÁNGEL SCHIAVONE

Motivos que impulsaron esta presentación

A mediados de 2025 OPS declaró una alerta sanitaria por el avance de Fiebre Amarilla en América Latina. Los registros de este año confirman la expansión de la enfermedad más allá de la región amazónica, con brotes activos en Brasil, Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia. La cantidad de casos confirmados casi triplica la del año anterior y la letalidad supera el 40%. La mayoría de los casos no estaban inmunizados contra la fiebre amarilla, pese a que la vacuna es segura, asequible y eficaz con una sola dosis. Durante 2025

el Ministerio de Salud de la nación argentina envió 425.100 dosis a las zonas de riesgos y en agosto se reforzó con otras 44.600 dosis a Misiones, Corrientes, Salta y Chaco. El programa contempla la vacunación a los 18 meses y un refuerzo a los 11 años. La vacuna en otras regiones del país se recomienda solo a los viajeros, con una sola dosis al menos 10 días antes del viaje. Los factores asociados a este aumento de casos se relacionan con el incremento de la movilidad humana, el cambio climático (lluvias, calor, mosquitos) y epizootias (muertes masivas de primates).

Fiebre amarilla: trasmisión y clínica

Se trata de una enfermedad infecciosa causada por un virus. Afecta fundamentalmente al hígado produciendo ictericia por eso se la denomina fiebre amarilla, también se la denomina “vomito negro” por los vómitos de sangre oscura. La enfermedad es una zoonosis porque el virus puede transmitirse a través del mosquito desde animales (monos) al hombre. El mosquito se infecta cuando pica e ingiere sangre de un enfermo. Para que se produzca un brote epidémico urbano se necesita que el enfermo llegue a la ciudad en etapa de viremia y lo piquen los vectores. Las personas que sobreviven quedan

con una inmunidad de por vida. El mosquito trasmite la enfermedad durante toda su vida. El médico cubano Carlos Finlay en 1881 presenta en Washington su descubrimiento sobre la forma de trasmisión de la enfermedad a través del Aedes Aegipti. En su honor, en argentina se celebra el 3 de diciembre día del nacimiento de Finlay como el día del médico.

El periodo de incubación (tiempo entre la picadura y la aparición de los síntomas) es de 3-6 días. La viremia, tiempo de mayor circulación del virus en sangre y por ende de contagio coincide con la fase febril (3-4 días). El mosquito vive entre tres y cuatro semanas. Este mosquito también trasmite el dengue, Zika y chikunguña. Medidas de prevención: vacunación, descarte de objetos que acumulan agua (cacharros), control de epidemia en monos y vigilancia de casos febriles en la comunidad.

Origen del brote de 1871

La epidemia se originó en Asunción, Paraguay, donde se había desarrollado un brote severo en diciembre de 1870, casi en los finales de la guerra de la triple alianza. Desde allí, la

enfermedad se propagó hacia Corrientes a través de los barcos que transitaban el río Paraná, y finalmente llegó a Buenos Aires, estableciéndose en primer lugar en el barrio de San Telmo, muy densamente poblado en ese momento.

El clima y contexto epidemiológico previo fueron uno de los factores de riesgo: Se registraron altas temperaturas, humedad pronunciada y una probable influencia del fenómeno de El Niño, que crearon condiciones atmosféricas propicias para el desarrollo de vectores como el mosquito *Aedes Aegypti*. Epidemias previas ocurrieron en 1852, 1858 y 1870 en la ciudad, lo que indica una recurrencia del problema, aunque ninguna tan letal como la de 1871.

Etapas de la epidemia

1.- Inicio de la epidemia: el 27 de enero de 1871 se detectaron los primeros casos en San Telmo, marcando el comienzo de una inminente crisis sanitaria. En febrero ya se registraban unos 300 fallecimientos acumulados, y a comienzos de marzo, el número de muertes diarias superaba los 40, alcanzando más de 100 el 6 de marzo.

2.- Pico de la epidemia: En abril se producen 7.500 muertes, el punto más crítico fue el 10 de abril, con un récord de 583 muertes en un solo día, frente a un promedio habitual que no excedía los 20 diarios. Ese día, los gobiernos nacional y provincial declararon feriado hasta fin de mes.

3.- Desescalada y fin de brote: tras el pico, los fallecimientos disminuyeron a 89 diarios con la llegada del frío, aunque a fin de abril se produjo un nuevo repunte de 161 muertes, posiblemente por el regreso de las personas evacuadas. En mayo la ciudad comenzó a retornar a la normalidad y el 2 de junio ya no se registraron nuevos casos.

4.- Número total de muertes: entre enero y junio de 1871 fallecieron aproximadamente entre 13.600 y 14.500 personas, lo que representó cerca del 8 % de la población de la ciudad.

Desarrollo y evolución de la epidemia

Ya en 1870 habían ocurrido unas 26 defunciones que se rotularon como de fiebre amarilla, a pesar de que los métodos diagnostico pudieron no haber sido muy seguros. Un informe de la Junta de Sanidad del Puerto firmado por Eduardo Wilde y Pedro Mayo dirigido al presidente advierte sobre la

posibilidad de una epidemia de fiebre amarilla, conociendo que en el Paraguay ya había casos y también en Corrientes (había devasto la población y dejado en acefalía gubernamental la provincia). El informe además manifiesta que los barcos tenían que venir con una patente que daba el cónsul argentino en Paraguay en la que aseguraban que el barco estaba “limpio” (sin casos febriles ni enfermos). Pero ambos se quejaban de que el Cónsul Benítez estaba entregando patente a barcos que no reunían estas condiciones. Solo era cuestión de tiempo para que la epidemia llegara a Bs. As.

El primer caso fue el 27 de enero de 1871 de una pareja de italianos residentes en un inquilinato de la calle Bolívar, el médico que certifica los cosos fue Argerich. El informe con el diagnóstico de fiebre amarilla se envía al jefe de policía O’ Gorman. El 22 de febrero el Dr. Eduardo Wilde da cuenta que estaban ocurriendo 10 casos por día, considerando que se estaba en presencia de un brote. Para ese momento el intendente del municipio Narciso Martínez de Hoz estaba abocado a la preparación del carnaval, por lo que el informe de Wilde no fue muy bien aceptado, ni por el gobierno, ni por la población, inclusivo tampoco por algunos periódicos lo

consideraron “alarmista”. El carnaval se llevó adelante y concluido el mismo los casos diarios se multiplicaron exponencialmente. Los primeros casos aparecen en los inquilinatos atestados de personas, en un solo de ellos fallecieron 76 personas. Los casos ocurrían en inmigrantes pobres que residían en estos inquilinatos en especiales italianos, dando lugar a casos de xenofobia. La Comisión popular en un momento dice que hay que incendiar los inquilinatos con todas las pertenencias de las personas. En este contexto unos 5000 italianos regresaron a su país. Se generaron condiciones de violencia cuando los inmigrantes no querían ser atendidos por los médicos porque decían que estos eran los portadores de la enfermedad. En estos casos debía participar la policía acompañando a los médicos para poder ingresar a las viviendas. La epidemia avanza, las muertes se multiplican y la población, así como la prensa comienza a expresar su preocupación y alarma. Un periodista, Mardoqueo Navarro, es el que registra los casos día a día, indicando la edad, el lugar de defunción, la nacionalidad etc. Casi como un verdadero epidemiólogo que registra caso, tiempo y lugar. Sus registros permitieron hacer un análisis histórico de la epidemia. El presidente Sarmiento cuando

recibe la información de la gravedad de la epidemia se retira a Mercedes junto a su vicepresidente Alsina, quedando casi acéfala la ciudad. El diario la Nación y el Mitrismo objetan la autoridad moral de los gobernantes, que escapan en marzo mucho antes del pico de la epidemia que se dio recién en abril de 1871.

La epidemia continua y la situación se torna espantosa, había cientos de cadáveres sin sepultar, no había ataúdes, habían muerto los sepultureros, los cadáveres se envolvían en lienzos, se ponían en las veredas y los carros de basura los levantaban. La mitad de la población había huido y casi un tercio de los médicos habían fallecido o emigrado de la ciudad. En mayo la ciudadanía movilizada por Roque Pérez se reúne en la plaza de la Victoria y conforman la Comisión Popular. Los integrantes de esta Comisión estaban en condiciones de poder emigrar, pero con valentía y patriotismo deciden enfrentar la situación.

La Comisión la integraban José Roque Pérez (presidente), Héctor Varela (vicepresidente), Carlos Guido Hispano, y Bartolomé Mitre, entre otros, también había médicos y figuras públicas que se abocaron a la salud pública en medio de la crisis, como Eduardo Wilde y Pedro Mayo de la Junta

de Sanidad del Puerto. El famoso cuadro de Blanes presenta las figuras de Roque Pérez y Argerich en la puerta de una vivienda en donde se encontraba fallecida una mujer y a su lado un niño amamantando. El cuadro los representa como verdaderos mártires de aquel momento, ya que fallecen en la epidemia. La comisión popular desarrolla importantes actividades, inclusive hasta participar en los entierros, o hacerse cargo de las farmacias, ya que los farmacéuticos también habían huido o muerto.

Marco Histórico: político y urbano

1.1. Breve situación política 1862 -1874. Guerra y epidemia

La epidemia de fiebre amarilla de 1871 hay que contextualizar en un periodo previo y otro posterior a ese año. Ya había habido brotes en 1852, 1858 y 1870 con impactos epidemiológicos menores. Aunque no se conocía la causa, las autoridades no podían desconocer sus efectos y consecuencias para planificar acciones que mitigaran la morbimortalidad. Políticamente entre 1862 y 1874 dos personalidades disímiles se sucedieron en el ejercicio de la presidencia: Mitre de 1862 a 1868 y Sarmiento de 1868 a

1874. Eran distintos sus temperamentos, intereses e ideas; pero tenían algo en común: la fortaleza para alcanzar sus objetivos. Mitre se enfocó en la unificación política y la construcción de instituciones, mientras que Sarmiento priorizó la educación, la inmigración y el desarrollo económico. Los dos trabajaron con igual intensidad para consolidar el Estado. La guerra, que se prolongó más de lo esperado, generó críticas a la gestión de Mitre, tanto por el prolongado conflicto como por el alto costo humano y económico para Argentina. Sarmiento, aprovechando estas críticas y la creciente impopularidad de la guerra, criticaba a Mitre a través de su periódico "El Nacional", cuestionando su estrategia militar y acusándolo de errores que causaban bajas innecesarias y prolongaban el conflicto. De esta forma emergió como una alternativa política a Mitre. En 1868, Sarmiento asumió la presidencia de Argentina, marcando un cambio de rumbo en la política nacional, aunque no significó un cambio radical en la postura argentina frente a la guerra. Sarmiento, a pesar de sus críticas a Mitre, continuó con la guerra, con un enfoque más pragmático y menos idealista. La relación entre ambos líderes se mantuvo tensa, incluso después de la guerra, con diferencias en la forma de abordar

la reconstrucción del Paraguay y la consolidación del poder en Argentina.

La guerra que trascurrió entre ambos gobiernos, con batallas terrestres y navales, terminó con la muerte de Francisco Solano López marcando el fin del conflicto. Su impacto social y económico negativo afectó a todos los países participantes, especialmente a Paraguay. El desplazamiento de centenares de miles de personas y su alojamiento temporal en campamentos y hábitats que no reunían buenas condiciones higiénicas, favoreció la transmisión de enfermedades infecciosas. Los vectores, en este caso los mosquitos, aprovecharon esta oportunidad para viajar en barcos y carruajes.

1.2. Situación urbana

La propagación de la fiebre amarilla en Buenos Aires en 1871 fue un resultado directo de una combinación de factores biológicos, sociales y ambientales. Las condiciones climáticas y urbanas, propiciaron una epidemia que fue agravada por las profundas desigualdades sociales y la falta de infraestructura sanitaria. La epidemia mostró la vulnerabilidad de las clases bajas y migrantes ante una enfermedad emergente, subrayando la importancia de la

infraestructura pública, la planificación urbana y la gestión sanitaria como determinantes clave en el control de las epidemias.

Este evento no solo dejó una marca histórica en la salud pública argentina, sino que también fue un catalizador para reformas sanitarias y urbanísticas que, con el tiempo, transformaron la ciudad y la gestión de la salud en el país.

1.2.1 Factores de propagación: Condiciones ambientales y biológicas

a) El vector de la enfermedad: el mosquito Aedes aegypti

El Aedes aegypti es el principal vector de la fiebre amarilla. En 1871, la falta de conocimiento sobre la transmisión de enfermedades por vectores biológicos, como los mosquitos, fue un factor crucial en la propagación del brote. El ciclo de vida de este mosquito se favoreció por las condiciones de la ciudad: zonas de agua estancada, canales abiertos y residuos acumulados que proporcionaban sitios ideales para la cría de los insectos.

b) Condiciones urbanas precarias

La ciudad de Buenos Aires, en la década de 1870, presentaba un urbanismo desordenado, con una población que crecía

rápidamente debido a la inmigración. Las condiciones insalubres favorecieron la proliferación del Aedes aegypti, que encontró un entorno propicio para su desarrollo. Las viviendas precarias, los conventillos y las viviendas sobrecargadas de gente sin acceso a servicios de agua potable o saneamiento adecuado contribuyeron a un ambiente ideal para la transmisión del virus. Las calles estaban sin pavimentar y los terrenos se llenaban con basura. Casi ni existía el servicio de agua corriente y la población consumía agua de aljibe y pozos contaminados. Las frutas permanecían días al rayo del sol.

c) El clima y las estaciones del año

Durante el verano de 1871, Buenos Aires experimentó un clima cálido y húmedo, lo que favoreció la proliferación de mosquitos. La alta temperatura y la humedad en los meses de enero a abril contribuyeron significativamente a la expansión de la fiebre amarilla, pues estos son los meses más favorables para el ciclo de vida del mosquito vector. El brote coincidió con la estación estival, un factor que aceleró la propagación de la enfermedad

1.2.2. Determinantes sociales: factores socioeconómicos y políticos

a) Hacinamiento y pobreza urbana

La falta de políticas públicas para regular el crecimiento urbano y la llegada masiva de inmigrantes a Buenos Aires propició la creación de grandes conglomerados urbanos de viviendas precarias, conocidas como conventillos. Estos espacios estaban sobre poblados, sin servicios básicos de saneamiento, agua potable o ventilación, lo que facilitó la propagación de la fiebre amarilla. La concentración de personas en áreas insalubres permitió que el virus se transmitiera con rapidez entre las clases sociales más vulnerables.

b) Inmigración masiva y desigualdad social

A fines del siglo XIX, Buenos Aires vivió una fiebre inmigratoria, especialmente desde Italia, España y otras partes de Europa. Estos inmigrantes, a menudo provenientes de entornos rurales y con pocas capacidades económicas, se asentaron en los conventillos. Las condiciones de vida eran extremas: hacinamiento, mal acceso a servicios básicos y escaso contacto con prácticas sanitarias. Este contexto social y económico aumentó la vulnerabilidad de esta población ante el brote. Si la enfermedad provenía de lo insalubre, se apuntaba a los sectores pobres como los focos de contagio

supremo. Los inquilinatos asentados en el sur de la ciudad, en los barrios de Monserrat y San Telmo abandonados por sus propietarios ahora eran alquilados a los inmigrantes. Se usó de chivo expiatorio a las clases bajas en especial a los inmigrantes. Con la fuga de los habitantes de la ciudad al “norte” o al “campo” se desplegó en el imaginario social la idea de una ciudad enferma y un campo saludable. Xenofobia y segregación social son notables en ese momento.

c) La falta de infraestructura sanitaria

Durante la epidemia, Buenos Aires no contaba con una infraestructura sanitaria adecuada. Los hospitales estaban colapsados y no había recursos suficientes para atender a la gran cantidad de enfermos. El sistema de saneamiento era rudimentario, con pozos sépticos, alcantarillas abiertas y un acceso limitado al agua potable. La ciudad no estaba preparada para manejar una emergencia sanitaria de tal magnitud, lo que facilitó la propagación rápida del virus.

d) Desconfianza en las autoridades y falta de respuesta estatal

La crisis de salud pública también estuvo marcada por una gran desconfianza hacia las autoridades. El gobierno central y local no implementaron medidas eficaces de control en las

primeras etapas del brote. No hubo campañas de control vectorial, ni aislamiento de las áreas afectadas, ni medidas de cuarentena adecuadas. Ante la magnitud de la crisis, la respuesta fue tardía y desorganizada, lo que permitió que la epidemia se descontrolara.

Los hospitales

Cuando irrumpió la epidemia de fiebre amarilla subsistían en Buenos Aires dos hospitales públicos, el General de hombres y el de mujeres, el asilo de mendigos, el hospital de inválidos, la casa de niños expósitos y el hospital Británico (1844).

Problemas del sistema hospitalario durante la epidemia

Sobrecarga de pacientes: La cantidad de enfermos desbordó a los hospitales, que no tenían la infraestructura ni los recursos suficientes para atender a todos los afectados.

Falta de personal médico: La falta de médicos y enfermeras fue una de las principales causas de la incapacidad de los hospitales para brindar atención adecuada. Muchos médicos también se contagieron y murieron debido a la epidemia, lo que empeoró aún más la situación.

Condiciones insalubres: Los hospitales de la época, aunque fundamentales, no contaban con las condiciones de higiene necesarias para enfrentar enfermedades altamente contagiosas como la fiebre amarilla. La falta de sistemas de saneamiento adecuados en los hospitales y en la ciudad en general facilitó la propagación de la enfermedad.

Falta de conocimiento sobre la transmisión: En 1871, no se comprendía completamente cómo se transmitía la fiebre amarilla (no se sabía aún que la enfermedad era transmitida por el mosquito Aedes Aegypti), lo que dificultó enormemente las respuestas de los hospitales y las autoridades sanitarias.

Hospitales más importantes de Buenos Aires en 1871

Hospital de hombres:

El 11 de noviembre de 1614, se inaugura oficialmente el Hospital Militar San Martín de Tours como primer Hospital de Buenos Aires, para beneficio de los 930 habitantes con que contaba la ciudad en ese momento, situado en el cruce de las actuales calles México y Defensa. En 1748, se hizo entrega del hospital San Martín a la orden de padres Betlemitas y pasó

a llamarse Hospital de Betlemitas o de Santa Catalina Virgen y Mártir En 1795, una Real Orden ordenó trasladar el Hospital Bethlemita a la antigua residencia de la Compañía de Jesús, en San Juan y Balcarce donde se constituye como Hospital General de Hombres, ahora administrado por el estado, mientras que los enfermos crónicos de Santa Catalina eran derivados a una chacra cercana para convalecientes. El 9 de noviembre de 1822 la Sala de Representantes de Buenos Aires autorizó al Gobierno a emplear una fuerte suma en la construcción de una sala en el Hospital General de Hombres, Tenía, pues, el Hospital, 3 salas generales (un centenar de camas), 1 sala de presos (10 o 20 camas), 1 salita de oficiales del ejército (10 camas) y 1 sala de crónicos (20 a 25 enfermos). Recibió pacientes durante la epidemia de peste durante 1838, y de fiebre amarilla durante 1858 y 1871. El viejo hospital de hombres fue demolido por su vetustez en 1883.

Hospital de Mujeres

El Hospital de Mujeres, inaugurado oficialmente en noviembre de 1774 como una sala de trece camas, a la diestra del Asilo de Huérfanas fundado por don Francisco Álvarez Campana en 1755, en la actual calle Bartolomé Mitre al 800.

Del otro lado, en la esquina de Suipacha, se levantaba la iglesia de San Miguel (en el sitio de su emplazamiento actual). estaba dedicado principalmente a la atención ginecológica y obstétrica, pero también atendía a mujeres enfermas por otras razones. Si bien su enfoque principal no era la fiebre amarilla, muchas mujeres que padecían la enfermedad durante el brote de 1871 recibieron atención allí, dadas las circunstancias de la epidemia. Cuando el viejo Hospital de Mujeres cerró sus puertas, en 1887 se trasladaron autoridades, médicos, monjas, enfermeras, personal, enfermos y mobiliario al actual Hospital Rivadavia en la calle Las Heras inaugurado por Eduardo Wilde. Este es el nosocomio más antiguo del país, lo que demuestra sin lugar a dudas su continuidad histórica.

Hospital de San Roque

En Buenos Aires, la población crecía aceleradamente y se necesitaba ampliar las instalaciones sanitarias para responder al cólera y a otras afecciones. Así, en 1869 surgió la idea de crear un precario Lazareto con el fin de socorrer al vetusto Hospital General de Hombres. Su labor se incrementa en 1871 ante la epidemia de Fiebre Amarilla. El lazareto, que, a

pesar de sus insuficientes condiciones, se convierte en el principal escenario de lucha contra la enfermedad.

El Lazareto San Roque se puso bajo la advocación del Santo, protector contra las enfermedades pestilentes. La primitiva construcción disponía de dos grandes barracas de adobe con capacidad para 40 camas y 10 casetas de madera para la administración, consultorios externos, botica y recinto de peones. Se construyó en los corrales de miserere en la actual calle Urquiza.

Pasada la epidemia, el viejo Lazareto de adobe brindó alojamiento y asistencia a pacientes crónicos e incurables por falta de camas de internación en otros establecimientos.

En 1883 se inauguró el nuevo hospital San Roque (actual Ramos Mejía) y simultáneamente se desactivó el hospital de hombres

Hospital de los inválidos militares

Creado en 1868 para asistir a los heridos de la guerra del Paraguay durante la presidencia de Mitre, luego durante la epidemia recibió a pacientes infectados y pasó a denominarse hospital mixto de inválidos. Despues de varias reformas y

ampliaciones fue denominado Hospital Guillermo Rawson, ubicado en su actual emplazamiento.

Hospital de la Santa Misericordia

El Hospital de la Santa Misericordia fundado en 1692, fue uno de los hospitales más importantes de Buenos Aires durante los primeros años del siglo XIX, su emplazamiento histórico fue en la zona de Piedras y Adolfo Alsina. Estaba dedicado a la atención de los más necesitados y pobres, quienes representaban la mayoría de las víctimas de la fiebre amarilla. En 1871, el hospital se encontraba en pleno funcionamiento y atendió a muchos de los afectados por la epidemia. Sin embargo, al igual que el resto de los hospitales de la época, el hospital de la Misericordia se vio rápidamente desbordado por el gran número de pacientes.

Hospital de los Incurables

El Hospital de los Incurables fundado en 1794 también era conocido como uno de los centros de atención más grandes para los pacientes con enfermedades crónicas o terminales. Este hospital jugó un rol durante la epidemia de fiebre amarilla, aunque, como otros hospitales de la época, no estaba bien preparado para lidiar con una crisis de tal magnitud. El

hospital se encontraba en una de las zonas más pobres de la ciudad y, por lo tanto, se encargaba de recibir a muchas de las personas que no podían acceder a otros servicios médicos. La sobrecarga del sistema hospitalario y la falta de recursos fue un desafío importante.

Hospital de la Caridad

Fundado en 1727, el Hospital de la Caridad estaba destinado a los más necesitados. Durante la epidemia de fiebre amarilla, este hospital también desempeñó un papel en la atención de los enfermos. Sin embargo, como los demás hospitales, enfrentó dificultades debido al colapso del sistema sanitario, la falta de personal médico y la falta de infraestructura adecuada para manejar la cantidad de enfermos.

Los médicos durante la epidemia

Varios médicos se destacaron por su dedicación, sacrificio y esfuerzo para atender a los afectados, pese a las condiciones extremadamente difíciles. Aunque el conocimiento médico sobre la fiebre amarilla era limitado en ese entonces, muchos médicos trabajaron incansablemente en hospitales y en la asistencia directa a los enfermos.

Dr. Juan María Gutiérrez.

Dr. Ricardo Güiraldes, médico y escritor.

Dr. Jose Maria Ramos Mejia fue uno de los médicos que atendió directamente a los afectados, a pesar de los riesgos. Estaba al tanto de la situación desesperante y colaboró en la organización de los recursos médicos, a menudo trabajando codo a codo con médicos y voluntarios

Dr. Francisco Javier Muñiz

Dr. Daniel Salaverry

Dr. Ramón Argerich Su labor fue fundamental en la organización y la atención sanitaria durante la crisis, y su desempeño lo ha convertido en una figura destacada en la historia de la medicina en Argentina.

La situación de los entierros durante la epidemia

Durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, la ciudad tenía varios cementerios, pero la crisis sanitaria y la magnitud de las muertes por la enfermedad influyó en cómo se gestionaban los entierros y los lugares de sepultura. La fiebre amarilla causó una mortalidad altísima en

la ciudad, con estimaciones que hablan de más de 13.000 muertes, lo que desbordó los cementerios existentes en Buenos Aires. La gestión de los entierros durante la epidemia fue muy caótica. Los cadáveres de las personas que morían a causa de la fiebre amarilla eran enterrados, muchas veces de manera desorganizada y sin los rituales religiosos tradicionales. El miedo a la propagación de la fiebre amarilla llevó a que muchos entierros se realizaran sin la presencia de familiares, ya que se temía que el contacto con los cuerpos pudiese aumentar la probabilidad de contagio.

Sepulturas masivas y dificultades logísticas

La situación era tan grave que, en algunos casos, los cadáveres se apilaban en sepulturas masivas o en fosas comunes, debido a la falta de espacio en los cementerios existentes. Este tipo de enterramiento era una medida de emergencia ante la magnitud de la crisis y la falta de tiempo para preparar sepulturas individuales.

Principales cementerios en 1871

1.- El Cementerio del norte actualmente conocido como cementerio de Flores se inauguró como camposanto en 1807.

Estaba ubicado inicialmente al costado de la Basílica San José de flores, pero al crecer el pueblo fue trasladado en 1832 a la calle Varela y Balbastro. Luego de la Federalización de Buenos Aires recibió la habilitación de la ciudad en 1867.

2.- El cementerio del Sur fue proyectado en 1832 por el gobernador J. Manuel de Rosas, pero se inaugura recién en 1867 por medio de una Ley de la provincia de Bs. As. como respuesta a la epidemia de colera en Bs. As. en el actual Parque Ameghino frente al Hospital Muñiz, en la calle Caseros. Por la epidemia de Fiebre amarilla se llena por completo. Los vecinos reclamaron la exhumación de los cuerpos y en 1892 se convierte en paseo público y en 1928 se lo denomina Parque Ameghino.

3.- Cementerios de disidentes. En las primeras décadas del siglo XIX Buenos Aires tenía rasgos de gran aldea heredada de los tiempos de la colonia. Muchos extranjeros que no profesaban la religión católica la habían elegido lugar de residencia. Los católicos eran enterrados en iglesias y alrededores. Esto llevo a la construcción cementerios para persona de otras confesiones. En 1820 el primer cementerio de disidentes se ubicó cerca de la iglesia del Socorro, pero luego se trasladó a la actual plaza Primero de Mayo (Hipólito

Yrigoyen y Pasco) Otros cementerios para disidentes fueron el ubicado en la actual plaza El Cano, otro en la actual plaza Roberto Arlt (actualmente en Av. Rivadavia y Esmeralda), también en la plaza Marcos Sastre (Av. Monroe y Miller en Villa Urquiza)

4.- Cementerio de Recoleta, cuando la orden de franciscanos recoletos fue disuelta en 1822, el gobernador de la provincia de Bs. As Martin Rodríguez convierte la huerta de la orden en el primer cementerio público de la Ciudad de Bs, As. Durante la epidemia de fiebre amarilla la población de clase alta se mudó a la parte norte de la ciudad, y este cementerio se convirtió en el último responso de las familias de mayor prestigio y poder económico. En 1863 Mitre autoriza el entierro de un masón en este cementerio lo que originó un conflicto con el Obispo Mariano de Escalada que consideró que el camposanto había sido profanado.

5.- Cementerio de Chacarita Se inaugura el 14 de abril de 1871. Construido en tiempo récord cuando la epidemia de fiebre amarilla comenzó a hacer estragos en la ciudad de Buenos Aires. La desesperación, ante la enfermedad y la muerte que parecía imparable, llevó a las autoridades de los dos cementerios existentes -el del norte, en la Recoleta, y el

del sur, en Parque Patricios- a prohibir la inhumación de las víctimas de la fiebre. El nombre del barrio, es el diminutivo de Chácara o Chacra, una palabra quechua que significa quinta, granja. En este caso, se trataba de la Chacra del Colegio que la Compañía de Jesús tenía en las afueras de la ciudad desde mediados del siglo XVIII. Era el lugar elegido por los estudiantes para pasar sus vacaciones. Miguel Cané los describe, en su *Juvenilia* (1884), como un lugar de campo con un paisaje idílico. El ritmo de mortandad había superado todas las estructuras existentes. No se contaba con los coches fúnebres suficientes por lo que los ataúdes se amontonaban en las esquinas a la espera de ser trasladados. Tampoco alcanzaban los ataúdes, muchos carpinteros habían muerto, y se empezaron a envolver los cadáveres en trapos. Se inauguraron fosas colectivas. Los muertos se acumulaban en las calles y en esas circunstancias decidieron destinar cinco hectáreas de lo que hoy es el Parque los Andes para fundar el Cementerio del Oeste. A los efectos de empezar a usarlo se creó el Tren Fúnebre con la locomotora “La Porteña”, utilizado para llegar al cementerio por la calle Corrientes. Arrancaba su recorrido en la “Estación Fúnebre” en la intersección de las calles Bermejo (actualmente Jean Jaurès)

y calle Corrientes, en un gran galpón se recibían los ataúdes. Todas las noches el “tren de la muerte” se trasladaba desde el barrio de Once hasta Chacarita con una parada en la estación Canning. Se llegaron a recibir 564 cadáveres en un día, y según testimonios periodísticos de la época, en un día murieron 14 empleados del cementerio. La Comisión Popular informó que había 643 cadáveres sin sepultar y se ofrecieron de enterradores voluntarios. Unos años después de la epidemia, los olores y la falta de salubridad molestó a los vecinos del barrio. El cementerio fue clausurado el 9 de diciembre de 1886. En 1887 se decidió inaugurar un nuevo cementerio al que se bautizó **Cementerio del Oeste**, a pocos metros del anterior. Los cadáveres fueron exhumados del viejo cementerio y llevados al osario general del nuevo. El uso popular nunca dejó de conocerlo como Cementerio de la Chacarita, por lo que en 1949 pasó a ser su nombre oficial. “La quinta del ñato” es la forma en que se referían a los cementerios en aquellas épocas, porque las calaveras no tienen nariz.

Rol de la policía durante la epidemia

En esos años la ciudad tenía una triple dimensión política: sede de una corporación municipal que reclamaba mayor margen de autonomía, capital de la provincia de Buenos Aires y centro provvisorio de las autoridades del Poder Ejecutivo nacional.

Las agencias destinadas a las políticas de salubridad eran una caja de resonancia de esa multiplicidad: la comuna había creado una Comisión Municipal de Higiene que disputaba el terreno tanto con la red asistencialista de parroquias como con el Consejo de Higiene Pública, creado por las autoridades nacionales en 1852.

Lo cierto es que cuando en enero de 1871 la policía detectó en San Telmo los primeros casos de fiebre amarilla, comenzaron las pugnas entre los distintos actores en juego: la Comisión Municipal de Higiene (ciudad), el Consejo de Higiene Pública (Nación), las comisiones parroquiales, la prensa, el Departamento General de Policía y, más tarde, la Comisión Popular de Salubridad. Al inicio de la epidemia presidía la Nación Domingo Faustino Sarmiento, Emilio Castro era el gobernador de la provincia de Buenos Aires, ambos con sede y autoridad en la ciudad, completaba este elenco el gobierno

Municipal con once concejales, uno por cada parroquia y el Consejo de higiene publica presidido por Luis María Drago.

Cuando se registran los primeros casos por orden del ministro, la Municipalidad y el Consejo de Higiene mandaron a aislar la zona afectada. Ambas instituciones pidieron autorización al gobierno provincial para que la policía pudiera intervenir en los desalojos. Fue la policía la encargada de practicar "visitas domiciliarias". Los vigilantes debían garantizar también el cumplimiento de las disposiciones en materia de salubridad, retirando de las calles objetos perjudiciales para la salud, rellenando pantanos y evitando el estancamiento de aguas. De todas las actividades, sin dudas la más problemática era la inspección de las casas de inquilinato que comenzaban a proliferar en el sur de la ciudad y en los arrabales. Esas visitas involucraban a menudo desalojos por hacinamiento, fumigación de habitaciones y quema de ropa de cama de los infectados.

Rápidamente aparecieron diversos cuestionamientos a las disposiciones policiales que afectaban las libertades económicas. Como mencionamos, el propio presidente de la Nación, Domingo Faustino Sarmiento, había desatendido un pedido de los médicos para instrumentar cuarentenas de

buques en el puerto. Argumentaba que la teoría de los miasmas y las hipótesis científicas de contagio no eran lo suficientemente sólidas como para coartar la libertad de comercio.

El rol de la iglesia católica durante la epidemia

Los religiosos y sacerdotes desempeñaron un rol fundamental en la atención espiritual y emocional de la población, pero también enfrentaron desafíos extremos debido a la magnitud de la crisis sanitaria y los riesgos de contagio. En ese contexto, su labor no solo se limitó a la prestación de servicios religiosos, sino que también estuvo marcada por la solidaridad, el sacrificio personal y una gran presencia social en un momento de pánico colectivo.

Tareas de los religiosos

1. La asistencia espiritual en tiempos de crisis

Los sacerdotes, como figuras de autoridad moral y espiritual, fueron llamados a asistir a las personas que sufrían de la fiebre amarilla, brindándoles consuelo espiritual y sacramentos. El rito de la unción de los enfermos o el sacramento de la

extremaunción fue una de las principales funciones que desempeñaron.

2. Solidaridad y asistencia a los enfermos

Los religiosos también participaron en esfuerzos de caridad y atención a los enfermos. En un contexto donde el sistema de salud pública estaba completamente desbordado, los sacerdotes y las órdenes religiosas tomaron un rol activo en asistir a los más necesitados.

Hermandades religiosas y órdenes de monjas como las Hermanas de la Misericordia fueron cruciales en la atención a los enfermos en los hospitales. Muchas de estas instituciones religiosas ya se encargaban del cuidado de los más pobres y enfermos en tiempos normales, pero durante la epidemia se volvieron esenciales para el mantenimiento del orden social y el cuidado de los más vulnerables.

Las hermanas de la caridad también participaron activamente en la organización de albergues para los huérfanos y las víctimas de la epidemia. En un contexto de falta de recursos y apoyo estatal, estas iniciativas representaron una de las principales formas de atención social en la ciudad.

3. Riesgos y sacrificios personales

A pesar del peligro de contagio, muchos sacerdotes no dudaron en seguir con sus deberes y acompañar a los enfermos. Los religiosos estaban expuestos al riesgo de contraer la fiebre amarilla, un hecho que provocó la muerte de muchos de ellos. El acto de sacrificio personal y dedicación a la comunidad reflejaba la disposición de la Iglesia a estar presente en los momentos más difíciles.

Sacerdotes y monjas trabajaron en los hospitales y hospitales de campaña, ayudando en la organización de entierros, brindando consuelo y cuidando a aquellos que se encontraban en las últimas etapas de la enfermedad.

4. Respuesta de la Iglesia Católica y las autoridades eclesiásticas

A nivel institucional, la Iglesia Católica en Buenos Aires se mostró muy activa durante la epidemia. El arzobispo de Buenos Aires, José María Gutiérrez, y otros clérigos de alto rango no solo apoyaron a los sacerdotes que trabajaban en los hospitales y entre los afectados, sino que también instaron a la población a mantener la fe y la esperanza ante la tragedia.

Cambios y transformaciones posteriores a la epidemia

El impacto de la epidemia de fiebre amarilla de 1871 no solo fue sanitario, sino que también dejó una huella política significativa en Argentina. Las medidas de emergencia adoptadas ante la crisis sanitaria y las reformas en el sistema de salud reflejaron un cambio importante en la visión del Estado sobre su papel en la protección de la salud de los ciudadanos. Este proceso de cambio se inserta dentro de un contexto más amplio de modernización del país y de consolidación del Estado Nacional, que buscaba integrarse a los modelos más avanzados de gestión pública de la época.

1. Las reformas políticas tras la epidemia

a) Centralización del poder en el Estado Nacional

- La crisis sanitaria de 1871 mostró las debilidades del gobierno local y de la organización federal en cuanto a la gestión de emergencias. La falta de coordinación entre las autoridades nacionales, provinciales y municipales fue un factor que agravó la propagación de la enfermedad. Como respuesta, el gobierno central, bajo la presidencia de Nicolás Avellaneda, impulsó una centralización administrativa en

áreas clave, incluida la salud pública, para garantizar una respuesta más efectiva ante futuras emergencias.

- Este proceso de centralización del poder fue un reflejo de la consolidación del Estado Nacional, que intentaba superar los conflictos federales y dar mayor control sobre las grandes ciudades, especialmente Buenos Aires, la capital, que representaba un centro de poder económico, político y social. La nación unificada asumió entonces una mayor responsabilidad en la gestión de cuestiones sanitarias que antes estaban en manos de los gobiernos locales o provinciales.

2.- Impacto en la sociedad argentina y el concepto de ciudadanía

2.1.) Conciencia sanitaria y ciudadanía

- La crisis sanitaria generada por la fiebre amarilla cambió la percepción de la ciudadanía en Argentina. La epidemia hizo evidente la importancia de la participación activa de la población en la promoción de la salud colectiva. A medida que el Estado asumía un rol más importante en la gestión de la salud, la sociedad comenzó a comprender que la salud

pública no solo dependía del individuo, sino de un esfuerzo colectivo que involucraba a toda la sociedad.

- La reforma de la salud también impulsó la creación de movimientos sociales relacionados con la salud pública y la educación. Se comenzaron a organizar campañas de vacunación y de concientización sobre el control de enfermedades, dirigidas especialmente a los sectores más vulnerables de la población.

2.2.) Evolución del Estado como garante de la salud pública

- A largo plazo, las reformas sanitarias impulsaron una visión del Estado como garante del bienestar social. El Estado no solo se encargaba de la salud de los individuos, sino también de la planificación urbana y la creación de las condiciones necesarias para una vida saludable. Este enfoque integrador de la salud permitió que la Argentina desarrollara políticas más coordinadas y efectivas en la lucha contra futuras epidemias.

2.3.) Reformas legislativas en salud pública

En respuesta a la crisis, se reformaron las leyes sanitarias para incluir medidas preventivas más estrictas. Se establecieron normativas para controlar la propagación de enfermedades

infectocontagiosas, basadas en el modelo europeo. Estas reformas incluían:

- El control de inmigrantes provenientes de zonas endémicas, como las regiones tropicales de África y América.
- El establecimiento de cuarentenas obligatorias para barcos que llegaban al puerto de Buenos Aires.
- La implementación de muestras de fumigación en espacios públicos y viviendas para controlar la proliferación de insectos vectores.

El gobierno adoptó la ley de sanidad pública (1876), que estableció la creación de un cuerpo nacional de salubridad, lo que permitió un enfoque más coordinado para el control de enfermedades como la fiebre amarilla.

2.4.) Fortalecimiento del sistema de salud pública De la emergencia a la prevención

Desarrollo de la infraestructura sanitaria

- A largo plazo, las reformas sanitarias y políticas de salud pública transformaron la infraestructura urbana y hospitalaria de Buenos Aires. A partir de 1871, se construyeron nuevos hospitales y centros médicos en

la capital y otras ciudades importantes. Los hospitales comenzaron a adoptar un modelo más moderno de atención sanitaria, en el que se promovían los principios de higiene y prevención.

- Uno de los cambios más importantes fue la creación del Hospital de Clínicas "José de San Martín" en 1877, que se estableció como un centro de atención médica, pero también como un centro de investigación y educación en ciencias de la salud. Este hospital representó un avance en el sistema de salud pública, con una infraestructura moderna para la época y con enfoques más científicos en el tratamiento de las enfermedades.
- Modernización del sistema de salud pública
- Con el paso del tiempo, las reformas de salud pública impulsaron un enfoque preventivo frente a las epidemias. Esto incluyó la vacunación masiva contra enfermedades como la viruela, el cólera y la fiebre amarilla, así como la instalación de sistemas de agua potable y alcantarillado en la capital. La higiene pública pasó a ser un eje central de la política sanitaria.

- La Comisión Nacional de Sanidad, creada en 1871, se convirtió en el principal organismo de salud pública en el país, consolidando la vigilancia epidemiológica y las medidas de control para enfermedades infecciosas. Este organismo también fue responsable de coordinar la educación sanitaria de la población, destacando la importancia de la higiene personal, el manejo de residuos y la limpieza del agua (cultura.legislatura.gob.ar).
- La ciencia como pilar de la salud pública
- En 1873 se crea en la Facultad de medicina la catedra de Higiene Pública y como profesor titular asume Guillermo Rawson.

3) Trasformaciones urbanas

Pasada la epidemia la ciudad de Buenos Aires se transformó por completo. Se hicieron obras de infraestructuras importantes como las cloacas, la red de agua corriente y la centralización de la recolección de basura. También se prohibieron los saladeros de carne en los márgenes del Riachuelo, porque las aguas contaminadas eran una de las causas de la propagación rápida de la enfermedad

El primer sistema de provisión de agua que tuvo Buenos Aires fue base para el proyecto que presentó el Ing. John F. Bateman al gobierno de Sarmiento. Aprobado en 1872, constituyó un plan de saneamiento de mayor escala, que marcó el comienzo de las grandes obras de salubridad: agua potable, cloaca, desagüe pluvial y adoquinado. Fue proyectado para una población de 200.000 habitantes, a razón de 181 litros de agua por habitante, previendo crecimientos futuros. Las obras se inician en enero de 1874.

Como parte del plan se inicia la construcción en 1887 del Palacio de las Aguas Corrientes Un gran depósito distribuidor, que recibía el agua purificada en el Establecimiento Recoleta.

Bibliografía

1. Lazzarino C. Epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Buenos Aires en 1871 Rev. Argentina de Salud Publica 2021; 13:50
2. García Gabriel y col. La epidemia de fiebre amarilla en Buenos aires. Su reflejo en los documentos de los años 1870-1871. Epidemiología e Historia de las ciencias 200; Vol. 6
3. Anguita Eduardo. Fiebre amarilla en Buenos Aires Miradas del Sur Julio 2011
4. Pigna Felipe. La fiebre amarilla en Buenos Aires, página web El historiador
5. Pigna Felipe 1871 La fiebre amarilla como gran castigo a Buenos Aires, pagina web de Armando Vidal
6. Pérgola Federico. La epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires Rev. Arg. de Salud Publica 20134 Mar 5 48-49
7. Pérgola Federico Los hospitales coloniales Rev. Arg. de Salud Publica Hitos y protagonistas
8. Kaplan Mettola Sol y col. La epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, un caso empírico

- que acelero y potencio los procesos de exclusión social y xenofobia.
9. XIV jornada de la Carrera de sociología mesa 155
 10. Berruti Rafael “La epidemia de fiebre amarilla de 1871” Academia Nacional de Medicina. Separata del Vol. 49 2do. Semestre 1971.
 11. García Cuerva Ignacio “La iglesia en Buenos Aires durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871 según el diario de la epidemia de Mardoqueo Navarro” Revista de la Facultad de Teología UCA N 82 año 2003
 12. Francisco Apiani reportaje en
<https://www.youtube.com/watch?v=84JIJDiIn60>
 13. Veronelli Carlos, “Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina”. Organización Panamericana de la Salud ISBN 950-710-086-5 2004
 14. AySa Historia de las aguas en Buenos Aires
https://www.aysa.com.ar/media-library/que_hacemos/Concientizaci%C3%B3n/Lazos_de_agua/Historias_del_Agua_en_Buenos_Aires-2018.pdf
 15. AySA Historia de las epidemias en Buenos Aires
<https://www.aysa.com.ar/media->

[library/programa_cultural_educativo/museo/Las-epidemias-en-Buenos-Aires.pdf](#)

16. Zigoito Diego Reportaje

<https://www.youtube.com/watch?v=GwiOYc54JtY>