

La población con “condiciones especiales” y su estructura ocupacional según los dos primeros censos nacionales de la República Argentina. Departamento Capital de Jujuy, 1869 y 1895.

Autor:

Vergara, Mariano Ezequiel

Tutor:

Massé, Gladys

2023

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Historia.

Grado



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Filosofía y Letras
Departamento de Historia

Tesis de Licenciatura en Historia

La población con “condiciones especiales” y su estructura ocupacional según los dos primeros censos nacionales de la República Argentina. Departamento Capital de Jujuy, 1869 y 1895.

Autor: Mariano Ezequiel Vergara
Directora: Dra. Gladys Massé
Co-director: Mag. Luis Pablo Dmitruk

JUNIO DE 2023
BUENOS AIRES - ARGENTINA

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis Gladys Massé y a mi co-director Luis Pablo Dmitruk, por enseñarme, acompañarme y guiarme con mucho compromiso, calidez y atención en este proceso de aprendizaje.

A mis compañeros de la carrera de Historia, que con el tiempo forjamos una muy linda amistad.

A mis amigos de toda la vida, Lucas, Alejo, Leo, Pablo y Yani, por preocuparse y estar siempre, en las buenas, pero también en las no tan buenas.

A mi abuela María, a quién mucho extraño y a quién le debo mi interés por comprender el pasado.

A mis padres, María Inés y Rubén, por permitirme elegir con total libertad el camino profesional que abrazo y que tantas satisfacciones me sigue dando.

Y, por supuesto, a Sabri, mi gran amor y compañera de vida, por su apoyo incondicional y por colmar de felicidad cada uno de mis días.

A todos y a cada uno de ellos, gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
Metodología.....	8
Las fuentes de datos: características, ventajas, posibilidades, problemas y limitaciones	9

PRIMERA PARTE

La población con “condiciones especiales”: aspectos cualitativos del objeto de estudio	19
Estado de la cuestión	19
La población con “condiciones especiales” en los dos primeros censos: las motivaciones estatales de su inclusión	21
Salud y enfermedad en el discurso censal	24
Las categorías asociadas a la salud en los primeros dos censos nacionales	26
Definición de la enfermedad en los primeros censos nacionales	28
Panorama de la salud mental en la segunda mitad del siglo XIX.....	29
El alienismo	30
El higienismo.....	31
La teoría de la degeneración.....	33
Aproximaciones al significado de las categorías censales asociadas a la salud mental	34

SEGUNDA PARTE

El escenario: el Departamento Capital de Jujuy	37
Características geográficas	37
Características administrativas y la problemática distinción entre área urbana y área rural.....	39
La economía jujeña: de los circuitos comerciales andinos a la producción azucarera.....	40
La economía y las ocupaciones en el área rural del Departamento Capital	42
El mundo laboral urbano de San Salvador de Jujuy	42

TERCERA PARTE

La población con “condiciones especiales” en el marco departamental (1869 y 1895): aspectos cuantitativos del fenómeno	44
Evolución demográfica departamental en el marco provincial (1593-1869)	44

La población del Departamento Capital de Jujuy según los censos de 1869 y 1895 .	46
El total de la población	46
Población urbana y población rural	46
Procedencia.....	46
Sexo y edad.....	49
Ocupación.....	50
Trabajo masculino	52
Trabajo femenino.....	54
La población con “condiciones especiales” del Departamento Capital de Jujuy en 1869 y 1895	55
El total de la población	55
Estructura por sexo y edad.....	57
Personas con “condiciones especiales” según las categorías de la variable.....	58
“Condiciones especiales” según el sexo	61
Población rural y población urbana	62
Procedencia.....	63
Ocupación.....	64
Trabajo masculino	66
Ocupación según las “condiciones especiales”	69
 CONCLUSIONES	 77
 BIBLIOGRAFÍA	 81
 FUENTES	 90

ÍNDICE DE IMÁGENES, GRÁFICOS Y TABLAS

Imagen 1. Cédula censal del Censo Nacional de Población. Argentina. 1869.....	11
Imagen 2. Cédula censal del Censo Nacional de Población. Argentina. 1895.....	12
Imagen 3. Mapa del Departamento Capital de Jujuy, 1901.....	38
Imagen 4. Plano de la Ciudad Capital de Jujuy, 1901	38
Gráfico 1. Población total según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1869	47

Gráfico 2. Población total según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1895.	48
Gráfico 3. Pirámide de población del Departamento Capital de Jujuy, 1869.....	49
Gráfico 4. Pirámide de población del Departamento Capital de Jujuy, 1895.....	50
Gráfico 5. Población con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	51
Gráfico 6. Población con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	52
Gráfico 7. Hombres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.	53
Gráfico 8. Hombres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	53
Gráfico 9. Mujeres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	54
Gráfico 10. Mujeres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	54
Gráfico 11. Pirámide de población con “condiciones especiales”. Departamento Capital de Jujuy, 1869.....	57
Gráfico 12. Pirámide de población con “condiciones especiales”. Departamento Capital de Jujuy, 1895.....	58
Gráfico 13. Población con “condiciones especiales” según sus impedimentos. Departamento Capital de Jujuy, 1869	59
Gráfico 14. Población con “condiciones especiales” según sus impedimentos. Departamento Capital de Jujuy, 1895.	60
Gráfico 15. Población con “condiciones especiales” según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1869	63
Gráfico 16. Población con “condiciones especiales” según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1895.	63
Gráfico 17. Población con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.	65
Gráfico 18. Población con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895.	65
Gráfico 19. Hombres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.	66

Gráfico 20. Hombres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895.	67
Gráfico 21. Mujeres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.	68
Gráfico 22. Mujeres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895.	68
Gráfico 23 a. Afectados con bocio con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	69
Gráfico 23 b. Sordomudos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	70
Gráfico 23 c. Ciegos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	70
Gráfico 23 d. Inválidos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	71
Gráfico 23 e. Cretinos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	71
Gráfico 23 f. Dementes con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	72
Gráfico 23 g. Personas afectadas por más de una “condición especial” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869	72
Gráfico 24 a. Personas afectadas con bocio con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	73
Gráfico 24 b. Sordomudos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	74
Gráfico 24 c. Ciegos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	74
Gráfico 24 d. Inválidos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	75
Gráfico 24 e. Idiotas con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	75
Gráfico 24 f. Personas afectadas por más de una “condición especial” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895	76

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es describir la composición de la denominada población con “condiciones especiales” en el Primer Censo Nacional de la República Argentina o “considerada según sus defectos físicos y psíquicos” en el Segundo Censo, empadronada en ambos casos en el Departamento Capital de Jujuy en 1869 y en 1895, y precisar, en esos dos momentos, su participación en la estructura ocupacional departamental.

Al partir de un relevamiento de las cédulas censales de 1869 y 1895 respectivas al Departamento Capital de la provincia de Jujuy, nos llamó particularmente la atención que un conjunto de personas con distintos tipos de impedimentos o enfermedades físicas y mentales permanentes fueron registradas con una profesión, oficio u ocupación. Este panorama nos abrió una serie de interrogantes puntuales respecto a las características de este segmento de la población jujeña y su inserción socio-ocupacional como así también otros más generales acerca de los modos de entender las enfermedades en el contexto bajo estudio y las categorías clínicas utilizadas para clasificar las dolencias en los dos primeros censos de la nación.

La intención de este trabajo, en consecuencia, es dar posibles respuestas a las preguntas que fueron surgiendo durante el proceso de acercamiento al objeto de estudio. Respecto al aspecto cuantitativo, intentaremos arrojar precisiones sobre cuál era la magnitud de la población con “condiciones especiales” en el marco del Departamento Capital de Jujuy en 1869 y 1895, cuáles eran sus características demográficas, en qué ramas de la economía en general y en qué oficios en particular se concentraban, y si se distinguían en cuanto a su inserción laboral respecto de la población no afectada por esas dolencias.

Desde la dimensión cualitativa del fenómeno, trataremos de acercarnos a cómo fue relevado este segmento de la población en los dos primeros censos nacionales, bajo qué categorías y conceptos, cómo se los clasificaba, ordenaba y dividía, qué objetivos se perseguían desde el Estado al incluir a esta población y qué concepciones o miradas existían tanto desde los ambientes médicos como desde la órbita estatal en torno al objeto de estudio.

La tesis está dividida en tres partes, anteceditas de un apartado donde se presentan las decisiones metodológicas que se tomaron para emprender el proceso de investigación. Hacia el final, se plantean algunas conclusiones que arroja el presente estudio.

En la primera sección, nos ocupamos de definir la unidad de análisis, y de presentar un breve estado de la cuestión sobre nuestro objeto de estudio. Posteriormente, profundizamos en las motivaciones estatales que explican la inclusión de la población con enfermedades permanentes en los primeros relevamientos nacionales como así también nos encargamos de contextualizar y precisar algunas de las categorías médicas y científicas utilizadas para clasificar las dolencias que aquejaban a la población con “condiciones especiales”.

En la segunda parte, realizamos una descripción del espacio en donde ubicamos al fenómeno a estudiar: la provincia de Jujuy en general, y el Departamento Capital de dicho territorio en particular con la intención de entender el marco administrativo y geográfico, como así también la estructura productiva y el mundo laboral en donde se inserta la población a estudiar en cada uno de los momentos abordados.

Finalmente, en el tercer apartado, analizamos los datos cuantitativos que aportan los censos, realizando una descripción demográfica de la población específica mediante ejercicios de comparación para obtener sus características diferenciales respecto a la población total departamental.

Comentamos, a continuación, los aspectos metodológicos relativos al modo en que encaramos la investigación, las dificultades que se presentaron como así también los límites y las posibilidades que ofrecen las fuentes utilizadas.

Metodología

La intención de este trabajo es analizar las características de un segmento particular de la población que habitaba el departamento Capital de Jujuy en dos momentos puntuales de la segunda mitad del siglo XIX a la luz de las fuentes de datos y no su evolución demográfica a través del tiempo. Por lo tanto, a lo largo de la presente investigación se ha privilegiado el ejercicio de descripción por sobre el de explicación.

Principalmente, en esta tesis adoptamos dos perspectivas de análisis: además de abordar las cédulas censales con un fin cuantitativo, es decir, como fuentes de datos que nos permitan conocer en mayor profundidad a la población con “condiciones especiales” del departamento Capital de Jujuy tanto en 1869 cuanto en 1895, realizamos también un estudio de carácter cualitativo en base a esos documentos, centrado en algunas

de las categorías utilizadas en ambos censos para definir y clasificar a las distintas enfermedades, especialmente las asociadas a la salud mental. En este sentido, y siguiendo a Di Liscia (2005: 22), entendemos que los primeros empadronamientos de alcance nacional son fuentes sumamente importantes para investigar aspectos relativos a la salud en Argentina durante la segunda mitad del siglo XIX, ya que *“con su carácter oficial y su impronta medicionista, reflejan asimismo la compleja construcción de la enfermedad y la salud, obviamente a partir de concepciones técnicas y estadísticas de la época”*. Consideramos que este ejercicio puede contribuir a dilucidar no sólo las características demográficas de una porción de la población jujeña sino también los modos de concebir la salud en general y las enfermedades en particular en el periodo que se ocupa este estudio como así también las impresiones que desde los ámbitos médico y estatal existían en aquel contexto acerca del conjunto de individuos que en la actualidad denominamos personas con discapacidad. En definitiva, aspiramos a conocer como el naciente discurso estadístico argentino actuó definiendo, desde el ámbito de la salud y de las enfermedades, representaciones simbólicas en la elaboración de una imagen de la nación y de sus habitantes (Di Liscia, 2005).

La unidad de análisis seleccionada para la investigación es el conjunto de personas con impedimentos físicos y psíquicos crónicos o permanentes empadronadas en el departamento Capital de Jujuy en dos momentos precisos: los años 1869 y 1895. Entre las variables a investigar de esta población se destacan el tipo de “condición especial” u enfermedad y la ocupación, oficio o medio de vida, pero también se trabaja con las variables edad, sexo y lugar de procedencia. Asimismo, se realizaron ejercicios de comparación para establecer posibles particularidades respecto a la población total departamental según los datos que arrojan cada uno de los censos.

Las fuentes de datos: características, ventajas, posibilidades, problemas y limitaciones

Como ya hemos señalado, las fuentes de datos que se utilizan en este trabajo son los censos nacionales de 1869 y 1895. Particularmente, se trabaja con las cédulas censales respectivas al departamento Capital de Jujuy y con los resultados finales de cada uno de los censos publicados de manera oficial por el Estado en 1872 y 1898 respectivamente.

Se ha optado por este tipo de fuentes cuantitativas porque arrojan información sobre la estructura de la población jujeña en dos momentos determinados, lo que permite establecer comparaciones entre los mismos. Si bien cada uno de los relevamientos nacionales se inscribe en un contexto social y político específico (Otero, 2007), presentan la ventaja de una continuidad en términos estadísticos al aportar datos sobre las “*características demográficas básicas*” (Massé, 1997:362) de la población en general, según las variables edad, sexo, estado civil, nacionalidad, profesión – ocupación - oficio o medio de vida como así también las asociadas a la educación y a la salud de los censados.

Respecto a las variables anteriormente indicadas, debemos mencionar que, tanto en el primer como en el segundo censo nacional, el empadronador debía consignar en las planillas el nombre y apellido del empadronado, su edad en “años cumplidos” como así también su sexo (variable que comprendía las categorías “varón” o “mujer”). Por su parte, y en relación con el estado civil, las categorías utilizadas en ambos momentos fueron “soltero”, “casado” y “viudo”. Es de destacar que en el censo de 1895 se incorporó en las cédulas censales la variable específica “si es mujer casada o viuda”, con dos categorías: una asociada a la fecundidad (“cuántos hijos ha tenido”) y otra relativa a la unión convivencial legal (“cuantos años de matrimonio tiene”), comprendiendo de este modo a las uniones matrimoniales constituidas legalmente, pero dejando al margen el universo de las parejas de hecho.

En cuanto a la nacionalidad, tanto en 1869 como en 1895 comprendía el interrogante acerca de la nación de origen del censado y en caso de ser argentino, sobre su provincia de nacimiento. Y en lo que respecta a la instrucción, se preguntaba sobre si el empadronado sabía o no leer y escribir, aunque también existía la posibilidad de indagar si el individuo “va a la escuela”.

Particularmente nos interesa la información que los dos primeros censos arrojan sobre la salud de las personas, más precisamente de aquellas señaladas con impedimentos físicos y psíquicos.

Si analizamos las cédulas censales, se aprecian claras diferencias en cuanto a la disposición o ubicación de las categorías relativas a la salud de los empadronados y al modo en que el censista debía completarlas en el formulario.

En 1869, en el extremo izquierdo de la planilla, bajo el rótulo “condiciones especiales de algunos empadronados” se debía señalar el tipo de “condición especial” que manifestaba el censado según el número de orden indicado previamente en las primeras

dos columnas con su nombre y apellido (Imagen 1). En las instrucciones o modo de empadronar del primer censo nacional se señalaba lo siguiente:

“8° En la columnas Condiciones especiales, vuelve a considerar los individuos uno por uno, y llena así: a los que sean ilegítimos pone su número de orden al lado de la palabra ilegítimos que va ya puesta. Si es manceba, lo mismo; y sigue revisando y poniendo a todos los de la casa, según que sean tales, dementes, sordo-mudos, ciegos, etc. Hasta llenar todas las condiciones que se apuntan, anotando los números correspondientes a los individuos que la tienen. Así, por ejemplo, si al lado de Van a la escuela, se pone 6,7,10 ya se sabe que los individuos que tienen esos números están en la escuela” (Somoza, J., & Lattes, A., 1967: 4)

Imagen 1. Cédula censal del Censo Nacional de Población. Argentina. 1869.

HABITANTES		EDAD POR AÑOS	SEXO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	SI ES EMPLEADO PROVINCIA DE SU NACIONALIDAD	PROFESION, OFICIO, OCUPACION O NEGOCIO DEL VIDA	INSTRUCCION		CONDICIONES ESPECIALES	
APELLIDO	NOMBRE							LETRA	SI O NO	DE LAS SIGUIENTES INDICADAS	
1	Anda	Antonieta	8	M	Legítima	Argentina				Legítima	12
2	W	Antonia	6	M	"	"				Manceba	
3	W	Atencio	28	M	"	"	Labrador			Legítima	12, 13
4	Mena	Pedro	33	M	"	"				Ciego	
5	Salinas	Benito	34	M	"	Legitimado	Labrador			Legítima	12, 13
6	Sombrero	Trinidad	28	M	"	"				Legítima	12
7	Quirós	María	16	M	"	"	Legitimado			Legítima	12
8	Quirós	Isabel	34	M	"	"	Legitimado			Legítima	12
9	Quirós	María	24	M	"	"	Legitimado			Legítima	12
10	Quirós	Isabel	18	M	"	"	Legitimado			Legítima	12
11	Quirós	María	16	M	"	"	Legitimado			Legítima	12

Fuente: Cédulas censales del Primer Censo de la República Argentina. 1869. Disponibles en

<https://www.familysearch.org/search/image/index?owc=https://www.familysearch.org/service/cds/recapi/sord/collection/1462401/waypoints>

En el censo de 1895, las categorías asociadas a la salud de los censados se ordenaron en columnas, cada una de ellas encabezada por una letra (que en la recopilación

final de los resultados publicada en 1898 se agruparon bajo la designación “defectos físicos y psíquicos”). El censista disponía de pequeños espacios para escribir “sí” (por ejemplo, en el caso de la columna “N, Tiene bocio o coto”) o el “defecto” de la persona, ya que en una misma columna aparecían diversas opciones (como es el caso de la columna “M, Es Enfermo, sordomudo, idiota, loco o ciego”) (Imagen 2). En las indicaciones para el censista se señalaba que el mismo debía registrar las características de cada persona respetando el siguiente orden:

Imagen 2. Cédula censal del Censo Nacional de Población. Argentina. 1895.

Fuente: Cédulas censales del Segundo Censo de la República Argentina. 1895.

Sin embargo, a pesar de las ventajas ya explicitadas que ofrecen las fuentes para nuestra investigación, también manifiestan una serie de inconvenientes y limitaciones que generaron algunas dificultades para emprender el estudio.

En términos generales, si pensamos en la confiabilidad que ofrecen los datos de los “censos antiguos”, debemos tener en cuenta una cantidad de problemas asociados a, por ejemplo, la “proporción significativa de población errante o sin domicilio fijo, la ignorancia de la edad en la población rural y la tendencia al redondeo de su valor al momento de declararla, el ocultamiento de los años de edad en particular por parte de las mujeres, la subdeclaración u omisión de las ocupaciones o medios de vida consideradas poco honrosas, la mala declaración en las preguntas sobre discapacidad, etc.” (Otero, 2007:209).

Sobre esta última cuestión, Liliana Pantano (1987:73 -74) señala que se deben tener ciertas precauciones sobre los datos que arrojan los censos sobre las personas con algún tipo de enfermedad física o psíquica, fundamentalmente “debido a la dudosa formación de los censistas en este tema y al desconocimiento o prejuicio de una población que no siempre declara la existencia de un discapacitado”. Por ejemplo, los censistas de 1869 y 1895 debían constatar, a través de la entrevista directa, la condición del enfermo recurriendo a su propio criterio, en muchos casos cargado de estereotipos sobre la población nativa del interior en general y de las personas con discapacidad en particular (Di Liscia, 2005). Si bien los censistas eran reclutados entre la gente letrada y distinguida de la ciudad, “*agentes propios, caracterizados y responsables, fáciles de intelijenciarse (sic) y responder a la uniformidad del plan adoptado*” (República Argentina, 1872: XV) rara vez tenían la suficiente formación que les permitieran reconocer e identificar con claridad a las personas con afecciones en su salud.

Tanto en 1869 como en 1895, las instrucciones al empadronador referidas al estado de salud del censado se limitaban al modo de completar los libretos censales, pero dando reiterados ejemplos, indicaciones y advertencias, claras señales de las confusiones que se podían generar en el proceso de registrar los datos sobre dicha temática. Sobre este aspecto, merece la pena citar en extenso lo que en 1869 se mencionaba sobre las “dificultades” que podía ofrecer al empadronador la sección “condiciones especiales”:

“Penetrándose bien de todo lo que va allí advertido /en las cubiertas de los libretos/ no puede tener dificultades en su trabajo. Sin embargo, damos aquí

algunas explicaciones más, sobre la columna de 'Condiciones especiales', que es la única que puede ofrecerlas. El empadronador verá que cada padrón tiene doce renglones y cada renglón está numerado desde 1 hasta 12. Es claro que cuando inscribe los nombres cada número viene a corresponder a un habitante de los inscriptos en ese padrón o página. Ahora, pues, si al habitante Perez, Manuel, le corresponde en el padrón el número 8 y es ciego, no hay más que poner el 8 al lado de la palabra ciegos que incluye condiciones especiales. Si al habitante Domínguez, José, le corresponde en su padrón el 4 y es un niño ilegítimo y que va a la escuela, no hay más que poner el número 4 al lado de la palabra ilegítimos, y el mismo número 4 al lado de van a la escuela. Y en este orden, el número del habitante al lado de la 'condición especial' que le corresponda. Si los doce habitantes inscriptos en un padrón no tienen 'condición especial' alguna, ningún número se pondrá en aquella columna, que quedará entonces del todo en claro". (Argentina, 1872, citado en Massé 2003 a: 26-27)

Una de las dificultades más importantes que reconocimos en los dos primeros censos radica en que se emplearon categorías muy diversas para relevar y clasificar a las personas con impedimentos o enfermedades, fundamentalmente las vinculadas a la salud mental. Al mismo tiempo, dichas fuentes no brindan información para aclarar este panorama, ya que son muy pocas las definiciones conceptuales específicas sobre las categorías utilizadas. Como veremos, estas nociones son breves o imprecisas, pudiéndolas hallar solamente en la recopilación de los resultados del censo de 1895.

En términos cuantitativos, un problema es el que se deriva de que algunas personas fueron registradas con más de una "condición especial" o dolencia en su salud, cuestión que traduce la falta de conocimiento sobre el tema, o en su defecto, de la asociación entre distintas dolencias, que en muchos casos se entendían como sinónimos. Esto nos llevó a incorporar al presente trabajo la categoría "con más de una condición especial".

En definitiva, las limitaciones anteriormente descritas manifiestan la complejidad de estudiar a este segmento de la población según los datos que aportan las fuentes. La heterogeneidad conceptual, los estereotipos, sumado a la falta de conocimiento de los empadronadores sobre el tema, presentan un panorama ambiguo y confuso a la hora de abordar el objeto de estudio. Como señalan Massé y Rodríguez Gauna (2005: 11):

“Imprecisiones, prejuicios, omisiones se reflejan en la escasa confiabilidad de los datos (...) Definiciones conceptuales diferentes impiden analizar los resultados censales de manera comparativa. La escasa incidencia de la población con discapacidad detectada a partir de los datos censales refleja problemas de captación” (Massé & Rodríguez Gauna, 2005:11)

Se plantea, entonces, la necesidad de arrojar precisión sobre las categorías utilizadas en los censos para poder hacer mensurables los datos que arrojan los censos de 1869 y 1895. Para eso, llevamos a cabo un ejercicio de contextualización de dichas categorías acercándonos a algunos de los saberes científicos y médicos presentes en la época que abarca este estudio, con el objetivo de comprender el complejo escenario entorno a la clasificación de las enfermedades en la segunda mitad del siglo XIX.

El caso de las definiciones asociadas a las dolencias en la salud mental es el más problemático, debido a la existencia de una multiplicidad de categorizaciones en el periodo bajo estudio, razón por la que le dedicamos más atención que a las dolencias de carácter físico.

Consideramos que de este modo se podrá establecer, en el marco de las limitaciones señaladas, la magnitud, pero también las percepciones que existían desde el ámbito médico y la esfera estatal del fenómeno de las deficiencias físicas y psíquicas en el contexto en que se inaugura la etapa estadística en Argentina. En definitiva, se intentará proponer un acercamiento a las condiciones de salud de la población de la Capital de Jujuy en dos momentos puntuales del siglo XIX.

Por otro lado, en lo que respecta a la cuantificación de las ocupaciones en los primeros dos censos, utilizamos la denominación original “profesión, oficio, ocupación o medio de vida”. Tales categorías presuponían la dedicación del individuo a una sola función o tarea laboral o por lo menos la que sería principal o más habitual.

Sin embargo, las diferencias respecto a la percepción del mundo del trabajo y su cuantificación son notables en cada caso. Estas cuestiones señalan las limitaciones de las fuentes en este campo como así también los cuidados a la hora del análisis de los datos que ofrecen.

Al respecto, en el primer censo nacional, fueron 491 las ocupaciones registradas, solamente agrupadas por orden alfabético, no existiendo “un proceso de abstracción y reducción de la información” debido a la *“preocupación de mantener las ocupaciones consignadas con las palabras originales expresadas por los empadronados,*

multiplicando así la pluralidad de criterios en juego y la ausencia de una orientación de conjunto” (Otero, 1999: 47). En contraste, en el censo de 1895 se decidió, siguiendo el modelo estadístico italiano, homologar profesiones parecidas agrupándolas en categorías según rama de actividad. De este modo, en el segundo censo nacional se registró un total de 186 ocupaciones agrupadas en 18 categorías.

Además, otro inconveniente de la variable “ocupación” tiene que ver con que tampoco es posible detectar y distinguir en las cédulas censales a las personas que no declararon su ocupación de las que efectivamente no poseían oficio en el momento de ser censadas. Sobre este particular, se asumían en el primer empadronamiento nacional los problemas de la variable, ya que “en el dato profesiones se hayan cometido muchas deficiencias, irregularidades y confusiones” (República Argentina, 1872: XLIII).

Respecto a la edad a partir de la cual se comenzaba a relevar la profesión de los individuos, en la edición del censo de 1869 se estipulaba vagamente que “*cuando por su poca edad la persona no puede tener estado civil, ni profesión, se pondrá en el lugar correspondiente una simple raya*” (Somoza, J., & Lattes, A.: 1967: 4) mientras que para 1895 se señalaba de manera más clara lo siguiente:

“En cuanto a la edad desde la cual debía comenzarse la investigación de las profesiones, se acordó fuera la de 14 años, teniendo en cuenta la legislación existente que la indica como límite máximo para el cumplimiento de los deberes escolares, siendo ella también la prescripta por el código civil para autorizar los matrimonios” (República Argentina, 1898: CXLI).

A pesar de esa determinación en cuanto a la edad, en las instrucciones del segundo censo nacional se incluía una serie de advertencias respecto a los niños y el registro de la profesión, dando cuenta de los problemas de la variable: “*En las colonias y chacras, donde no solamente los hombres sino también las mujeres y niños trabajan en la agricultura, debe anotarse a esas mujeres y niños como agricultores, siempre que en realidad ayuden a sus padres o maridos*” (Somoza, J., & Lattes, A.: 1967: 10). También se indicaba lo mismo para el rubro de comercios: “*Las mujeres y niños que ayudan a sus maridos o padres en el despacho de un almacén, fonda, café u otra ocupación, se anotaran como que ejercen el comercio, la industria o medio de vida que tiene el dueño de la casa*” (Somoza, J., & Lattes, A.: 1967: 15).

En la presente investigación decidimos clasificar las profesiones en ramas de actividad a través de las siguientes categorías: “actividades primarias” (labradores, jornaleros, peones), “actividades de servicios domésticos” (sirvientes, cocineros, planchadoras), “textiles” (tejedores, hiladores), “oficios artesanales” (zapateros, albañiles, carpinteros, etc.), y por último “otros oficios” (en el censo de 1895, incluimos también la agrupación “empleados” y el rubro “comercio”). Aquellas personas en edad de trabajar, pero sin oficio especificado en el registro censal son consideradas como “no registrados”, ante la imposibilidad de saber si tenían o no una ocupación definida. La decisión adoptada se basó en considerar el tratamiento del tema por parte de investigaciones previas tales como Tasso, A, (1999).

En cuanto a la edad a partir de la cual comenzamos a cuantificar la ocupación, se optó por el criterio explicitado en el censo de 1895, es decir, a partir de los 14 años (aunque, producto de lo citado más arriba, en los registros censales encontramos empadronados a menores de esa edad de ambos sexos con ocupación).

Creemos importante aclarar que utilizamos indistintamente las denominaciones “población con condiciones especiales” y “con defectos físicos y psíquicos” empleadas en el primer y segundo censo respectivamente (en el último caso, tal designación aparece en la recopilación de 1898, y no en los formularios censales de 1895). Ambas categorías dan cuenta de una mirada históricamente situada sobre la población afectada en su salud, normalizadora y biologicista, que destaca lo “anormal” o el “defecto” por sobre otros rasgos de la persona.

Debemos señalar que las rupturas respecto del pasado en cuanto a las denominaciones y miradas sobre esta población son evidentes. En las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI distintos organismos internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y especialistas en la materia han llegado a un consenso respecto a denominar “personas con discapacidad” al conjunto de hombres y mujeres con problemas de salud temporales o permanentes, denominación que tiene el valor de destacar, por un lado, el carácter del ser humano como sujeto de derechos antes que cualquier otra característica de la persona, reconociendo de este modo la diversidad que es constitutiva del género humano (Pantano, 2007).

Teniendo en cuenta los criterios anteriormente explicitados, el análisis se realizó en torno a una base de datos propia confeccionada con la totalidad de los registros censales digitalizados de 1869 y 1895 respectivos al departamento Capital de Jujuy. Se

respetaron las categorías establecidas en la grilla del censo (y otras fueron creadas por nosotros, como las ya señaladas respecto a las personas afectadas por “más de una condición especial” y a las agrupaciones por oficios). Posteriormente, se fue analizando y reprocesando la información con la intención de evaluar eventuales particularidades de la población específica respecto a la población total del departamento. Finalmente, acompañamos la presentación del análisis de los datos con gráficos, tablas y cuadros estadísticos.

PRIMERA PARTE

La población con “condiciones especiales”: aspectos cualitativos del objeto de estudio

Estado de la cuestión

En esta investigación abordamos un segmento de la población poco estudiado tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Sin embargo, presentaremos algunos estudios que se han ocupado de analizar diversos aspectos relativos al objeto de estudio.

Uno de los trabajos pioneros sobre las personas con enfermedades físicas y mentales y su cuantificación en la historia argentina es el de Liliana Pantano (1987). Desde la sociología, y empleando ejercicios de análisis cuantitativos, la autora trabaja con los datos sobre la población con discapacidad que arrojan los censos nacionales, desde el primero en 1869 hasta el de 1960, además de incorporar relevamientos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Pantano plantea preguntas nodales sobre la población afectada por enfermedades físicas y mentales en los censos antiguos: “*¿era relevada hace un siglo o más? ¿Cómo? ¿Bajo qué conceptos? ¿Cómo se los clasificaba? ¿Qué objetivos se perseguían, explícita e implícitamente? ¿Qué valoraciones subyacían?*” (Pantano 1987:72). La autora, además, afirma que su objetivo es trabajar sobre los aspectos conceptuales y los criterios de clasificación en cada época en que fue relevada esta población específica. Por último, Pantano señala la dificultad de establecer comparaciones entre los datos que arrojan los censos, debido a la naturaleza de un fenómeno tan complejo como la discapacidad, con multiplicidad de categorías conceptuales asociadas. Ante este panorama, para la autora, todo análisis comparativo arrojará resultados que resultan de escasa confiabilidad y validez.

Otros trabajos más recientes en relación con la cuantificación de la población con enfermedades e impedimentos físicos y psíquicos es el de Massé (2003) y de Massé y Rodríguez Gauna (2005), donde se destaca la temprana preocupación por parte del Estado argentino por relevar información sobre este grupo de personas. Las autoras realizan un recuento histórico sobre cómo fue abordado el problema de la discapacidad en la civilización europea occidental, como así también en América y Argentina, resaltando, en afinidad con Pantano, las dificultades de medición por la complejidad del fenómeno, con importantes diferencias conceptuales que impiden el análisis de carácter comparativo. Además, se pone el acento sobre las perspectivas de cuantificación de la población con

discapacidad en el siglo XXI, a través del análisis de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) confeccionada en el periodo 2002-2003, y complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001 en Argentina.

Disponemos también del texto de Jarma, Pérez y Adler (2015) referido a la cuantificación de la discapacidad a partir de mediados del siglo XIX, no sólo en Argentina, sino también en Chile, Perú y Uruguay. Al igual que los trabajos anteriormente citados, los autores sostienen las dificultades de realizar ejercicios de comparación a través del tiempo entre cifras asociadas a esta población específica, principalmente porque en cada censo o encuesta se preguntó o se definió la discapacidad de maneras diferentes.

Por otro lado, Ghirardi y Ribotta (2013) proponen un acercamiento a la historia de la población con discapacidad en la ciudad y campaña de Córdoba a través del análisis cualitativo y cuantitativo del censo de 1813. Los autores sostienen que *“Al observar la categoría “profesión”, se identifica una minoría de hombres y mujeres, afectados en distintos momentos del ciclo vital por dolencias mentales y físicas severas”* (p.250). Este estudio articula el análisis conceptual de las afecciones de salud como así también el de la composición demográfica de la población con enfermedades y mundo del trabajo, por lo que se presenta como un material de suma importancia para nuestra investigación.

Recientemente, Otero y Velázquez (2019) estudian la variable salud y, en consecuencia, a las personas con “condiciones especiales”, desde el punto de vista de la “calidad de vida” según las cifras que arrojan los dos primeros censos nacionales.

En términos de definiciones conceptuales de enfermedades durante fines del siglo XIX y principios del XX (como el bocio, el cretinismo y los “opas”), disponemos de los trabajos de María Silvia Di Liscia (2005; 2013). La autora pone el foco en las discrepancias existentes entre los profesionales de la salud respecto a la vinculación entre el bocio, el cretinismo y la idiocia. En este sentido, Di Liscia habla de “confusión nosológica” ya que se asociaban enfermedades provocadas por la falta del yodo en agua (bocio) con otras de índole mental (cretinismo/idiocia). Además, la autora señala cómo las concepciones médicas y estatales de la época, de corte positivista, construyeron discursos de género, cargados de prejuicios raciales, que, por ejemplo, vinculaban de manera directa el bocio a las mujeres y a la población nativa de las provincias del interior en contraposición a los extranjeros de las ciudades del litoral, en su gran mayoría no afectados por la enfermedad. Para Di Liscia, este análisis, que tiene a los censos como

fueron fundamentales, puede contribuir a dilucidar los mecanismos en que el discurso censal construyó una serie de imágenes sobre la sociedad y la nación.

Como vemos, la producción académica reseñada se ha encargado de señalar (y de reiterar) lo complejo de abordar en términos analíticos a las personas con enfermedades en la época bajo estudio y las limitaciones que ofrecen las fuentes, en este caso, los dos primeros censos nacionales. Nuestra investigación se enmarca, entonces, en estas coordenadas.

Un dato sin embargo evidente no puede ser pasado de alto: desde el primer censo nacional en 1869, el Estado argentino demostró interés en abordar de manera estadística el panorama sanitario de la población, intentando reconocer a los habitantes afectados por distintas dolencias y enfermedades. ¿A qué responde esta incorporación? A continuación, intentaremos dar algunas de las razones.

La población con “condiciones especiales” en los dos primeros censos: las motivaciones estatales de su inclusión

Como hemos adelantado, al inaugurarse con el censo de 1869 la etapa estadística en Argentina, el Estado nacional demostró una temprana preocupación (que se sostendría en el tiempo) por relevar a las personas afectadas por problemas de salud. Incluso, podemos encontrar antecedentes al respecto a finales de la etapa proto-estadística, es decir, en el periodo previo a la consolidación de un aparato estatal de alcance nacional. Por ejemplo, en el censo de Córdoba de 1813 se *“identifica 17 tipos de afecciones o discapacidades diferentes. Ordenadas alfabéticamente, estas son: baldado, ciego, demente, enfermo, falto, fatuo, impedido, inhábil, inservible, inválido, loco, manco, mentecato, mudo, quebrado, tullido y paralítico”* (Ghirardi y Ribotta, 2013:253). De la misma manera, en las cédulas del censo impulsado por la Confederación Argentina en 1857 se formulaba una pregunta sobre las *“Imposibilidades físicas y otras observaciones”* (Maeder, 1968: 141) como así también en el Censo de la Provincia de Salta levantado en 1865, donde se relevaron distintas afecciones de orden físico y mental (Raspi, 2004; Acrecheche, 2011). Por otro lado, en el periodo que transcurre entre el primer y el segundo censo nacional, existió continuidad en la cuantificación del problema, ya que distintos relevamientos provinciales como el de Buenos Aires (1881), Santa Fe (1887), y el de la entonces denominada Capital Federal (1887), incluyeron secciones en

sus cédulas censales relacionadas a identificar al segmento de población afectado por ciertas dolencias en su salud.

Un factor importante para comprender la motivación estatal por la cuantificación del estado sanitario de la población es el proceso de conformación y consolidación durante la segunda mitad del siglo XIX, al calor del mismo proceso de afianzamiento del Estado nacional, de una élite de profesionales de la salud, que comenzó a ocupar espacios en el aparato estatal, así como también a incidir en la toma de decisiones respecto a políticas destinadas a vigorizar el estado sanitario de la población. Este grupo de médicos jugó un papel central en promover la recopilación sistemática de datos cuantitativos para detectar problemáticas sociales, siendo los médicos, en definitiva, *“protagonistas del desembarco de la racionalidad estadística en las últimas décadas del siglo XIX”* (Daniel, 2012:92).

En este escenario, la influencia de los modelos censales de otros países cumplió un papel importante a la hora de relevar datos asociados a la salud de los empadronados. Esto se evidencia claramente en la edición oficial del censo de 1895, donde se establecen comparaciones con las cifras asociadas al estado sanitario de otras naciones, dando cuenta que la inclusión de estas variables era una preocupación compartida a nivel mundial. En este punto hay que examinar la incidencia de los primeros Congresos Internacionales de Estadística, que, desde su primera reunión en Bruselas en 1853, con el astrónomo belga Lambert Adolphe Jacques Quételet (1796-1874) como principal impulsor, generaron una red de encuentro y difusión sobre métodos y estadísticas entre representantes de varios países, dando origen a lo que Eric Brian (1999) denomina “mundialización” o “internacionalización” de las cifras.

En esa misma línea, los sucesivos Congresos encargaron a personajes como William Farr (1807-1883), Marc d’Espine (1806-1860) y Jacques Bertillon (1851-1922) la elaboración de una nomenclatura y clasificación uniforme de enfermedades causantes de mortalidad con el objetivo de que fueran aplicables a los aparatos estadísticos nacionales (Organización Panamericana de la Salud, 1995; Ortuño Sánchez, 2009). Sin embargo, habría que relativizar la importancia de tales puntos de encuentro ya que, en palabras del director del segundo censo nacional, Diego de la Fuente, *“los congresos estadísticos, en general, han dejado poco verdaderamente positivo en pos de sí, no habiéndose llegado a uniformar opiniones”* (República Argentina, 1898: Tomo I, XIII). Como plantea Daniel (2009: 24), la preocupación estadística por la salud de parte del Estado nacional *“resalta aún más en un contexto estadístico en el que constituía una*

práctica poco común entre las naciones estadígrafas, tal como lo indican las dificultades que se le presentaron a los censistas locales para la comparación de las cifras nacionales con las de otros países”.

Por otro lado, Pantano (1987:77) señala que detrás de la inclusión por parte del Estado de las personas con “condiciones especiales” en 1869 y 1895, *“subyace un interés por evaluar la magnitud de la población que no puede trabajar, preocupación bastante entendible en un país que se proponía crecer económicamente”* pero también, la autora afirma que la inquietud acerca de la situación sanitaria de la nación no deja de aparecer en los documentos oficiales como menos importante. En consecuencia, la reseña oficial de los datos de 1895 indicaba que el relevamiento de las personas afectadas en la salud *“contribuye al conocimiento del estado sanitario del país”* (Argentina, 1898, p. LIII) y al desarrollo de la medicina por los hombres de ciencia, que como hemos señalado, formaban parte de una élite de médicos que empezó a conformarse en Argentina durante el periodo bajo estudio y a posicionarse en espacios del aparato estatal (González Leandri, 2004).

Atado a esto último se explicita, desde la autoridad del Estado, no sólo la necesidad de conocer las características de la población con inconvenientes en su salud, sino también la intención de que los datos recabados sirvan como acervo para impulsar posteriormente políticas concretas destinadas a ella: en pocas palabras, y en términos positivistas, la ciencia en función de las tareas de gobierno. Como señala Daniel (2012: 94):

“La importancia de esta población numéricamente irrisoria era que contribuía a engrosar ese contingente social demarcado por la estadística pública como los ciudadanos considerados pasibles de asistencia. Sobre ese grupo, los censistas depositaban la responsabilidad social del Estado; le reconocían la obligación de tomarlos a su cargo por constituir los elementos pasivos de la sociedad”.

Otro punto a tener en cuenta para entender la inclusión de la cuestión de la salud en los primeros censos nacionales responde al estado de guerra permanente que acompañó al territorio nacional durante gran parte del siglo XIX. Conflictos civiles, conflagraciones con fuerzas extranjeras e incursiones militares a tierras indígenas, instalaron un escenario de guerra crónico que tuvo múltiples consecuencias en la población, y naturalmente el impacto en la salud fue una de ellas, con el saldo de miles de personas con múltiples

secuelas físicas y mentales. Esta situación explica la inclusión en 1869 y 1895 de las categorías “inválido en acción de guerra” o “inválido por guerra” respectivamente. Por otro lado, y asociado a la variable militar, podemos encontrar la intención estatal de contabilizar las personas aptas para la incorporación a las fuerzas de combate, en el marco del afianzamiento de un ejército nacional y, por ende, del monopolio legítimo de la fuerza por parte del Estado central.

Finalmente, no debemos pasar por alto las recurrentes epidemias de afecciones infectocontagiosas (como la fiebre amarilla y el cólera) que azotaron el actual territorio argentino durante el siglo XIX y que generaron honda preocupación en las autoridades con responsabilidad en la gestión de los asuntos públicos.

Salud y enfermedad en el discurso censal

Presentadas las principales motivaciones del naciente Estado argentino para incluir la temática de la salud en los censos, podemos reseñar algunas de las interpretaciones y conclusiones que desde la misma esfera estatal se sacaban de los datos estadísticos. En este sentido, un análisis de los comentarios y lenguajes utilizados por los censistas en las publicaciones oficiales puede permitir *“caracterizar y delimitar los aspectos explicativos del discurso demográfico censal”* (Otero, 1998: 25) en materia de salud.

Más precisamente, los censos pueden ser entendidos como instrumentos ideológicos que imprimen una determinada imagen sobre la nación y sobre la población que habita en su territorio (Otero, 1997). El ideal homogeneizador y normalizador vigente en la segunda mitad del siglo XIX, proyectado sobre un conjunto heterogéneo de personas, nutrido de indígenas, pardos, negros e inmigrantes externos, no descartó omitir, minimizar, discriminar y excluir a las personas afectadas por enfermedades de diversa índole, incapaces de contribuir en el éxito del proyecto modernizador. En el censo de 1895, disponemos de un claro ejemplo la valoración que se vertía sobre este segmento de la población argentina, *“cuya proporción respecto al total de los habitantes constituye cierta desventaja”* (República Argentina, 1898, LIII). En palabras de Daniel (2009: 25) *“esa población “pasiva”, “incapaz”, pero fundamentalmente “improductiva” ... “constituía, según el discurso censal, una “desventaja para el país” en la carrera hacia el progreso”*.

A través del análisis de las fuentes, se reconoce un discurso oficial que pone énfasis en demostrar, en términos estadísticos, la imagen de una nación joven, atractiva y pujante dentro del concierto mundial. En el informe del segundo censo nacional publicado en 1898 se afirma que *“las viejas sociedades, que son bien conocidas, pueden ahorrarse la publicación de muchos datos; en tanto que las nuevas necesitan abarcarlo todo para hacerse conocer, y atraer hacia si atención”* (República Argentina, 1898: Tomo I, XIII). Siendo el fomento de la inmigración una política central del Estado nacional en consolidación para modernizar el país, se evidencia un esfuerzo por resaltar no sólo las oportunidades económicas que ofrecía Argentina a los migrantes externos, sino también las óptimas condiciones sanitarias que gozaba la nación, presentándola de este modo como un lugar de atracción para todo aquel que deseara habitarla. Al respecto, el informe final del segundo censo era concluyente: *“Como síntesis de este estudio, puede afirmarse, porque las cifras así lo prueban, que la República Argentina es uno de los países más favorables para la conservación de la salud”* (República Argentina, 1898: LV). Como hemos señalado anteriormente, se recurre a comparaciones con datos censales de otras naciones para resaltar aún más el carácter excepcional de la Argentina, entendido como *“uno de los países en el que el ser humano goza de mejor salud aun comparándole con los mejores de la tierra”* (Argentina, 1898: LXXIX).

Sin embargo, el relato oficial sobre los datos asociados a las condiciones de salud en la nación establecía un panorama un poco más complejo, ya que se revelaba una evidente contraposición entre las provincias del litoral y las regiones andinas y del norte. En consecuencia, se señalaba que *“Si hemos de juzgar el estado sanitario del país en un momento dado por los resultados del censo de 1895, tendremos que los territorios nacionales y las provincias del litoral gozan de mejor temperamento para la conservación de la vida y la salud del hombre que las otras”* (República Argentina, 1898: LIV), como las regiones de Cuyo y del norte del país. Por tal motivo, el litoral es presentado por el lenguaje oficial como la región más atractiva para los migrantes internos y externos, ya que ofrece las condiciones más favorables para todos los “hombres ávidos de bienestar” (Otero, 1998).

Como señala Di Liscia (2005), detrás de la preocupación por analizar y explicar las diferencias en torno a la salud y la enfermedad en las distintas regiones del país, se aprecian en los primeros censos ciertos discursos cargados de presupuestos negativos que en conjunto darían forma a un “paradigma de la inferioridad del interior”. Tal esquema de pensamiento consideraba a las provincias de Cuyo y del norte como “bárbaras” y

“atrasadas” siendo su sustento estadístico el mayor índice de “insanos” respecto al Litoral. La provincia de Jujuy, espacio geográfico donde se centra esta tesis, era señalada, tanto en 1869 como en 1895, como un lugar que lideraba las estadísticas en cuanto a cantidad de casos de personas con afecciones permanentes en su salud. Por tanto, el caso jujeño era, por sus condiciones sanitarias, una típica manifestación de esa inferioridad provinciana.

Las categorías asociadas a la salud en los primeros dos censos nacionales

Las enfermedades de índole física y mental fueron organizadas, en 1869 y 1895, bajo distintas denominaciones. Mientras que en las planillas o cédulas censales del primer censo se utilizó la denominación “condiciones especiales de algunos empadronados”, en el segundo censo se adoptó la designación “defectos físicos y psíquicos”, no mencionada en el formulario de empadronamiento, pero sí en la síntesis oficial de los resultados del año 1898.

No hay definiciones en los documentos oficiales de 1869 respecto a la denominación adoptada, pero podemos inferir la referencia a cierto grupo reducido de individuos (“algunos”) que poseían características físicas, mentales y también sociales diferentes de una mayoría de personas consideradas “normales”.

Por su parte, en el contexto de 1895, hay una definición más clara al respecto, ya que se entendía por personas con “defectos” a aquellas con *“dolencias físicas o psíquicas que los hacía inútiles para el trabajo de una manera más o menos completa o permanente”* (República Argentina, 1898, p. LXXVII). El carácter crónico o duradero de los “defectos” físicos o psíquicos sería un indicador fundamental de incapacidad a fines del siglo XIX, lo mismo que la aptitud o ineptitud de la persona para desarrollar tareas laborales. Por tanto, toda dolencia temporal no era tomada en cuenta bajo esta categoría, sino más bien bajo el rótulo de “Enfermo”, que incluía a *“aquellas personas que se hallaban en cama, pudiendo por lo tanto calificarse de inaptas para el trabajo, por lo menos, temporalmente”* (República Argentina, 1898: LIII).

En definitiva, y en la misma línea que lo “especial” para 1869, *“El “defecto” refiere a aquello que se aleja de la norma, de lo considerado normal desde el punto de vista biológico”* (Massé & Rodríguez Gauna, 2005: 8). Se evidencia claramente un modo de entender la discapacidad, donde la “desventaja” o la “falta” están por encima de la

condición de persona. Esto traduce el imperio, durante el siglo XIX, de un modelo médico normalizador de tinte biologicista centrado en la deficiencia o en la naturaleza de los cuerpos a la hora de definir la discapacidad (Massé, 2003).

Debemos señalar que la variable “condiciones especiales” empleada en 1869 resulta problemática para el análisis cuantitativo, principalmente porque contenía y agrupaba una amplia variedad de categorías. Por ejemplo, fueron incluidos bajo dicho rótulo los “huérfanos”, “mancebos” e “ilegítimos” que no hacían referencia directa a algún tipo de dificultad física o psíquica, sino más bien a cuestiones de vínculo familiar, de consanguinidad o de relaciones consideradas indebidas.

Hechas estas aclaraciones, las categorías utilizadas en los primeros dos censos nacionales para clasificar las enfermedades físicas y mentales de carácter permanente fueron las siguientes:

Tabla 1. Categorías relativas a la salud de los empadronados utilizadas en el Primer y Segundo censos nacionales, 1869 y 1895. Argentina

Censo 1869 “Condiciones especiales”	Censo 1895 “Defectos físicos y psíquicos”
Sordomudo	Sordomudo
Ciego	Ciego
Demente	Loco
Cretinos, imbeciles, estúpidos, opas (“monomaniacos”)	Idiota
Bocio o coto (“cotudos”)	Bocio o coto
Inválido (guerra o accidente de trabajo)	Inválido (guerra o accidente)

Fuente: elaboración propia

Puede observarse una continuidad, pero también cierta correspondencia entre ambos censos en cuanto a las categorías que aluden a dolencias de carácter físico y/o sensorial: “sordomudo”, “ciego”, “bocio o coto” e “inválido” están presentes tanto en 1869 como en 1895. En cambio, encontramos la utilización de diversas categorías en el campo de las enfermedades psíquicas o mentales. Como veremos, esta situación se corresponde con el contexto mucho más amplio de

consolidación científica de la psiquiatría moderna a nivel mundial y la proliferación y coexistencia (no ajena a controversias) de múltiples clasificaciones y nomenclaturas de las afecciones del orden mental.

Definición de la enfermedad en los primeros censos nacionales

En los documentos oficiales, las nociones referidas a explicar las enfermedades son breves o imprecisas, pudiéndolas hallar solamente en la edición del censo de 1895.

Respecto a las enfermedades de índole física, hay referencias al coto o bocio, donde se señala que

“En algunas provincias, especialmente en las del Norte y Andinas, ha existido desde época remota la afección consistente, según parece, en la hipertrofia de la glándula tiroides que se conoce vulgarmente con el nombre de coto (voz que no aparece en el diccionario castellano) y que se denomina bocio o papera. En muchos casos el bocio se encuentra complicado con otras afecciones, como el idiotismo” (República Argentina, 1898: LXX).

Como vemos, aparece una cuestión que denota la complejidad de las categorías: la vinculación que en la época se establecía entre distintas dolencias, en este caso el bocio y el idiotismo, pero también se creía en la asociación entre la primera afección y el cretinismo (Di Liscia, 2005).

Por otro lado, la definición sobre los inválidos era bastante clara:

“debían considerarse como inválidos a las personas que hubieran perdido algún miembro o que por heridas o accidentes se encontraran imposibilitadas de una manera permanente para el trabajo ordinario, quedando así comprendidas las que carecían de uno o ambos brazos o piernas o de su uso, las afectadas de heridas que un curadas imponen un método de vida sedentario y en fin todas aquellas que por circunstancias análogas constituyen un elemento pasivo en la sociedad” (República Argentina, 1898: LXXIII).

Según la edición del año 1855 del Diccionario de la Real Academia Española, los inválidos serían los individuos faltos de fuerza y de vigor, pero también los “soldados viejos”, dando cuenta de que la categoría estaría asociada también a la franja etaria relativa a la vejez (Real Academia Española [RAE],2019).

Respecto a las enfermedades mentales, en el censo de 1895 se explicita la complejidad de su cuantificación y la relatividad de los datos, ya que *“La constatación de esta clase de enfermedades es siempre originariamente incierta, de modo que los resultados deben considerarse solamente como aproximativos”* (República Argentina, 1898: LXII). En esa fuente solo hay referencias al concepto de idiotismo, donde se lo señalaba como una “Incapacidad intelectual”, pero al mismo tiempo se destacaba su imprecisión al afirmar que *“los censos emplean términos diferentes: idiotismo, cretinismo, imbecilidad, opas, que para los efectos censales se consideran sinónimos”* (República Argentina, 1898: LIX).

Veremos, a continuación, como este panorama conceptual impreciso, respondía a un contexto más amplio de discusiones en torno a las enfermedades de índole mental.

Panorama de la salud mental en la segunda mitad del siglo XIX

Como adelantamos, desde comienzos del siglo XIX se produce el proceso de constitución de la psiquiatría como ciencia y especialidad médica. Los distintos avances científicos y la proliferación de corrientes y escuelas de pensamiento interesadas en la salud mental, fundamentalmente en Europa, pero también en algunos países de América, generaron un mosaico muy variado de criterios y parámetros para clasificar a esas enfermedades (Plumed Domingo, 2005). Este escenario ambiguo se reflejó en 1889, cuando se llevó a cabo en Francia el Congreso Mundial de Medicina Mental, donde estudiosos y especialistas de todo el mundo intentaron consensuar una clasificación de las enfermedades mentales que sirviera de marco general para una estadística de alcance internacional (Caponi, 2011).

Debemos ubicar en este panorama internacional confuso, de falta de criterios comunes y no ajeno a controversias respecto a cómo describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y patologías, como así también de identificar sus causas, a las categorías relativas a las dolencias mentales utilizadas en los dos primeros censos nacionales de la República Argentina. Si bien esas clasificaciones

tuvieron un origen europeo, no hubo recepción pasiva por parte de los profesionales de la salud en Argentina, sino más bien fueron reinterpretadas y adaptadas al contexto local sobre la base de un conjunto de modelos científicos ya instalados en el ámbito médico.

En este sentido, según Tobar (2012: 4), en Argentina a mediados del siglo XIX *“se instituía un modelo de atención en salud pública sobre dos ejes de acción vinculados entre sí: por un lado la psiquiatría alienista y por el otro el higienismo”*, al que podríamos agregar una variante de este último asociado al positivismo finisecular y a la teoría de la degeneración. Estos paradigmas se fundían en un cuerpo de discursos, prácticas y saberes que conformaban un “catecismo de la higiene” (Armus, 2000) compartido por las clases dirigentes del Estado y por el grupo de médicos profesionales en consolidación.

Acercarnos a las nociones sostenidas por el alienismo, el higienismo y la teoría de la degeneración, presentes en el ambiente de la medicina argentina en la segunda mitad del siglo XIX, aproximarnos al marco conceptual que existía en el periodo bajo estudio para pensar, definir y clasificar los tipos de enfermedades y a la población afectada.

El alienismo

Uno de los cuerpos de ideas que circulaban en los ambientes médicos argentinos en el período bajo estudio era el alienismo. Este conjunto de pensamientos tuvo sus orígenes en Francia entre fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, y significó el nacimiento de un modelo de concebir los trastornos mentales y su tratamiento, sentando las bases de la psiquiatría moderna. El gran avance de los alienistas respecto a la salud mental fue que *“partieron de la premisa de la existencia de una serie de funciones o facultades de la mente y desde esa perspectiva interpretaron la enfermedad como disfunción de dichas facultades mentales”* (Ortuño Sánchez, 2009: 49). En última instancia, los alienistas hacían foco en las condiciones psíquicas y morales como causantes de las dolencias mentales por sobre las causas biológicas, posición sostenida por ciertas posiciones organicistas.

Entre los máximos exponentes del alienismo se destacaron Philippe Pinel (1745-1826) y Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). Este último, retomando el trabajo de su maestro Pinel, propuso diferenciar la enfermedad mental (demencia) de la deficiencia mental (amencia), dentro de la que distinguía dos niveles: imbecilidad e

idiocia, cada uno con grados variables de deficiencia. En consecuencia, el concepto de imbecilidad de Esquirol correspondía a una deficiencia mental leve, mientras que la idiocia se relacionaba a niveles aún más inferiores (Aguado Díaz, 1995).

Sin embargo, Hugo Vezzetti (1985: 51) sostiene que la originalidad de los alienistas no estuvo asociada a nuevas definiciones o clasificaciones de las enfermedades mentales (nosología), sino más bien, a *“la transformación de los procedimientos de internación y el desarrollo de una práctica asilar; el baluarte de la renovación fue la institución del manicomio”*. Fue el ya citado Pinel quien propuso estas reformas en cuanto al tratamiento de las enfermedades mentales, ya que entendió que las causas de la alienación no se encontraban en factores orgánicos, sino más bien en el “espacio moral de las pasiones”. Pinel señalaba la importancia de la autoridad de alienista en el gobierno del manicomio, cuyo objetivo principal era lograr efectos positivos sobre el paciente.

En Argentina, para la segunda mitad del siglo XIX, *“Las nosologías y nosografías más difundidas entre los psiquiatras argentinos provinieron de las escuelas europeas, fundamentalmente francesa y alemana”* (Stagnaro, 2017:190). En ese contexto, uno de los exponentes del alienismo fue el doctor Lucio Meléndez (1844-1901), quien en 1887 propuso una clasificación de enfermedades mentales junto con un grupo de destacados profesionales, como Emilio Coni (1855-1928) y Domingo Cabred (1859-1929). En este ejercicio nosológico se aprecia, según Stagnaro (2017: 194), *“una incorporación de los conceptos de consenso internacional que, seleccionados críticamente a través de su testeo clínico, y combinados con observaciones de la casuística local, dejan como saldo un pensamiento psiquiátrico con perfil propio”*. Además, Meléndez llevó a cabo una reforma de las instituciones manicomiales en la ciudad de Buenos Aires, siguiendo la tradición de Pinel.

Podemos reconocer la impronta del alienismo francés y de los conceptos de Pinel y Esquirol, en las categorías utilizadas en el censo de 1869, donde se buscó relevar personas “dementes” (demencia) e “imbéciles” (imbecilidad). Por otro lado, en 1895, se implementaron los términos “idiota” (idiocia) y “loco”, que correspondería a la categoría de demencia, es decir, a una enfermedad mental severa.

El higienismo

El higienismo, por su parte, fue una corriente de la medicina que, desde sus orígenes en Europa a fines del siglo XVIII, hizo foco en las condiciones ambientales como

causantes de epidemias y enfermedades. Los higienistas señalaban la necesidad de sanear los ambientes (fundamentalmente en los espacios habitables urbanos) pero también de controlar y disciplinar las conductas y las costumbres, como los hábitos de la población en las ciudades (Durán Sandoval, 2012).

Para el caso argentino, Armus (2000: 510) define al higienismo como *“una ideología urbana articulada en torno a los temas del progreso, la multitud, el orden, la higiene y el bienestar”*. Con el auge de las concepciones positivistas, el higienismo se presentó en la segunda mitad del siglo XIX como una herramienta estatal para reconocer y erradicar las consecuencias indeseadas de la modernización, la urbanización y la industrialización (como el crimen, la prostitución y la locura) que, al mismo tiempo, se concebían como obstáculos al desarrollo del progreso y la civilización. Para lograrlo, se implementaron una batería de políticas públicas en los ámbitos de la educación, la salubridad y la asistencia a través de organismos especializados como el Departamento Nacional de Higiene creado en 1880 (González Leandri, 2004). La profilaxis de los “males sociales” era el objetivo central, ya que como se señala en el informe del primer censo *“La ciencia de gobierno tiene también su higiene política, y como la higiene medica es mas (sic) sabia cuando previene los males que cuando los castiga”* (República Argentina, 1872: XLVII).

Entre los médicos precursores del higienismo en el ámbito argentino encontramos al ya mencionado Emilio Coni y a Guillermo Rawson (1821-1890), quien inauguró en 1873 la cátedra de Higiene en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Rawson ocupó el cargo de ministro del Interior durante la presidencia de Bartolomé Mitre (1862-1868), siendo uno de los principales promotores del primer censo nacional. La preocupación por relevar las variables asociadas a la salud en el primer censo podría indicar la influencia de Rawson, “médico-político”, que al igual que otros, como Eduardo Wilde y José Ramos Mejía, condensó en su persona la íntima alianza entre el cuerpo médico y la elite gobernante. Entre 1870 y 1871, tras las epidemias de fiebre amarilla que sacudieron a Buenos Aires, se dedicó al estudio de las epidemias, de las enfermedades y de la higiene. Además, Rawson participó del Congreso Internacional de Demografía celebrado en París en 1878, donde trabó relaciones con personajes de la talla de Jacques Bertillon, quien tuvo a su cargo la elaboración de la primera clasificación internacional de enfermedades (Martínez, 1891). Por su parte, el doctor Emilio Coni también tuvo un papel central en la promoción de la estadística como herramienta al servicio de la salud: por ejemplo, dirigiendo la Oficina Estadística de la provincia de Buenos Aires,

participando de congresos internacionales y actuando como director del empadronamiento de La Plata (1884) y como colaborador en la confección del Segundo Censo Nacional (Daniel, 2012).

La teoría de la degeneración

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, comenzó a formar parte del discurso médico una matriz de ideas que subrayaba las variables genéticas y hereditarias como causantes de las enfermedades mentales y de la desviación de algunos grupos sociales de una supuesta normalidad. Esta teoría de la degeneración tuvo como padres creadores a Benedict Morel (1809-1873) y Valentín Magnan (1835-1916). Contrario a los postulados de los primeros alienistas, los “degeneracionistas” rechazaban con pesimismo las posibilidades de recuperación de los afectados por las dolencias, justamente, por su raíz hereditaria.

En Argentina, la influencia de esta corriente se observa en José Ingenieros (1877-1925) y en Lucas Ayarragaray (1861-1944). Entre otras cuestiones, estos autores sostenían la existencia de poblaciones con capacidades inferiores debido al factor mestizo, concentrados especialmente en las provincias del interior donde el impacto de la inmigración masiva de ultramar no fue relevante. Según Di Liscia (2013: 207), este cuerpo de ideas dio origen a ciertas “categorías raciales”, como el término “opa” utilizado en el primer censo nacional. De procedencia popular pero utilizada científicamente con fines estadísticos, el concepto respondía a una “*denominación vulgar de los atrasados mentales de color*”, en su mayoría indígenas y mestizos, lo que indicaría el carácter autóctono de esta categoría clínica.

Podemos encontrar indicios de este tipo de concepciones en el censo de 1895, por ejemplo, cuando se mencionaban las variables que podían influir en el aumento o disminución de las enfermedades. Por ejemplo, se afirmaba que

“Una de las causas probables de esa disminución, el aumento de la población extranjera y su influencia en el de la nacional: en efecto, el inmigrante, es por lo general adulto, sano, y vigorosamente constituido, los enfermos y débiles no emigran, porque no se consideran con fuerzas suficientes para la nueva lucha por la vida que es consecuencia directa del abandono de la patria. Una prueba de

ello es que el numero (sic) de los afectados es tanto menor, cuanto mayor es la población extranjera en la provincia de que se trate” (República Argentina, 1898: LVII)

Según esta regla sostenida por los científicos positivistas, la región del litoral, al tener mayor presencia de inmigrantes europeos (por naturaleza más sanos y robustos), disponía de una población menos afectada por las enfermedades, caso contrario a lo que ocurría en las zonas andinas y del norte, donde la presencia de llegados de ultramar era relativamente escasa. El peso de la tradición colonial, indígena y nativa en estos territorios marcaría, bajo estas concepciones, el atraso y la inferioridad de sus poblaciones, donde enfermedades como el bocio y el cretinismo se transmitían de manera hereditaria.

Aproximaciones al significado de las categorías censales asociadas a la salud mental

Teniendo en cuenta el panorama relativo a algunos de los saberes expertos y discursos médicos y científicos presentes en la época bajo estudio, intentaremos dar algunas precisiones acerca de las categorías respectivas a las condiciones mentales de los censados empleadas en el primer y segundo censo nacional, sin perder de vista la existencia de un escenario de “*confusión nosológica*” en los propios especialistas de la época bajo estudio (Di Liscia, 2005:21)

Recordemos que, para el caso de 1869, las dolencias de carácter mental fueron divididas en dos segmentos: “cretinos, imbeciles, estúpidos, opas”, por un lado, y “demente”, por el otro. Debemos tener en cuenta que las categorías reunidas en el primer segmento solían ser utilizadas como sinónimos y los saberes médicos de la época frecuentaban asociarlas. Sin embargo, un análisis detenido de las definiciones permite determinar algunas diferencias de grado entre las mismas.

En este sentido, Di Liscia (2005) ha presentado con detalle tanto las definiciones cuanto la compleja relación entre el bocio, el cretinismo y la idiocia, retomando, entre otros aportes, las apreciaciones del médico mendocino Abraham Lemos (1835-/s.f./) en la revista Médico-Quirúrgica de 1877, quien realizó una minuciosa comparación entre la idiocia y el cretinismo.

Los “cretinos” eran individuos que padecían la enfermedad del cretinismo, dolencia que se manifestaba en alteraciones de la inteligencia o “embrutecimiento” unida con problemas físicos, generalmente asociados a la papera o “bocio”. Según Di Liscia (2005:34): *“Se considera dentro de esta categoría a aquellas personas con notorias dificultades motoras y, sobre todo, con falta de expresión lingüística, de aseo y de respeto en general por las costumbres y la moral, personas que además se sospechaba estaban aquejadas de bocio”*.

Por su parte, el “estúpido” era definido en el diccionario de la Real Academia Española de 1853 como el individuo “notablemente torpe para comprender las cosas”, y en su acepción médica, la “estupidez” es señalada como propia de la persona que padecía *“debilidad o profunda alteración de las facultades mentales, en consecuencia, de la cual el hombre es incapaz de raciocinar y vive como indiferente e insensible de todo. Puede considerarse como sinónimo de idiotismo y de imbecilidad”* (Real Academia Española [RAE],2019)

También encontramos en el censo de 1869 el término “opa”. De procedencia popular pero utilizada científicamente con fines estadísticos, el concepto respondía a una *“denominación vulgar de los atrasados mentales o retardados de color”* (Di Liscia, 2005: 44), en su mayoría indígenas y mestizos, lo que indicaría el carácter racial de esta categoría clínica. Por tanto, los “opas” se diferenciarían étnicamente de los idiotas y cretinos por su color de piel, ya que estas últimas patologías estarían asociadas a los “blancos”.

En cuanto al censo de 1895, las enfermedades mentales también fueron separadas en dos nomenclaturas: “idiotas” y “locos”.

Ya hemos indicado que los primeros exponentes de la moderna psiquiatría, como Pinel y Esquirol, teorizaron sobre la idiocia. Específicamente, según María Silvia Di Liscia (2013: 204), los denominados idiotas se distinguían en cuanto a sus facultades o capacidades porque *“no podrían jamás dominar el lenguaje hablado”*, mientras que los imbeciles *“podían aprender a hablar, pero no a escribir”*. Por otro lado, según el diccionario de 1895, la diferencia entre unos y otros radicaba en lo siguiente: *“el idiota nace, y el imbecil lo llega a ser, bien por alguna causa extraña, o por su mala educación, o por el aire de su país. El idiota lo es siempre, al imbecil se lo puede curar”* (RAE, 2019). Para Lucas Ayarragaray (1910), los “imbeciles” eran capaces de aprender a leer, de esbozar iniciativas y ocuparse de pequeños oficios.

Por otro lado, los “dementes” de 1869 y los “locos” de 1895 eran aquellos sujetos que habían perdido el juicio, el sentido de realidad, presentando un “*Desorden de las emociones e incoherencia de las ideas*” (RAE, 2019). En el informe del segundo censo nacional, los “locos” son analizados bajo la categoría “alienados”, dando cuenta de la utilización de las categorías como semejantes.

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, debemos subrayar nuevamente la complejidad de las nociones asociadas a la salud mental en el periodo estudiado, donde abundaban las conceptualizaciones y la asociación de enfermedades que conducía en muchos casos a presentarlas como sinónimos. De todos modos, podemos entender las categorías “Cretinos, imbeciles, estúpidos, opas” de 1869 e “Idiota” de 1895, como aquellas que indicaban distintos grados de severidad en el “retraso” o “debilidad” mental del individuo, que incluían desde trastornos en el habla hasta la falta de desarrollo de algunas competencias o habilidades cognitivas o intelectuales. Los afectados por esas dolencias eran considerados poseedores de una “inteligencia rudimentaria”, siendo los idiotas los casos más agudos. Por su parte, las nomenclaturas “demente” y “loco” harían referencia a enfermedades psiquiátricas asociadas a la pérdida de la razón, del sentido de realidad y a los delirios, señalando trastornos mentales severos.

Presentadas las definiciones y categorías relativas a la unidad de análisis, en adelante describiremos el entorno geográfico, demográfico y productivo en que fue censada, en dos momentos puntuales del siglo XIX, la población con “condiciones especiales”: el Departamento Capital de Jujuy.

SEGUNDA PARTE

El escenario: el Departamento Capital de Jujuy

La presente investigación se centra en una unidad política, ambiental y territorial en dos momentos puntuales del siglo XIX: el Departamento Capital de la provincia de Jujuy en 1869 y 1895. A continuación, presentaremos un panorama general del espacio capitalino para poder comprender de manera más cabal el escenario en donde se inscribe la unidad de análisis.

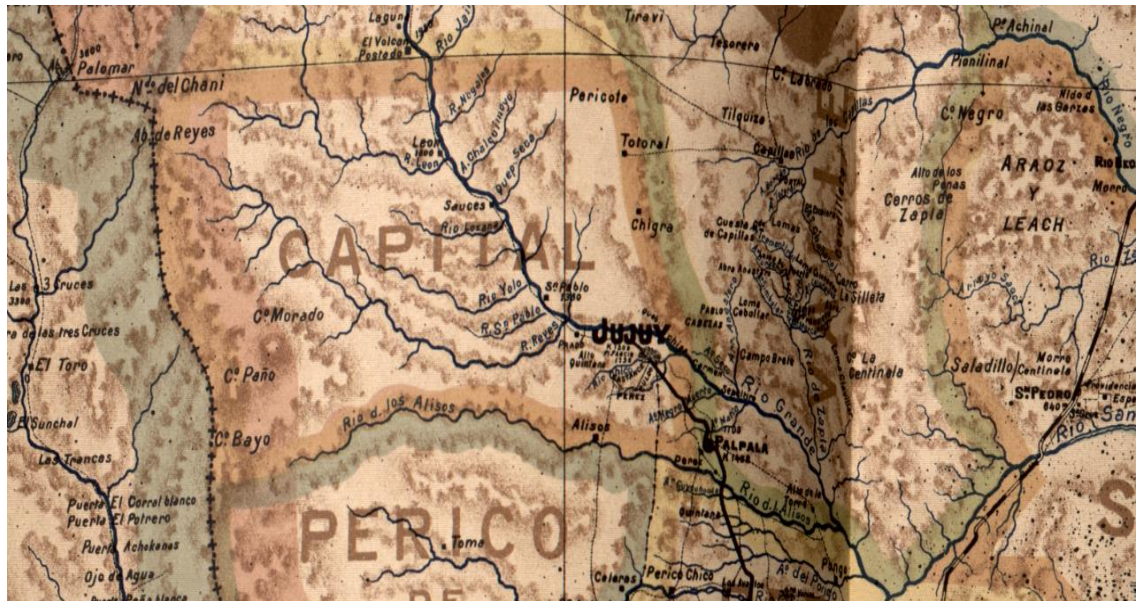
Características geográficas

Una de las características centrales del territorio jujeño es su diversidad ambiental, ecológica y geográfica. En este sentido, la provincia puede ser dividida en cuatro grandes espacios o regiones: los Valles Centrales, los Valles Subtropicales, la Quebrada de Humahuaca y la Puna o Altiplano jujeño. La disparidad en la altitud de estos territorios permite detectar otros agrupamientos regionales o “pisos ecológicos”. En este sentido, las denominadas “tierras bajas” se hallan conformadas por los Valles Subtropicales o Yungas, ubicados al oriente de la provincia, (como veremos, sede de la pujante industria azucarera desde mediados del siglo XIX) y por los Valles Centrales templados, donde se ubica el Departamento Capital. Esta región, situada en el centro-sur de la provincia de Jujuy, se caracteriza por ser un territorio húmedo y fértil rodeado de arroyos y ríos (siendo el principal el Río Grande, que bordea al norte la ciudad capital), con abundantes lluvias en verano y temperaturas moderadas a causa de una altura que oscila entre los 5000 metros en las serranías y 500 metros sobre el nivel del mar en los llanos, altura relativamente baja en comparación a las “tierras altas” del centro y norte de la provincia, es decir, la Puna y la Quebrada de Humahuaca (Fandos, 2016).

En el informe del primer censo nacional hay una breve reseña de la geografía de la Capital, donde *“La inclinación del terreno facilita la irrigación, por lo que la ciudad y sus alrededores son todos bien regados”* y se menciona que *“La campaña de este departamento es pintoresca: bellas colinas cubiertas de bosques y de vegetacion (sic) adornan el valle, encontrándose por doquiera (sic) arroyos que bajan de las montañas*

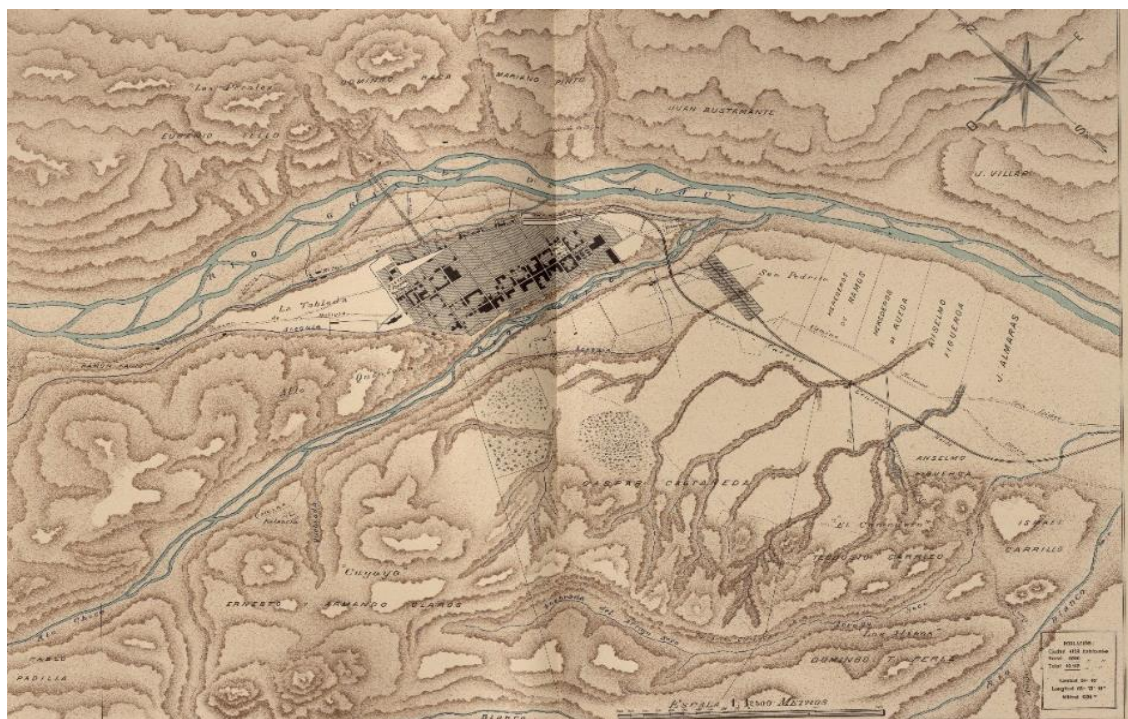
vecinas y serpentean por los terrenos cultivados, estensos (sic) y bien cuidados”
(República Argentina, 1872: 566).

Imagen 3. Mapa del Departamento Capital de Jujuy, 1901.



Fuente: CHAPEAUROUGE, Carlos de (1901). Atlas del plano catastral de la República Argentina, Buenos Aires: Eigendorf y Lesser. Hoja n° 75

Imagen 4. Plano de la Ciudad Capital de Jujuy, 1901



Fuente: CHAPEAUROUGE, Carlos de (1901). Atlas del plano catastral de la República Argentina. Buenos Aires: Eigendorf y Lesser. Hoja n° 75. Citado en HERNÁNDEZ APARICIO, Nicolás (2020)

Características administrativas y la problemática distinción entre área urbana y área rural

Luego de su fundación en 1593, los territorios que conformaban el asentamiento jujeño pertenecieron a la Gobernación del Tucumán hasta 1783, momento en que se impone el sistema de intendencias por parte del reformismo borbónico. Posteriormente, Jujuy formó parte de la Intendencia de Salta hasta 1814, y a la provincia homónima hasta el 18 de noviembre de 1834, momento en que se erige como entidad provincial autónoma.

En términos generales, hay que tener presente que en el lapso transcurrido entre los primeros dos censos (1869 a 1895), la división política departamental a nivel nacional sufrió numerosas variaciones debido al avance y afirmación de los estados nacional y provinciales, con la consecuente extensión de las fronteras, cambios de límites y creación de unidades departamentales. Esta situación da cuenta de un contexto de permanente transformación de las unidades administrativas, con demarcaciones cambiantes, límites poco claros o, inclusive, de ausencia de ellos (Otero, 1998). Sin embargo, la provincia de Jujuy conservó la misma cantidad de departamentos durante el periodo intercensal. En consecuencia, en 1869 *“Jujui se fracciona en trece secciones o departamentos; y estos se subdividen en partidos o distritos, que son: el de la capital, Perico de San Antonio, Tumbaya, Tilcara, Perico del Carmen, Ledesma, San Pedro, Cochinoca, Rinconada, Santa Catalina, Yavi, Valle Grande, Humahuaca”* (República Argentina, 1872: 566). Para 1895, mantuvo la misma cantidad de departamentos al igual que Salta, diferenciándose de las transformaciones administrativas que experimentó la provincia de Tucumán (República Argentina, 1898: XXVI).

En cuanto al Departamento “Ciudad”, “Capital” o “Jujuy”, limitaba en la segunda mitad del siglo XIX con los departamentos Perico de San Antonio y Perico del Carmen al sur, al este con Valle Grande, al norte con Rinconada y Cochinoca y al oeste con Rosario de Lerma en la provincia de Salta. Las denominaciones del Departamento Capital variaron a través del tiempo. Por ejemplo, el censo de 1869 refería a esta unidad administrativa como el “Departamento Ciudad”, mientras que en el de 1895 aparecía bajo la denominación “Departamento de Jujuy”, dando cuenta de la naturaleza compleja del departamento como unidad de análisis (Cacopardo, 1967; Bolsi, 1997). Además, otra de las designaciones para mencionar a esta jurisdicción en términos eclesiásticos era “Curato Rectoral de Jujuy”, fundamentalmente en los registros anteriores a 1869 (Teruel, 1995).

El Departamento Capital contaba con un distrito homónimo, que contenía el centro urbano más poblado de la provincia, San Salvador de Jujuy, *“lugar en que residen los altos poderes del estado, ejecutivo, legislativo (sic) y judicial”* (República Argentina, 1872: 567). El resto de los distritos del Departamento, como las zonas aledañas a la ciudad, eran considerados rurales en el censo de 1895.

Debemos señalar que, para la época bajo estudio, la distinción en términos censales entre el mundo urbano y el rural se asumía como compleja y problemática. Según Otero (1998), esto respondía a la variabilidad de criterios utilizados por los estadísticos del primer y segundo censo para definir lo urbano, por ejemplo, al asignar a un pueblo la categoría de centro por su importancia respecto a su entorno geográfico; o al entender la ciudad como aglomeración de edificios y calles, o también el de asignarle a una aldea la categoría de centro urbano de acuerdo con una proyección futura de urbanización. Además, en el marco del positivismo, lo urbano aparece cargado con una fuerte valoración positiva, signo de modernidad, civilización y progreso en detrimento de los espacios rurales o las campañas.

Teniendo en cuenta este panorama, para delimitar las zonas urbanas de las zonas rurales seguimos la denominación otorgada a los distritos en la publicación de los resultados del censo de 1895. Esencialmente, el entorno urbano era la ciudad capital (San Salvador de Jujuy), mientras que el resto de las localidades menores del Departamento eran consideradas rurales. Los mismos, según los datos del segundo censo, representaban un numeroso grupo de distritos que incluía, entre otros, a Alisos de Abajo, Almona, Bella Vista, Cadillar, Carmen, Chigra, Chañi, Guerreros, Yala y Reyes, Juan Galán, Jaire, Las Capillas, León, Molinos, Lozano, Ocloyas, Palpalá, Patos Blancos, Perales, Pongo, Remate, Río Blanco, San Pablo, San Pedrito, Senda de Medina, Tilquiza y Tirasci (República Argentina, 1898: 597 - 598).

La economía jujeña: de los circuitos comerciales andinos a la producción azucarera

Durante un largo periodo, la dinámica económica del territorio jujeño estuvo asociada a sus orígenes como asentamiento español. La fundación del pueblo de San Salvador de Velasco en el valle de Jujuy por Francisco Argañaraz en 1593 respondió a una necesidad de índole estratégica. La frontera norte de la flamante región del Tucumán era considerada crucial para los colonizadores debido a su cercanía al Alto Perú, y, por tanto, entendida como camino natural hacia las minas de plata de Potosí.

En ese marco, a partir del siglo XVII y hasta mediados del siglo XIX, Jujuy se transformó en un engranaje central del “espacio peruano”, es decir, del circuito de comercio y producción que giraba en torno al centro económico altoperuano (Assadourian, 1983). Por tanto, debemos concebir al espacio jujeño como una región que no puede circunscribirse a los límites políticos, excedidos en el largo plazo por sus conexiones mercantiles con otros territorios, más amplios y diversos. En el largo camino de postas que significaba el viaje desde Buenos Aires hacia el norte, el territorio jujeño era el último descanso y parada obligatoria para el transbordo a medios más adecuados para el transporte de mercancías en las sinuosas alturas: allí se producía el cambio de las carretas por las mulas. Esto trajo aparejado un activo desarrollo de la ganadería mular (fundamentalmente su invernada y posterior venta) y de la arriería, actividades que ocupaban gran cantidad de mano de obra en el espacio jujeño. En este marco, Jujuy era, esencialmente, “*un lugar de paso*” (Gil Montero, 1995: 67).

Este panorama comenzó a modificarse hacia 1870, cuando los circuitos económicos ligados al norte, que se sostuvieron luego de la independencia, entraron en crisis. A partir de entonces, el noroeste argentino en general y la provincia de Jujuy en particular transitaron un reordenamiento de su economía desde la zona andina y el Pacífico hacia Buenos Aires y el Atlántico, y desde la circulación a la producción (Teruel, 1995), enmarcándose en un lento pero sostenido proceso más general de “atlantización” de las economías extrapampeanas (Campi, 2000).

En esta transformación económica cumplió un rol central el desarrollo de la actividad azucarera en la zona sureste de la provincia, que tuvo su auge a finales del siglo XIX. Mediante un proceso de incorporación de tecnología y de capitales, modernos ingenios-plantaciones se instalaron en los Valles Subtropicales, es decir, en las tierras bajas del oriente jujeño, particularmente en los Departamentos de Ledesma y San Pedro, activando flujos de mano de obra estacional para la cosecha o “zafra”, el corte, recolección, transporte y procesamiento de la caña, conformándose de este modo un importante y dinámico mercado de trabajo. De trascendental importancia en este proceso fue la llegada del Ferrocarril Central Norte Argentino a Tucumán en 1876 y a San Salvador de Jujuy en 1891, ya que permitió la conexión de la región del noroeste argentino con el mercado nacional.

Para fines del siglo XIX, el noroeste azucarero logró insertarse como un importante engranaje del modelo agroexportador a través de un producto de consumo masivo en el mercado interno, de la mano de la renovación tecnológica, la contracción de

los costos de transporte y de una política arancelaria proteccionista desde el Estado central. A pesar de esto, paralelamente, se consumió la subordinación económica del interior respecto a la pujante zona pampeana y el litoral (Campi, 2000).

La economía y las ocupaciones en el área rural del Departamento Capital

Como hemos indicado, el perfil húmedo y fértil de los Valles Centrales permitió que, en las zonas rurales desde la época colonial, se desarrollen actividades productivas relacionadas a la ganadería (vacuna, equina y mular) y a la agricultura (principalmente producción de trigo y maíz). En el ámbito rural del Departamento Capital de Jujuy, tales actividades se desplegaban en unidades productivas de extensiones diversas, aunque abundaban las pequeñas y medianas (chacras, quintas y huertas) orientadas al autoabastecimiento de muchos de sus productores directos, y al suministro cotidiano del mercado de la ciudad (Teruel & Lagos, 2006). Veremos más adelante, que, tanto en el primer como en el segundo censo nacional, las ocupaciones relacionadas a las actividades primarias eran las más importantes entre los hombres. Jornaleros, peones y labradores fueron los medios de vida más comunes dentro del espacio rural capitalino.

Finalmente, el espacio agrario era un espacio donde se realizaban actividades como el hilado y el tejido (generalmente al interior de las unidades domésticas), empleando en su inmensa mayoría mano de obra femenina.

El mundo laboral urbano de San Salvador de Jujuy

Respecto a las actividades económicas de la zona urbana del Departamento Capital, debemos tener en cuenta lo señalado anteriormente: la ciudad de San Salvador de Jujuy desempeñó un rol fundamentalmente mercantil durante las épocas colonial e independiente, ya que actuaba como intermediaria en el tráfico de bienes entre el Alto Perú y las provincias de más al sur. De este modo, Jujuy se convirtió en un polo dinámico y en crecimiento, con activo movimiento de mercancías y de personas, pero, al mismo tiempo, sometido a las fluctuaciones de los circuitos y mercados del norte, fundamentalmente bolivianos (Teruel & Lagos, 2006).

La arriería o el traslado de mulas, ganado en pie y de todo tipo de mercancías, dinamizó la producción agrícola y ganadera (especialmente de las zonas aledañas al casco

urbano) pero también potenció la actividad artesanal, destinada tanto al abasto de viajeros y comerciantes en sus descansos antes de emprender viaje, cuanto de la población de la ciudad y su entorno rural. Se configuró entonces un mundo urbano artesanal muy heterogéneo, debido a la multiplicidad de oficios y cantidad de actores involucrados en cada tarea. Como especificaremos luego, los datos que ofrecen los censos nacionales respecto a las ocupaciones de la ciudad capital de Jujuy dan cuenta de esa variedad de ocupaciones, donde se destacaban zapateros, sombrereros y albañiles, entre otros.

La muy nutrida actividad de comercio se evidenciaba, además, en la presencia de numerosos mercados a la calle, almacenes, tiendas y pulperías en la ciudad de San Salvador. En línea con este panorama se señala en el informe del empadronamiento de 1869 que en la parte oeste de la ciudad *“hay una ancha plaza donde semanalmente se celebra la feria”* (República Argentina, 1872: 566). Los comerciantes, también, eran según los censos nacionales una porción significativa de la población ocupada de la ciudad.

TERCERA PARTE

La población con “condiciones especiales” en el marco departamental (1869 y 1895): aspectos cuantitativos del fenómeno

Ya presentadas las características generales del Departamento Capital de Jujuy, en este último apartado analizaremos, en primera instancia, las características demográficas del conjunto de la población departamental para posteriormente encarar la descripción de la población con “condiciones especiales”. En ese recorrido, iremos estableciendo comparaciones con la información que suministran los censos de 1869 y 1895 para el Departamento, en base a lo cual generamos una base de datos con todos los registros de las cédulas censales. En este caso, entonces, se trata de un análisis específico de la información relevada originalmente por los respectivos censistas, lo que permitió generar información de elaboración propia.

Evolución demográfica departamental en el marco provincial (1593-1869)

Resulta importante dar un panorama de la evolución demográfica general de la provincia de Jujuy para luego avanzar con las características de la población departamental según los primeros censos nacionales.

Desde su fundación en 1593 hasta constituirse como provincia autónoma en 1834, Jujuy, junto a Tucumán, Salta, y Santiago del Estero, formó parte de una región (que podríamos denominar Interior o Noroeste) que concentró la mayor cantidad de población en comparación a las otras zonas del actual territorio argentino, como Cuyo y el Litoral (Maeder, 1969; Boleda, 1991; Bolsi 1997). Debido al todavía activo circuito de intercambio y producción en torno al Alto Perú, la Puna y la Quebrada de Humahuaca (las denominadas “tierras altas”), eran las regiones jujeñas con mayor concentración demográfica, destacándose el fuerte componente indígena.

En este marco, uno de los recuentos poblacionales más importantes para la época colonial fue el “Censo de Carlos III” de 1779, según el cual Jujuy tenía un poco más de 13 mil pobladores, de los cuales la inmensa mayoría vivía en la campaña rural (Conti, 2007: 71). Particularmente, San Salvador de Jujuy contaba con unos 2000 habitantes de

orígenes étnicos diversos (reducida población de españoles, mulatos y negros, pero con un gran peso de mestizos). Estos guarismos convertían a la ciudad jujeña en el centro urbano menos poblado del Norte, al ubicarse muy detrás de Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

Entre fines del siglo XVIII y hasta el primer censo nacional en 1869, sólo existen para Jujuy datos parciales y estimaciones en base a padrones generales incompletos y a algunos censos provinciales, como los de 1823, 1843 y 1851 (Teruel & Lagos, 2006; Gil Montero, 1995: 64-65). Estos indican, por ejemplo, que las guerras de independencia (1810-1824) generaron profundas consecuencias en la dinámica demográfica jujeña, con tendencias oscilantes de caídas y de lentos crecimientos, fundamentalmente a causa de los reiterados éxodos ante las invasiones y ocupaciones realistas, las bajas en combate, las levass y las deserciones, entre otros factores (Lagos & Conti, 2010). Posteriormente, se inicia un periodo de pausado incremento demográfico, a pesar de que los conflictos bélicos siguieron arreciando el territorio, con sucesivas migraciones y levass, por ejemplo, a causa de la guerra contra la Confederación Peruano-boliviana (1837-1839).

A partir de 1850, en términos generales, se acelera una tendencia demográfica iniciada a comienzos de siglo, donde el Litoral encabeza el gran crecimiento de la población, fundamentalmente a causa de la inmigración europea, mientras que la zona noroeste inicia su declinación, perdiendo su antiguo protagonismo.

También a mediados del siglo XIX, al interior de la región Norte, las distintas provincias tuvieron comportamientos poblacionales diversos. En el caso de Jujuy, experimentó un crecimiento lento y moderado, registrándose una aceleración recién en 1895, aunque ya perceptible a partir de 1869. En ese empadronamiento general, los datos arrojaron una población de 40.379 habitantes, mientras que el segundo censo ofreció un total de 49.718 personas.

En ese marco, las “tierras altas” jujeñas (Puna y Quebrada de Humahuaca) comenzaron a perder el predominio demográfico en detrimento de los Valles Centrales y Subtropicales u Orientales debido, fundamentalmente, a la crisis de la conexión con los mercados bolivianos y a la expansión de la moderna industria azucarera en las últimas regiones mencionadas (Campi, 2000). Este panorama se evidencia al observar los datos del periodo intercensal 1869, 1895 y 1914, donde la población de la provincia creció en términos absolutos, concentrándose en las “tierras bajas”, primordialmente en el Departamento Capital y en los departamentos azucareros (Ledesma y San Pedro). Por otra parte, los datos de los tres primeros censos nacionales dan cuenta que en Jujuy se

concentró en gran número la inmigración limítrofe, fundamentalmente de origen boliviano, mientras que la inmigración europea o de ultramar (a diferencia de la zona del litoral) fue relativamente escasa (Bolsi, 1997).

Según Bolsi (1997:12 y 21), a nivel departamental, el Departamento Capital de Jujuy corresponde al área de “crecimiento equilibrado y sostenido”, con tasas similares al crecimiento natural de la región y tendencia a conservar el ritmo de crecimiento.

La población del Departamento Capital de Jujuy según los censos de 1869 y 1895

El total de la población

Los datos de 1869 y de 1895 señalan un notable y sostenido aumento de la población en el periodo que transcurre entre los dos censos nacionales. En consecuencia, el primer censo nacional arrojó un resultado de 7.629 personas mientras que el segundo censo determinó una población total de 10.165 censados.

Población urbana y población rural

Por otro lado, la población registrada en los distritos rurales representa, tanto en 1869 como en 1895, el 60% del total, siendo el 40% restante las personas relevadas en el distrito urbano (Capital). La continuidad del peso demográfico del ámbito rural respecto al urbano es, en consecuencia, evidente.

Procedencia

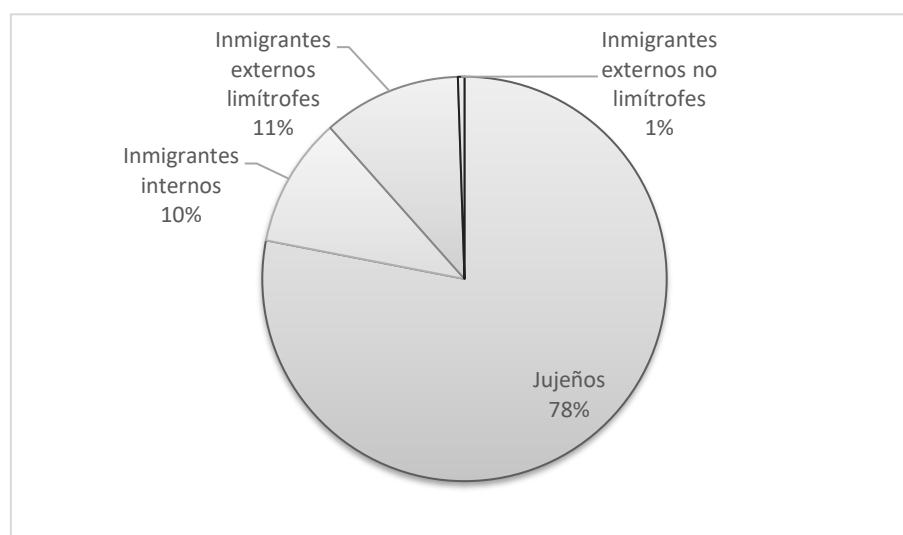
En 1869, se registran como nacidos en Jujuy el 78%; inmigrantes internos o nacidos en otras provincias el 10% (en su mayoría de las vecinas Salta y Tucumán), y extranjeros provenientes de los actuales países limítrofes¹ a la Argentina el 11%. Es de

¹ Cabe señalar que en el caso de los inmigrantes externos se adopta la actual denominación para referirse tanto a aquellos originarios de los actuales países limítrofes a la República Argentina como al resto de los provenientes de otras naciones no fronterizas.

destacar que la inmensa mayoría de estos últimos (el 95%) fueron registrados como procedentes de Bolivia.

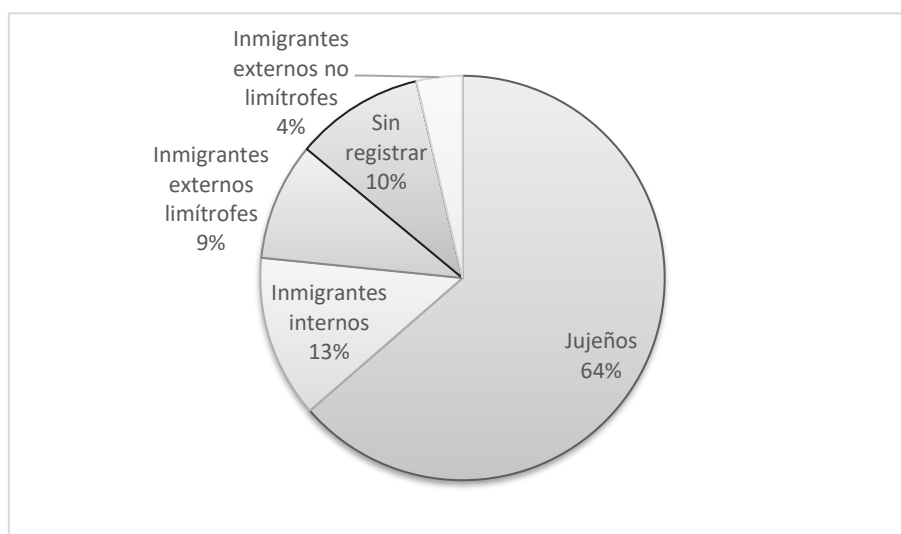
Para el segundo censo nacional, los resultados indican que el 64% de la población era de origen jujeño, el 13% proveniente de otras provincias y el 13% extranjeros, con mayoría de bolivianos, pero con un notable aumento, respecto del censo nacional anterior, de los provenientes de otras naciones, como Italia y España, acompañando en este sentido la creciente tendencia de la inmigración ultramarina a escala nacional, que en términos masivos se concentró en el litoral argentino. También debemos destacar la notable porción de personas sin registro.

Gráfico 1. Población total según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1869.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 7.629.

Gráfico 2. Población total según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1895.



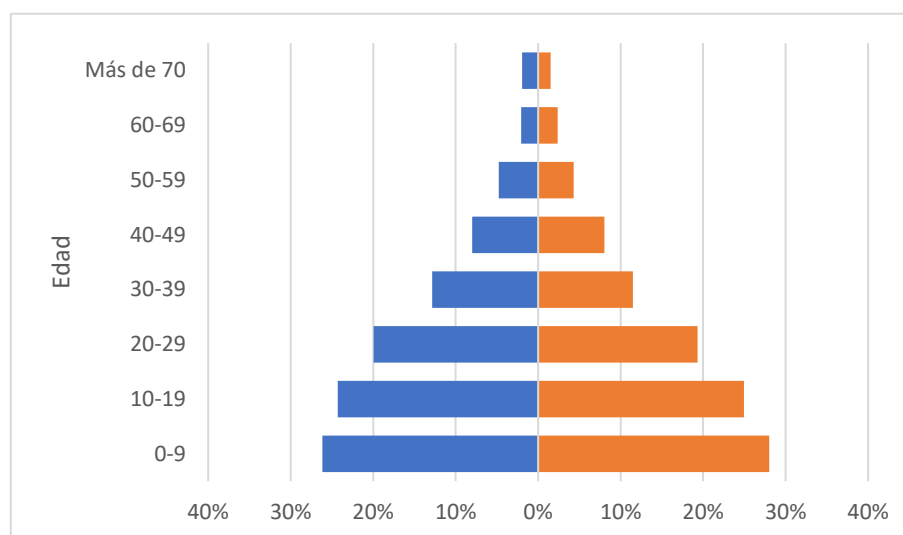
Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 10.165.

Como observamos, la inmigración de personas provenientes de provincias vecinas a Jujuy (de Tucumán y de Salta principalmente) se mantiene constante, aunque con leves variaciones, entre 1869 y 1895. Por otro lado, aunque en el periodo bajo estudio la inmigración ultramarina fue significativa en zonas como el litoral, los datos indican que en Jujuy fue más bien marginal, con un tenue avance en el segundo censo. Sí debemos resaltar que la inmigración boliviana fue la más numerosa en el Departamento Capital según los primeros dos censos nacionales. Por ser Jujuy una zona de fronteras muy porosas con Bolivia, el flujo de personas entre ambos territorios era muy intenso, lo que sugiere matizar la distinción entre jujeños y bolivianos ya que *“estos que catalogamos como extranjeros son mayoritariamente bolivianos, con una gran afinidad étnica, cultural e inclusive familiar con la población nativa, por lo que en su caso el término “extranjeros” debemos entenderlo así, entre comillas”* (Teruel, 1995: 120). Por otra parte, las condiciones socioeconómicas propias de los Valles Centrales harían posible que muchos inmigrantes provenientes de Bolivia participaran de las actividades agrícolas y ganaderas como productores directos y acceder al recurso de la tierra configurando un tipo de migración menos estacional que la de las regiones azucareras del oriente de la provincia (Teruel, 2006: 417).

Sexo y edad

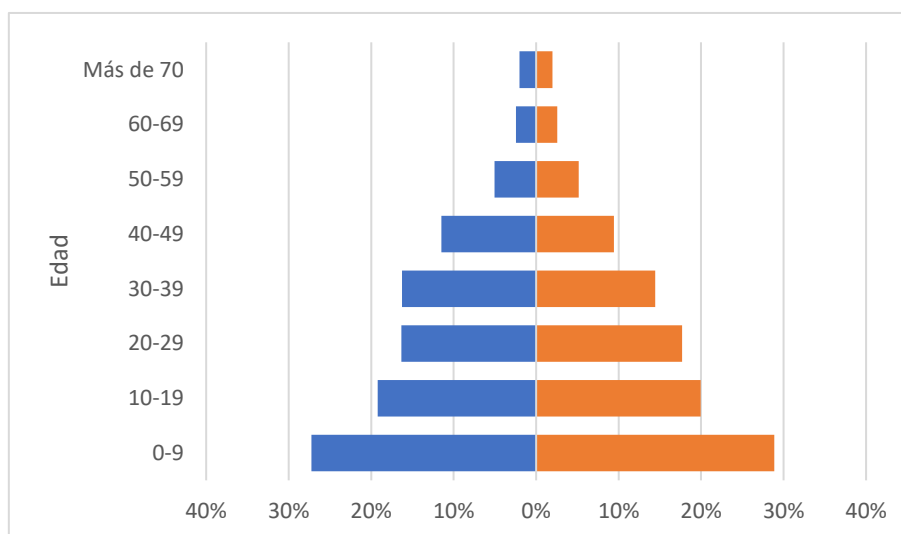
En cuanto al sexo, los datos de 1869 para Jujuy capital arrojan una población masculina de 3.873 (51%) y una población femenina de 3.756 (49%). En 1895, los hombres relevados en el Departamento eran 5.172 (51%) y las mujeres, 4.993 (49%). Aunque sensiblemente mayor, la tendencia entre ambos censos de preponderancia de hombres se conserva. La relación de masculinidad es de 103 varones por cada 100 mujeres en el primer relevamiento, mientras que en el segundo es de 104.

Gráfico 3. Pirámide de población del Departamento Capital de Jujuy, 1869



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 7.629

Gráfico 4. Pirámide de población del Departamento Capital de Jujuy, 1895



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 10.165

Las pirámides de la población departamental en 1869 y 1895 indican una población joven y en proceso de expansión y crecimiento, con bases anchas de niños y jóvenes. Por otro lado, se observa una reducción en los grupos que comprenden los rangos de edad de 10-19 y de 20-29, que estaría indicando, por un lado, considerables tasas de mortalidad, pero también, revelaría la existencia de emigraciones de la población joven y económicamente activa hacia las zonas localizadas al oeste del Departamento Capital donde se concentraba la producción azucarera.

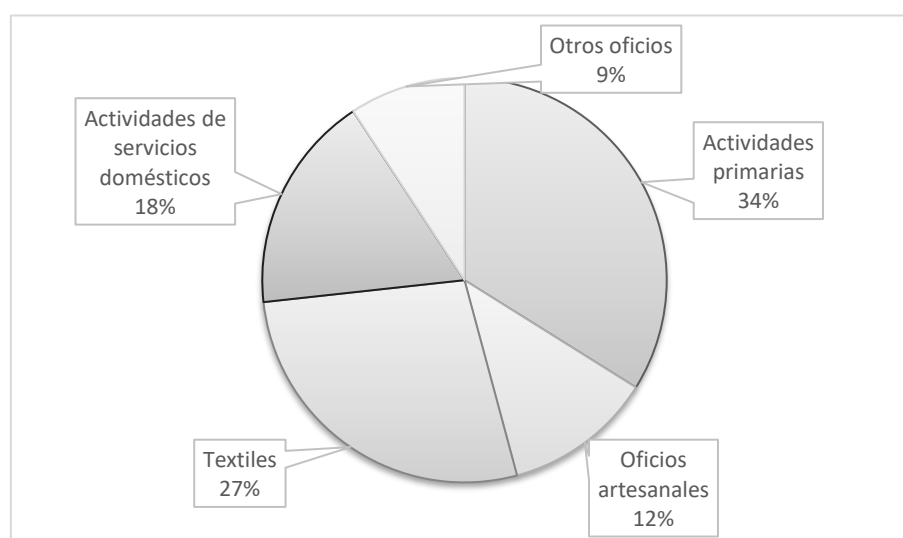
Ocupación

En 1869, dentro de la población total departamental, el conjunto de personas en edad de trabajar y con oficio registrado representaba el 64%, mientras que en 1895 era el 54%, con una mayor cantidad de personas sin registro que en el primer censo.

Respecto a los oficios por rama de actividad, observamos que, del total de la población registrada con algún tipo de ocupación y en edad de trabajar, un número importante en 1869 corresponde a las actividades primarias (34%), seguido por los oficios textiles (27%). En 1895, aquellos registrados con ocupación en las actividades primarias seguían siendo la mayoría (39%) y por detrás, los ocupados en el servicio doméstico (20%) y en los oficios textiles (15%).

Notamos una evidente continuidad entre 1869 y 1895 en la importancia de los registrados con ocupación en las actividades primarias. Como ya hemos señalado, la agricultura y la ganadería eran los ejes económicos en las zonas rurales de los Valles centrales. Por otro lado, los datos señalan la pérdida de centralidad de los oficios textiles en el segundo censo, cuando son superados por las tareas de servicio doméstico.

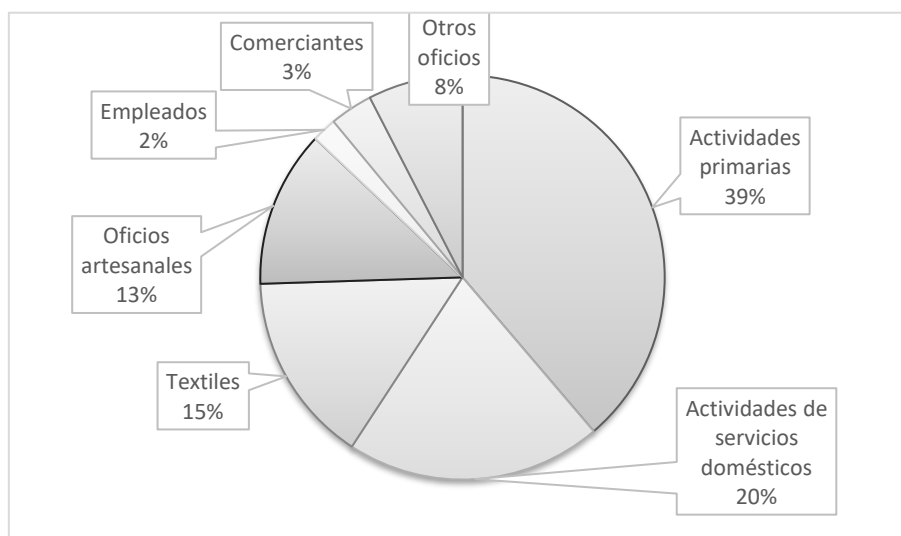
Gráfico 5. Población con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 4.885

Gráfico 6. Población con ocupación registrada según rama de actividad.

Departamento Capital de Jujuy, 1895

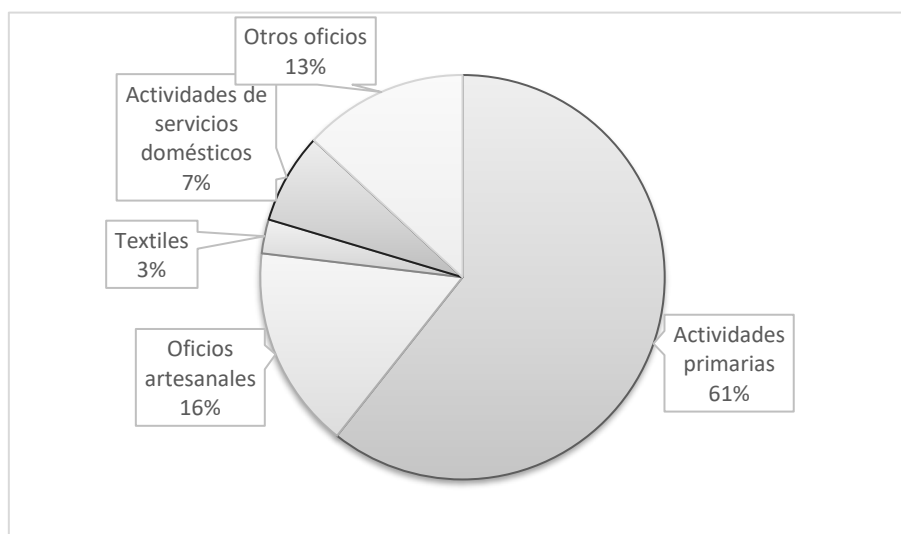


Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 5.453.

Trabajo masculino

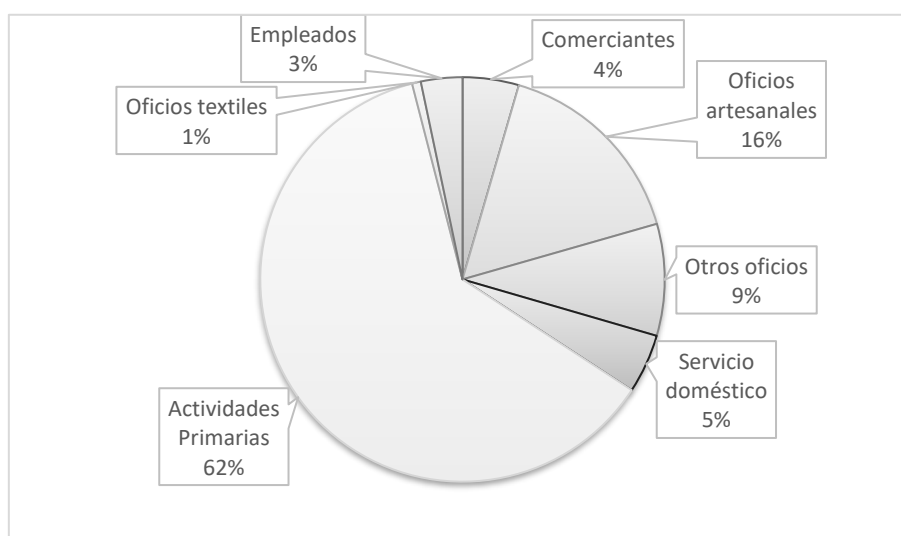
La mayoría de los varones fueron registrados, tanto en 1869 como en 1895, con oficios relacionados a las actividades primarias seguidos, en ambos casos, por ocupaciones artesanales. En 1869 los labradores representaban el 72%, los jornaleros el 14% y los peones el 10% mientras que en 1895 el 47% eran labradores, el 25% los jornaleros y el 12% criadores. En cuanto a los artesanos, encontramos para el primer censo zapateros (23%), carpinteros (15%) y albañiles (14%). Para el segundo censo, se fragmenta aún más el mundo artesanal: albañiles (18%), carpinteros (14%) y zapateros (10%).

Gráfico 7. Hombres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 2.501.

Gráfico 8. Hombres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895

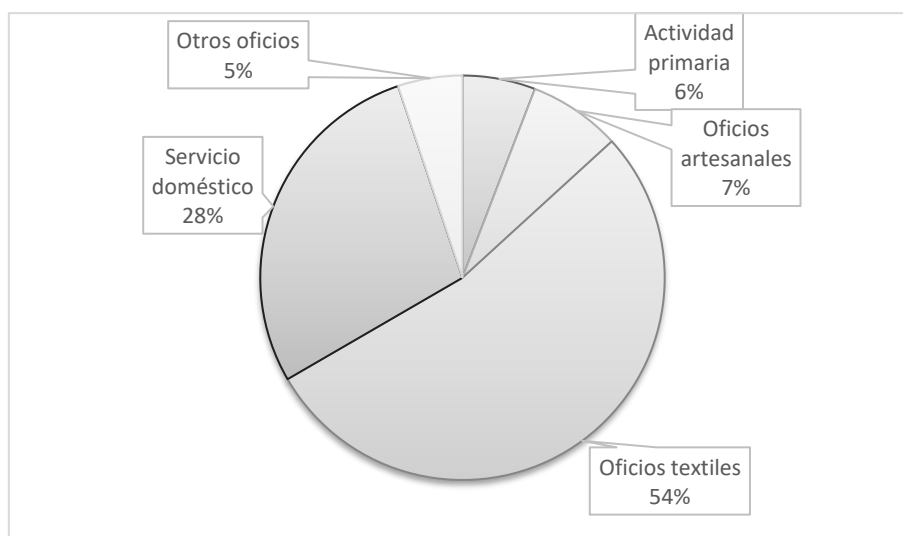


Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 3.112.

Trabajo femenino

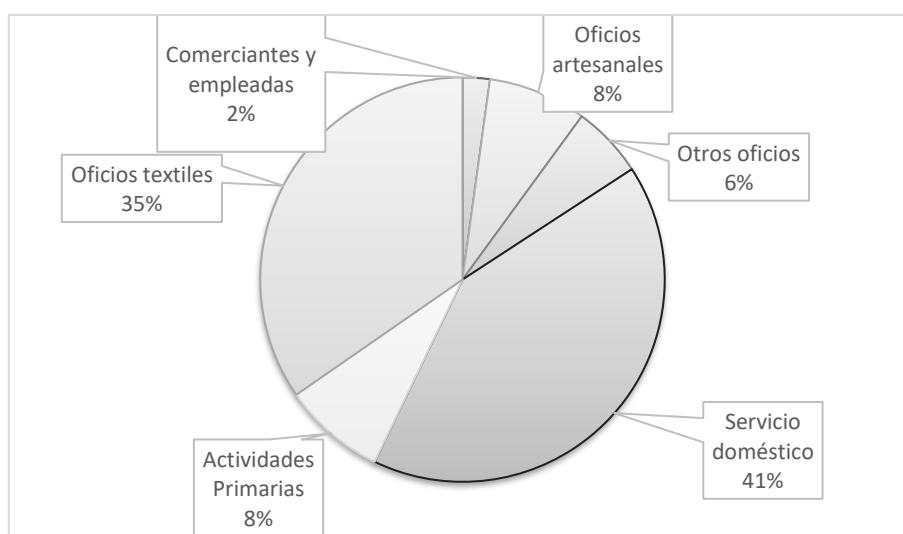
La mayoría de las mujeres fueron registradas, en 1869, en los oficios textiles seguidos por las actividades de servicio doméstico. En 1895, el panorama se invierte levemente en favor de este último conjunto de ocupaciones.

Gráfico 9. Mujeres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 2.383.

Gráfico 10. Mujeres con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 2.341.

La población con “condiciones especiales” del Departamento Capital de Jujuy en 1869 y 1895

El total de la población

Respecto a las personas relevadas con impedimentos de físicos y mentales en el Departamento Capital de Jujuy en los primeros dos censos nacionales, los guarismos son los siguientes:

Cuadro 1. Población total con “condiciones especiales”. Departamento Capital, 1869 y 1895

Censo	Población total departamental	Población total con “condiciones Especiales”	% respecto a la población total departamental
1869	7.629	588	8%
1895	10.165	581	6%

Fuentes: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales de los censos nacionales de 1869 y 1895

Cuadro 2. Hombres con “condiciones especiales”. Departamento Capital, 1869 y 1895

Censo	Total departamental de hombres	Hombres con “condiciones Especiales”	% respecto al total departamental de hombres
1869	3.873	308	8%
1895	5.172	280	5%

Fuentes: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales de los censos nacionales de 1869 y 1895

Cuadro 3. Mujeres con “condiciones especiales”. Departamento Capital, 1869 y 1895

Censo	Total departamental de mujeres	Mujeres con “condiciones Especiales”	% respecto al total departamental de mujeres
1869	3.756	280	7%
1895	4.993	301	6%

Fuentes: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales de los censos nacionales de 1869 y 1895

Se observa que el segmento de personas con afecciones en su salud no acompañó el aumento de la población total departamental ya señalado entre 1869 y 1895, sino que se mantuvo prácticamente en las mismas cifras, aunque apreciándose un muy leve retroceso en términos porcentuales para el año del segundo censo nacional. Con optimismo, en el informe de 1895 se señala que *“Es de suponerse que han concurrido para ese mejoramiento, entre diversos factores, los adelantos higiénicos de la civilización moderna llevados al interior por las líneas férreas construidas todas con posterioridad al primer censo nacional”* (Argentina, 1898: LXI). El avance del Estado nacional en materia de infraestructura y los adelantos científicos en la medicina explicarían en gran medida el retroceso de los indicadores asociados a las enfermedades de la población. También, como ya señalamos, en el mismo informe del segundo relevamiento nacional el discurso oficial presenta al elemento extranjero como una probable causa de la disminución de las personas afectadas en su salud (Argentina, 1898: VIII), ya que se consideraba a este segmento de la población más robusto y vigoroso, por tanto, menos proclive a padecer dolencias físicas o psíquicas que los nativos (fundamentalmente de las provincias del interior).

Estructura por sexo y edad

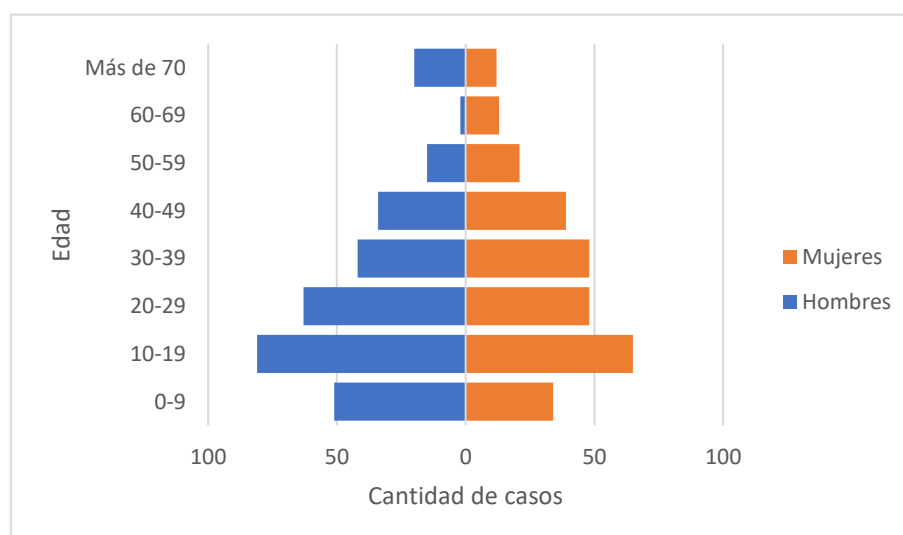
Cuadro 4. Población con “condiciones especiales” según su sexo. Departamento Capital, 1869 y 1895

Censo	Total de hombres	Total de mujeres	Relación de masculinidad
1869	308	280	110
1895	280	301	93

Fuentes: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales de los censos nacionales de 1869 y 1895

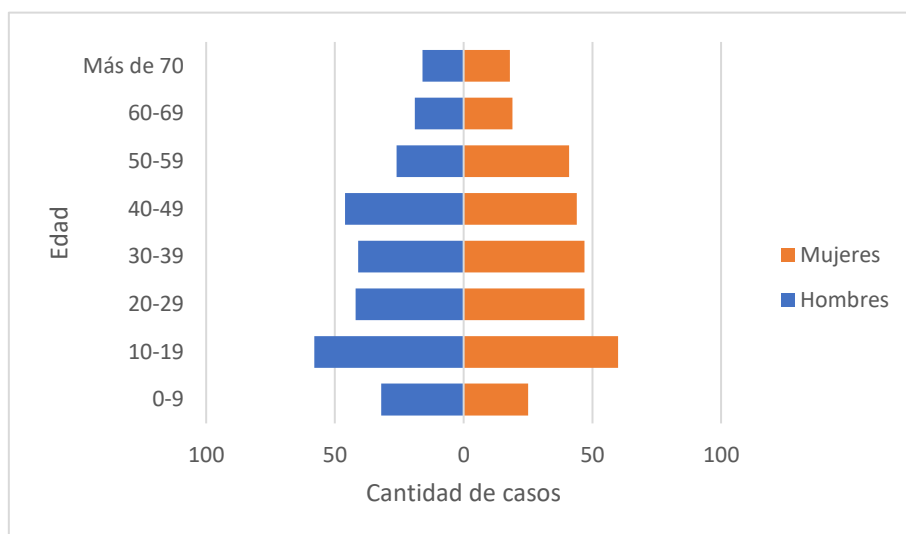
Se aprecia en este segmento una mayor cantidad de hombres en el primer censo, mientras que en 1895 el panorama es el opuesto a la tendencia de la población total del Departamento Capital: las mujeres con “defectos” eran más.

Gráfico 11. Pirámide de población con “condiciones especiales”. Departamento Capital de Jujuy, 1869.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 588

Gráfico 12. Pirámide de población con “condiciones especiales”. Departamento Capital de Jujuy, 1895



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 581

Las pirámides de población relativas al segmento de personas con dolencias dan cuenta de una serie de oscilaciones asociadas a la baja cantidad de casos, y de bases muy angostas, ya que contempla mucho menos niños que las pirámides asociadas a la población total departamental. Esta desproporción en la primera franja etaria podría explicarse por el subregistro de las niñas, una omisión que suele ser común en las fuentes de datos del periodo bajo estudio como así también por altas tasas de mortalidad por las enfermedades que afectaban a este grupo de personas. De todos modos, se observa en 1895 una tendencia regresiva y de envejecimiento en la población con afecciones en su salud.

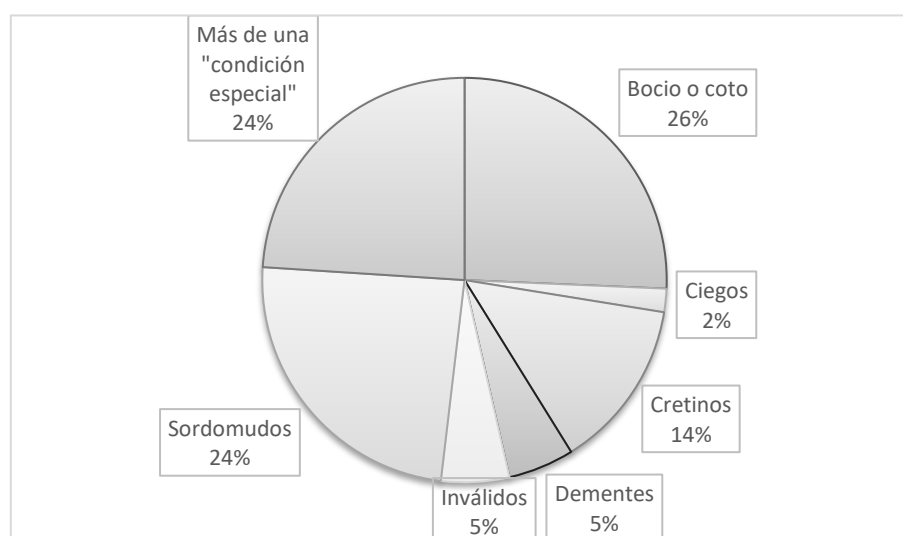
Personas con “condiciones especiales” según las categorías de la variable

Debemos aclarar que, tanto en 1869 como en 1895, algunas personas con “condiciones especiales” fueron registradas con más de una dolencia en su salud. Como hemos visto, en el contexto bajo estudio se entendía desde el ámbito médico y científico que existía cierta asociación entre diversas enfermedades, como el bocio y la sordomudez, o el bocio y el cretinismo, dando cuenta, como ya se ha aclarado, que la variable

“condiciones especiales” contemplaba tanto enfermedades de índole física como a aquellos cuadros clínicos asociados a la salud mental.

En el primer censo nacional, la población con “condiciones especiales” del Departamento Capital de Jujuy estaba compuesta de la siguiente manera según sus impedimentos:

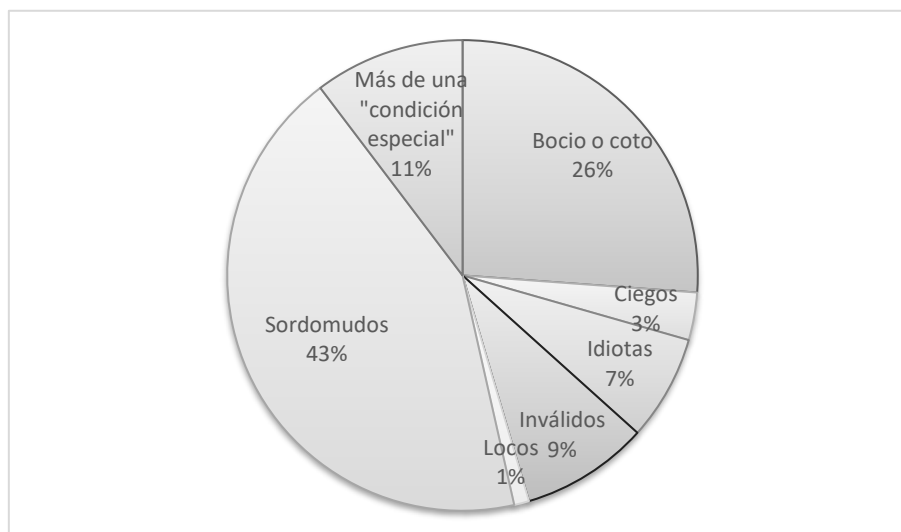
Gráfico 13. Población con “condiciones especiales” según sus impedimentos. Departamento Capital de Jujuy, 1869



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 588

El panorama en 1895 respecto a las personas con “condiciones especiales” era el siguiente:

Gráfico 14. Población con “condiciones especiales” según sus impedimentos. Departamento Capital de Jujuy, 1895.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 581

Es de notar la importante magnitud, en ambos momentos, de las personas aquejadas por enfermedades de índole física y/o sensorial, como el bocio o la sordomudez, representando tanto en 1869 como 1895 más de la mitad de la población con "condiciones especiales". También, ambos censos dan cuenta de una importante cantidad de personas relevadas con más de una “condición especial”, mucho más acentuada en 1869 que en 1895. Según los datos recabados, la sordomudez, el bocio y el cretinismo fueron las principales enfermedades que en simultáneo aquejaban a la población con más de una “condición especial”, reforzando la idea sostenida por los discursos médicos de la época que solían asociar con criterios muy dispares, dolencias de carácter físico con patologías de orden mental (Di Liscia, 2005). En esta línea, se observa una clara disminución en el periodo intercensal en la cantidad de personas aquejadas en su salud psíquica. Esto se explicaría porque en el segundo censo nacional no se incluyó el cretinismo entre las variables asociadas a las patologías mentales, que como hemos señalado para el caso de 1869, se consideraba muy vinculado al bocio, enfermedad que lidera las estadísticas en este conjunto de población.

“Condiciones especiales” según el sexo

Cuadro 5. Hombres y mujeres con “condiciones especiales” según sus impedimentos.
Departamento Capital de Jujuy, 1869

	Bociosos	Sordomudos	Ciegos	Cretinos	Dementes	Inválidos	Más de una condición
Hombres	19%	26%	1%	17%	4%	7%	26%
Mujeres	33%	22%	3%	10%	6%	3%	22%

Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 308 hombres y 280 mujeres

Cuadro 6. Hombres y mujeres con “condiciones especiales” según sus impedimentos.
Departamento Capital de Jujuy, 1895

	Bociosos	Sordomudos	Ciegos	Idiotas	Locos	Inválidos	Más de una condición
Hombres	10%	50%	4%	9%	1%	15%	11%
Mujeres	41%	37%	3%	5%	1%	3%	10%

Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 280 hombres y 301 mujeres

En el segmento de los varones, los guarismos de los dos primeros censos dan cuenta de panoramas muy distintos en cuanto a la distribución de las afecciones. Para 1869, los aquejados por más de una “condición especial”, por la sordomudez y por el

bocio eran la mayoría. Ya en 1895, los sordos representaban casi la mitad de la población masculina con dificultades en su salud. Los indicadores referidos a la cantidad de inválidos también son significativos en la población masculina, tanto por razones de guerra (principalmente en 1869) como por accidentes de trabajo.

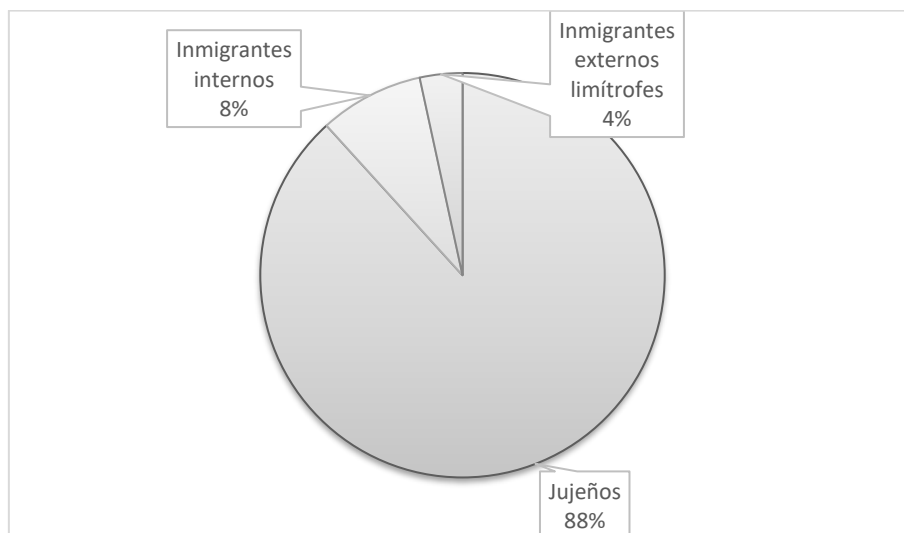
En cuanto a las mujeres, tanto en el primer como en el segundo censo, las afectadas con bocio eran la mayoría, seguidas por las sordomudas. En términos comparativos, los datos muestran como el bocio o coto era una enfermedad que afectaba a las mujeres más que a los hombres. Como señala Di Liscia, los especialistas de la época dieron, en torno a las estadísticas, una serie de argumentaciones médicas que “*construyeron simbólicamente la inferioridad femenina*” (Di Liscia, 2005:36) ya que se entendía que las mujeres tenían mayor predisposición a heredar ese tipo de patologías. Por otro lado, se aprecia un número reducido de mujeres inválidas por acción de guerra o accidentes laborales en comparación a la población masculina, lo mismo ocurre, aunque levemente, con la población femenina afectada por enfermedades del orden mental.

Población rural y población urbana

En cuanto a la distribución de las personas con deficiencias en su salud, el 70% de las mismas fueron relevadas en los primeros dos censos nacionales en las zonas consideradas rurales del Departamento Capital. Notamos, en este caso, un índice levemente mayor de concentración en el ámbito rural de este segmento de la población respecto al total departamental en 1869 y 1895.

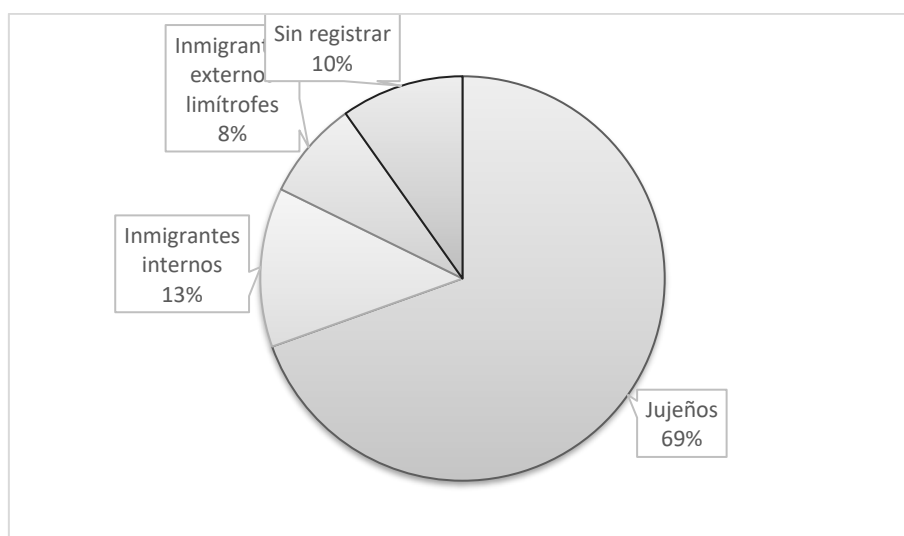
Procedencia

Gráfico 15. Población con “condiciones especiales” según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1869



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 588

Gráfico 16. Población con “condiciones especiales” según su procedencia. Departamento Capital de Jujuy, 1895.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 581

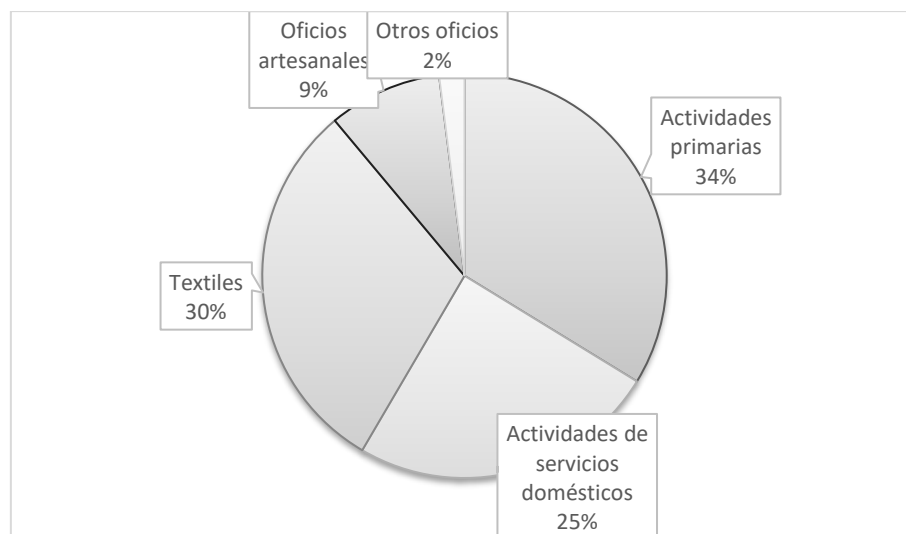
Los datos respectivos a la procedencia de las personas con dolencias coinciden con el panorama general de la población total departamental: la inmensa mayoría de este segmento aparecen registrados como jujeños al mismo tiempo que se reconoce un grupo poco numeroso de inmigrantes de provincias vecinas a Jujuy, principalmente Tucumán y Salta. Por otro lado, no se observan inmigrantes de países no limítrofes con “condiciones especiales”. Esto se explica fundamentalmente porque en el periodo bajo estudio la inmigración ultramarina fue poco significativa en Jujuy. Sí debemos resaltar la presencia de inmigrantes bolivianos afectados en su salud, que también señalan una correspondencia con el total de la población registrada a nivel departamental

Ocupación

En el primer censo las personas mayores de 14 años afectadas de manera permanente en su salud con oficio registrado representaban el 68% del total y en el segundo censo eran el 60%. Estos datos son relevantes porque indican que la población con “condiciones especiales” poseía una tasa de ocupación registrada sensiblemente superior a la del total departamental en los dos primeros censos nacionales (64% y 54% respectivamente).

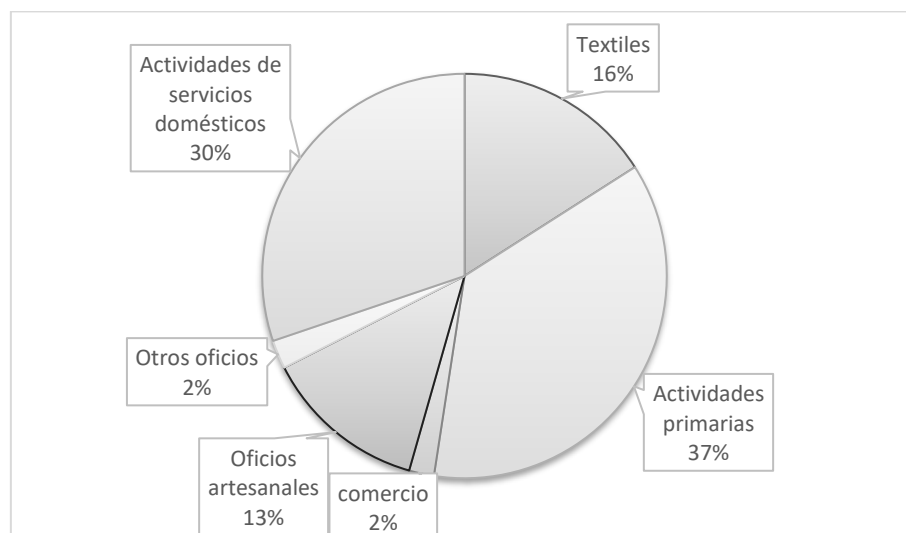
Particularmente, los censados con algún tipo de oficio se distribuyen según rama de actividad de la siguiente manera:

**Gráfico 17. Población con “condiciones especiales” con ocupación registrada según
rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.**



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 397

**Gráfico 18. Población con “condiciones especiales” con ocupación registrada según
rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895.**



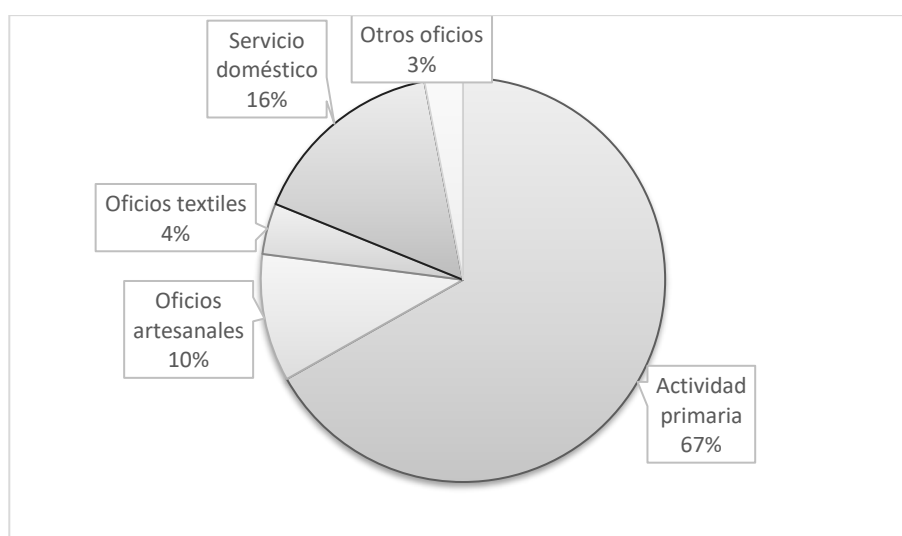
Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 351

Se puede apreciar que las tendencias respecto a la distribución por rama de ocupación de la población con “defectos” se corresponden, en términos generales, con la población total departamental tanto en 1869 como en 1895, es decir, una importancia cuantitativa de las actividades primarias, del servicio doméstico y de las artesanías textiles. Sin embargo, una mirada más detenida en la comparación con la población total revela en los dos censos un mayor porcentaje de población con “condiciones especiales” en el servicio doméstico, que implicaba el desempeño en un sinnúmero de tareas y actividades que requerían muy poca calificación como limpiar, fregar, lavar, planchar, cocinar, pulir, lustrar, barrer, servir la mesa, cuidar niños, hacer mandados, entregar mensajes, etc. (Allemandi, C, 2017).

Trabajo masculino

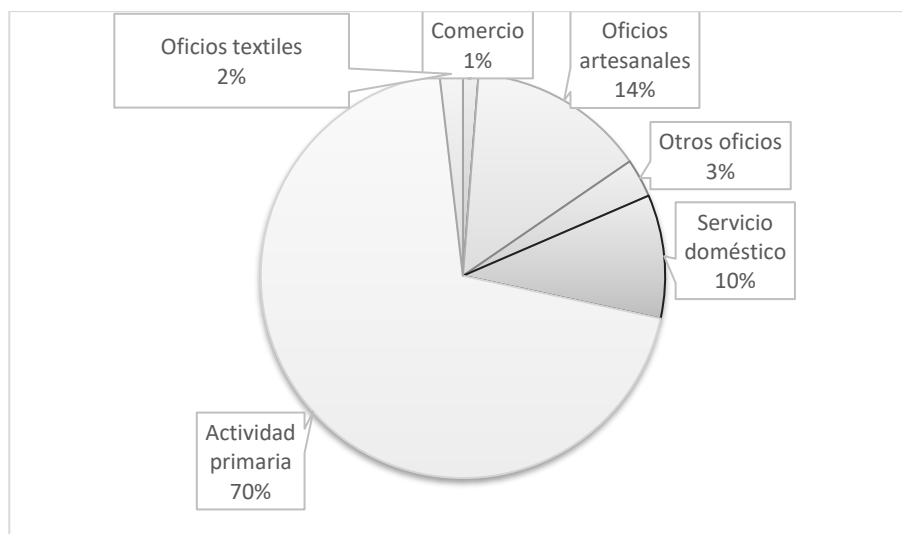
Tanto en 1869 como en 1895, los varones con “condiciones especiales” y oficio registrado predominaban en la actividad primaria (como labradores y jornaleros), y en menor medida en los oficios artesanales. Se observa, en consecuencia, que este segmento de la población acompaña en ambos momentos a los totales departamentales referidos al trabajo masculino, aunque se diferencia en la importancia cuantitativa de las actividades de servicio doméstico.

Gráfico 19. Hombres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 196

Gráfico 20. Hombres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895.

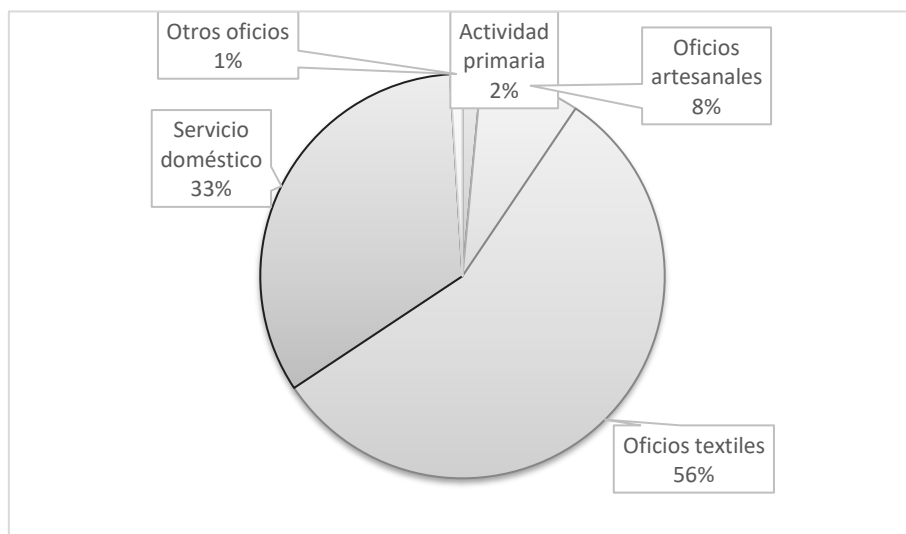


Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 162

Trabajo femenino

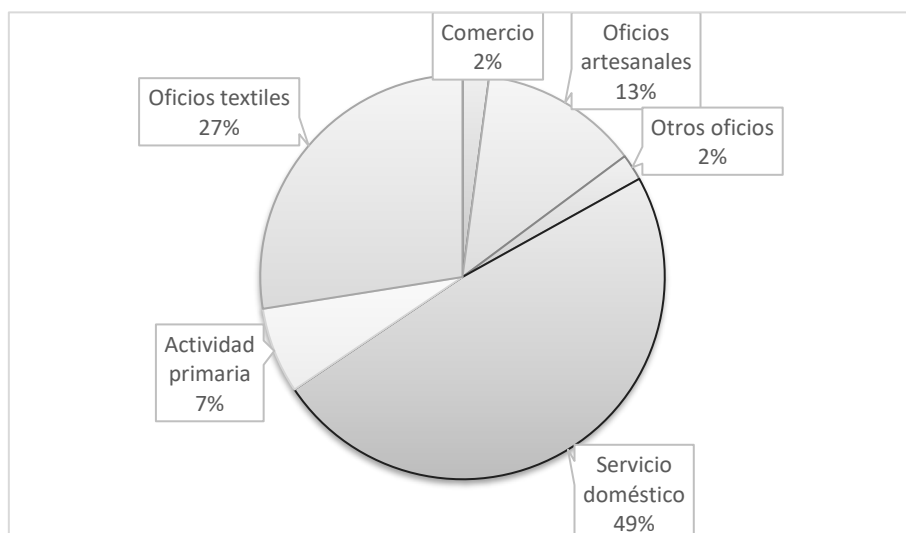
Los datos de los dos primeros censos nacionales indican que las mujeres con “condiciones especiales” fueron registradas en dos rubros principales del mundo del trabajo: textil y servicio doméstico. Los guarismos acompañan el panorama general del trabajo femenino, tanto en 1869 (predominio de las artesanas textiles) como en 1895 (mayoría oficios del servicio doméstico).

Gráfico 21. Mujeres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 201

Gráfico 22. Mujeres con “condiciones especiales” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895.



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 189

Ocupación según las “condiciones especiales”

Podemos establecer, además, la distribución de las personas por actividad laboral según el tipo de “condición especial”. Si bien los registros indican que estas personas tenían ocupaciones en casi todos los ámbitos del mundo del trabajo, podemos identificar un panorama más específico para este segmento de la población censada.

En 1869, aquellos individuos aquejados por coto o bocio aparecen registrados en su mayoría² con oficios relacionados a los textiles y en la actividad primaria. Esto se explica en parte porque las mujeres, principales trabajadores en el hilado y el tejido, aparecen en los registros como las más afectadas por esta enfermedad. Los sordomudos aparecen en gran número como ocupados en la actividad primaria y en servicios domésticos. Por su parte, los inválidos son registrados en la actividad primaria y en los textiles. Respecto a los afectados en su salud mental, más de la mitad de cretinos y dementes fueron relevados con oficios relacionados a las tareas domésticas.

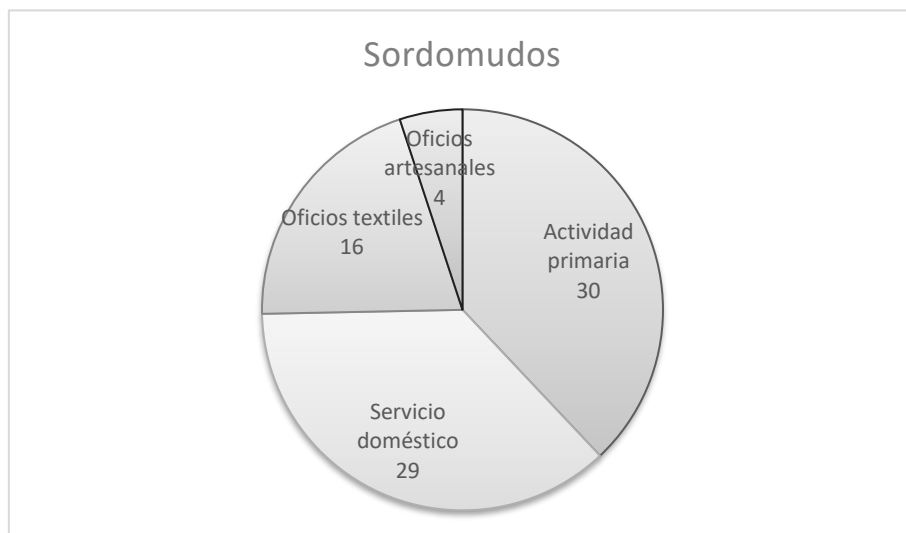
Gráfico 23 a. Afectados con bocio con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 138

² El análisis cuantitativo se ve afectado por la escasa cantidad de casos, inferior a 100 en cada categoría, en algunas de las condiciones estudiadas. Ello genera que en esos casos no sea aconsejable trabajar con porcentajes, dado que una variación de 1 caso podría distorsionar los resultados. Por ese motivo se optó por presentar los valores absolutos en todos los gráficos.

Gráfico 23 b. Sordomudos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869



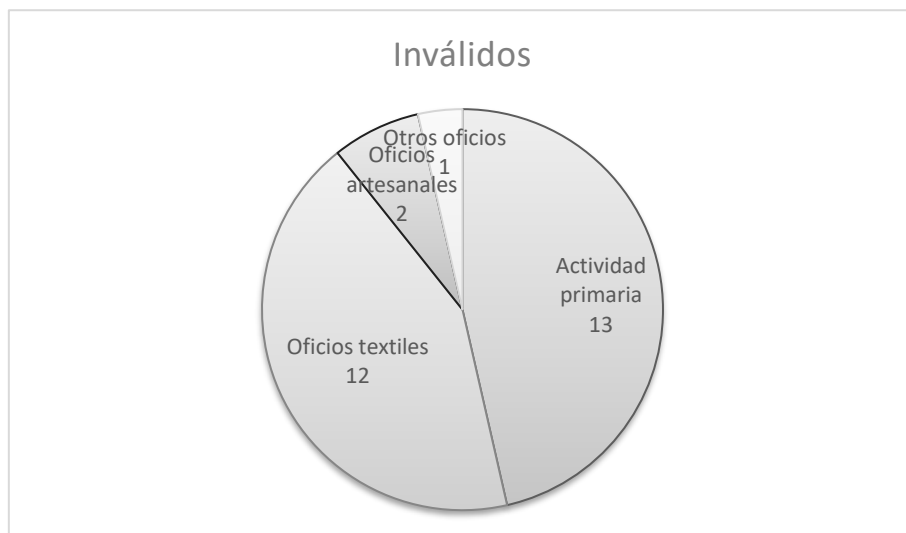
Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 79

Gráfico 23 c. Ciegos con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869



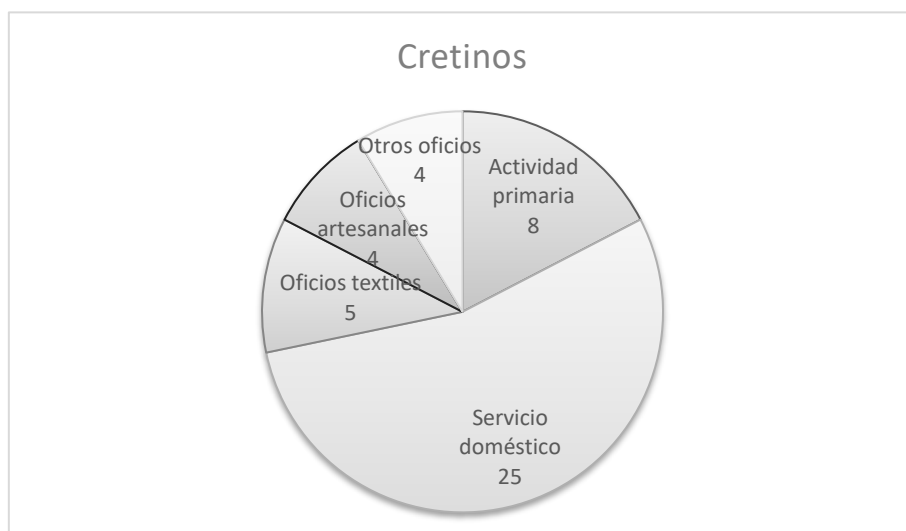
Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 5

**Gráfico 23 d. Inválidos con ocupación registrada según rama de actividad.
Departamento Capital de Jujuy, 1869**



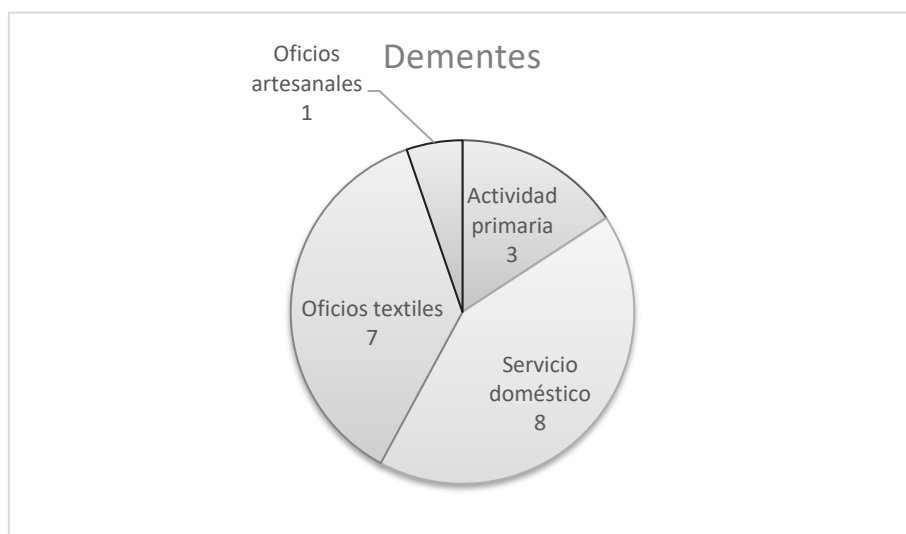
Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 28

**Gráfico 23 e. Cretinos con ocupación registrada según rama de actividad.
Departamento Capital de Jujuy, 1869**



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 46

Gráfico 23 f. Dementes con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 19

Gráfico 23 g. Personas afectadas por más de una “condición especial” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1869

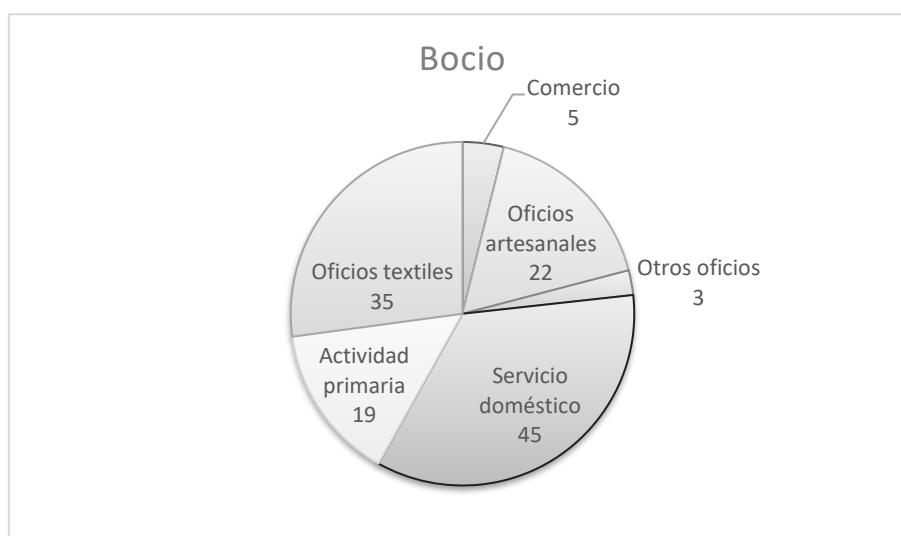


Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1869. Total de casos: 82

Para el caso del segundo censo nacional, se observa un alto registro de la ocupación de los sordomudos en la actividad primaria (53%) y en el servicio doméstico (32%). Por su parte, las personas con bocio se ocupaban en gran parte del servicio doméstico (35%) y los oficios textiles (27%). Aquí observamos una diferencia respecto al primer censo nacional. La poca cantidad de ciegos se registran en un 75% en las actividades primarias y los inválidos con un 62% en la misma rama de actividad. Aquellos denominados idiotas, afectados en su salud mental, también mantienen la ocupación en el servicio doméstico (42%) y en la actividad primaria (32%). Finalmente, el pequeño segmento de “locos” es registrado con tareas de servicio doméstico (50%).

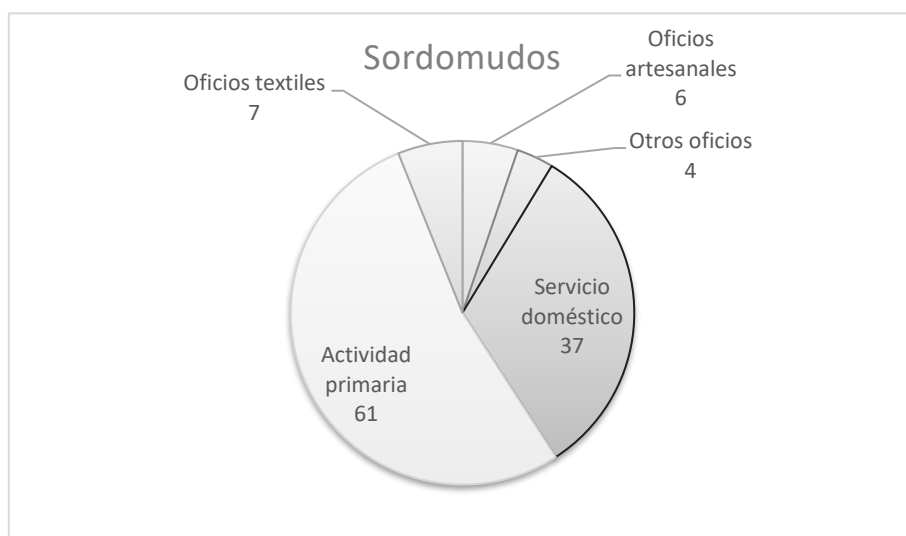
Una posible lectura de los datos da cuenta de que las personas con “defectos psíquicos” o mentales eran en su mayoría sirvientes (realizando actividades que no requieren mayores habilidades como limpiar, lavar, etc.), mientras que una importante cantidad de los individuos que sufrían “defectos físicos” y/o sensoriales, como los sordomudos, ciegos y “cotudos” desempeñaban tareas manuales, como artesanos, tejedores y labradores, que requerían de mayor esfuerzo físico y pericia en la utilización de instrumentos de labranza o de tejido.

24 a. Personas afectadas con bocio con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 129

**Gráfico 24 b. Sordomudos con ocupación registrada según rama de actividad.
Departamento Capital de Jujuy, 1895**



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 115

**Gráfico 24 c. Ciegos con ocupación registrada según rama de actividad.
Departamento Capital de Jujuy, 1895**



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 8

**Gráfico 24 d. Inválidos con ocupación registrada según rama de actividad.
Departamento Capital de Jujuy, 1895**



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 42

**Gráfico 24 e. Idiotas con ocupación registrada según rama de actividad.
Departamento Capital de Jujuy, 1895**



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 19

Gráfico 24 f. Personas afectadas por más de una “condición especial” con ocupación registrada según rama de actividad. Departamento Capital de Jujuy, 1895



Fuente: elaboración propia según reprocesamiento de la información de las cédulas censales del censo nacional de 1895. Total de casos: 36

CONCLUSIONES

Las personas con “condiciones especiales”, es decir, aquellas que fueron registradas con enfermedades permanentes en los dos primeros censos de la República Argentina, y, por tanto, reconocidas como un segmento específico de la población total, representan un objeto de estudio poco abordado en términos cuantitativos y cualitativos, fundamentalmente por una serie de problemas asociados a las fuentes de datos y a las categorías utilizadas para cuantificarlas. Las omisiones, imprecisiones y los problemas de captación de los datos, pero también la heterogeneidad conceptual, los estereotipos y prejuicios propios del momento histórico abordado se constituyen en serios obstáculos para la investigación.

En ese marco, hemos intentado hacer un breve aporte a la comprensión y conocimiento de las personas afectadas por distintas enfermedades en un lugar específico de la República Argentina en dos momentos puntuales del siglo XIX, indagando, en primera instancia, en el modo en que fueron cuantificadas, las categorías utilizadas para ese fin y las valoraciones e interpretaciones que sobre ellas se elaboraban desde la medicina profesional y desde el Estado nacional, ambos en proceso de consolidación. Fue necesario realizar una aproximación a los distintos discursos científicos que circulaban en el ámbito médico para comprender la compleja clasificación de la enfermedad, fundamentalmente, de las dolencias de carácter mental. El alienismo, el higienismo y la teoría de la generación actuaban como el trasfondo en que se discutían los criterios para definir y diferenciar las diversas enfermedades. Esta “confusión nosológica” se aprecia, de manera muy clara, en las fuentes censales.

Por otro lado, se puso énfasis en presentar las características demográficas básicas del conjunto de personas afectadas en su salud, pero prestando especial atención al vínculo de las mismas con el mundo del trabajo.

Sobre esta cuestión, los datos de los censos nacionales levantados en 1869 y 1895 en el Departamento Capital de Jujuy revelan que la población total registrada con algún tipo de empleo u ocupación se nutría, en ambos momentos, de personas con padecimientos crónicos en su salud. Debemos subrayar, además, que una parte importante del total de este segmento aparece en el registro con “medio de vida” u oficio, superando en porcentaje a la tasa de ocupación total a nivel departamental.

En este sentido, podemos problematizar o poner en tensión la condición que, según lo estipulado en el censo de 1895, distinguía a las personas con dolencias

permanentes en su salud, es decir, la de ser consideradas *“inútiles para el trabajo de una manera más o menos completa o permanente”* (República Argentina, 1898, p. LXXVII). Tal condición era un inconveniente para la matriz discursiva de finales de siglo XIX que proyectaba un ideal homogeneizador y normalizador sobre la nación y su población. En última instancia, el segmento de personas con enfermedades permanentes que habitaba el actual territorio argentino se presentaba a los ojos del optimismo liberal finisecular como “una desventaja” en la evolución hacia el progreso. Naturalmente, este presupuesto se basaba en evidencias y realidades concretas, ya que

“Si bien personas con deficiencias eran aceptadas para desempeñarse en ciertos trabajos, tanto en áreas urbanas como rurales, quienes padecían afecciones severas encontraban su destino en la mendicidad, en el encierro en orfanatos, en correccionales o en la cárcel. Los sectores con recursos disponían de los medios para solventar preceptores en el hogar para sus hijos deficientes, mantenidos ocultos algunas veces.” (Ghirardi & Ribotta, 2013:247-248)

En definitiva, el hecho de padecer enfermedades de carácter permanente no era sinónimo de “inutilidad”, sino que dependía del grado de severidad de dichas dolencias, de modo que *“las afecciones como la ceguera total o parcial y la sordera o sordomudez no necesariamente impedían que los individuos pudieran desempeñarse en ciertos trabajos u ocupaciones que les permitieran obtener algún ingreso para sostenerse”* (Ghirardi & Ribotta, 2013: 257).

Por otra parte, la mirada pesimista que se reconoce en las fuentes censales sobre “cotudos”, “cretinos”, “dementes” y “opas” no debe escindirse de los discursos cargados de presupuestos negativos que en conjunto darían forma a un “paradigma de la inferioridad del interior” que, como plantea Di Liscia (2005), consideraban a las provincias del norte del país como “bárbaras” y “atrasadas”, con poblaciones “débiles” a causa de su herencia indígena. Estas interpretaciones tenían, además, un sustento científico al demostrar la estadística censal el mayor índice de “insanos” en esas lejanas regiones en comparación a las pujantes y vigorosas provincias del Litoral. La provincia de Jujuy, territorio elegido para realizar este estudio, figura en las compilaciones oficiales de los censos liderando las estadísticas en cuanto a cantidad de casos de personas con afecciones permanentes en su salud. Por tanto, el caso jujeño era, por sus condiciones intrínsecas, una típica manifestación de esa inferioridad provinciana.

Al parecer, el supuesto de que la totalidad de la población afectada en su salud era por naturaleza improductiva, incapaz y pasiva no se corresponde con la evidencia cuantitativa. Como se ha demostrado, las fuentes revelan que, en la Capital de Jujuy, tanto en 1869 como en 1895, una considerable cantidad de personas con “condiciones especiales” fueron registradas con ocupación en los mismos rubros del mundo del trabajo que el común de la población departamental. En ese sentido, los hombres y las mujeres con “defectos físicos y psíquicos” efectuaban labores como peones, jornaleros y labradores en el ámbito rural, pero también una pequeña porción se desempeñaba como artesanos en la zona urbana. Asimismo, muchos de ellos se destacaban en el servicio doméstico como cocineros, lavanderos y planchadores.

Si bien este estudio se basa en una muestra parcial en la provincia de Jujuy, en un contexto histórico bien delimitado, podríamos establecer una conclusión provisoria: quienes estaban afectados por dolencias de orden mental, con distintos grados de severidad en el “retraso” o “debilidad” psíquica, se ocupaban principalmente en oficios de muy baja o nula calificación, como sirvientes en tareas domésticas, mientras que “cotudos”, sordomudos e inválidos desempeñaban en labores que requerían un mayor esfuerzo físico y de ciertas habilidades como la labranza y la artesanía (en el caso de los hombres) y el tejido (en el caso de las mujeres). Existirían, entonces, ocupaciones que por la exigencia que demandaban, serían más apropiadas que otras para las personas con “condiciones especiales”.

A la luz de los resultados del presente estudio cobra sentido el comentario, que a principios de siglo XX, efectuaba el médico, historiador y político Lucas Ayarragaray sobre la ocupación de las personas afectadas en su salud en las “provincias del interior”:

“Lo mismo acontece con la idiotia y el boscio (sic) ya se trate de verdaderos idiotas, desposeídos de todo desenvolvimiento intelectual y completamente decaídos, física y moralmente, ya de imbéciles capaces de aprender a leer, de esbozar iniciativas y ocuparse de pequeños oficios, que no exigen sino una inteligencia rudimentaria, como acontecia (sic) en algunas provincias del interior, donde el opa y el cotudo, cuando no llegaban a los últimos grados de degeneración, eran el elemento que desempeñaba el servicio domestico (sic) y todas las pequeñas actividades de la vida urbana y rural. Se podría escribir un capitulo (sic) especial sobre el papel que el opa o el cotudo ya como bufón, ya como carga o servidor de familia, ha desempeñado en los anales íntimos de la

vida provinciana. Rara fue la familia de ciertas regiones del país, que no contó entre sus miembros directos o colaterales, ese producto característico de la degeneración de la raza bastardeada, sobre la cual actuaban eficazmente las causas determinantes de dicha afección” (Ayarragaray, 1910: 43-44)

Imbuido en el pensamiento “degeneracionista” y en el “paradigma de la inferioridad del interior”, el comentario de Ayarragaray tiene una fuerte carga condenatoria sobre la región como así también sobre la población que es nuestro objeto de estudio. Sin embargo, deja al descubierto una cuestión evidente, refrendada por los resultados que arrojan para el caso del Departamento Capital de Jujuy los dos primeros censos nacionales: una porción del conjunto de personas con dolencias físicas y/o mentales permanentes desempeñaban labores en distintos ámbitos de la economía local y lo hacían de acuerdo con sus condiciones y capacidades.

Sería conveniente que futuras investigaciones profundicen en el análisis cuantitativo sobre la relación entre la población con “condiciones especiales” y el mundo del trabajo, precisando aún más las categorías asociadas a la salud con que fueron calificados y abarcando otros espacios departamentales y/o provinciales en el marco temporal que ofrecen los dos primeros censos nacionales de población. De esta manera se podrá tener un panorama mucho más completo del tema que se ha trabajado en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

ACRECHE, Noemí, ALBEZA, María Virginia & CARO, Fabiana (2011) Biodemografía en la ciudad de Salta. su población a mediados del siglo XIX Andes, núm. 22, junio, 2011 Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina.
<https://www.redalyc.org/pdf/127/12719967013.pdf>

AGUADO DÍAZ, Antonio (1995), Historia de las deficiencias, Colección Tesis y Praxis, Escuela Libre Editorial, Madrid.

ALLEMANDI, Cecilia (2017), Sirvientes, criados y nodrizas: una historia del servicio doméstico en la Ciudad de Buenos Aires: fines del siglo XIX y principios del XX. Teseo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ARMUS, Diego (2000), El descubrimiento de la enfermedad como problema social, en Mirta Lobato, Nueva Historia Argentina. Tomo V: El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916), Buenos Aires, Sudamericana, pp. 507-561

ASSADOURIAN, Carlos Sempat (1983) “Sobre un elemento de la economía colonial: producción y circulación de mercancías en el interior de un conjunto regional”, en: El sistema de la economía colonial. El mercado interior, regiones y espacio económico. México, Nueva Imagen, 1983, pp. 155-254.

AYARRAGARAY, Lucas (1910). La constitución étnica argentina y sus problemas, Disertación presentada al Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene. Buenos Aires, Imprenta Nacional de J. Lajouane & Cia.

BIDONDO, Emilio (1980). Historia de Jujuy, 1535-1950. Buenos Aires, Plus Ultra.

BIDONDO, J., CONSTANT, M., y LAGOS, M. (2007). Orientación bibliográfica para la historia de Jujuy. Coordinación de Patrimonio Histórico y Museos, Jujuy, Secretaría de Turismo y Cultura.

BOLEDA, Mario (1999) Ciudades del Noroeste Argentino: estudio de la urbanización, Buenos Aires, Alianza

BOLEDA, Mario (1991). Introducción a la demografía histórica del Noroeste Argentino, Grupo de Estudios Socio-Demográficos, Universidad Nacional de Salta.

BOLSI, Alfredo (1997). La población del noroeste argentino: contribuciones para su inventario. Instituto de Estudios Geográficos, San Miguel de Tucumán, Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Filosofía y Letras.

BRIAN, Eric (1999). Del buen observador al estadístico del Estado: la mundialización de las cifras, Anuario IEHS: Instituto de Estudios histórico-sociales, ISSN 0326-9671, N. 14, págs. 15-21

CACOPARDO, María Cristina (1967). República Argentina: Cambios en los límites nacionales, provinciales y departamentales, a través de los censos nacionales de población. (Documento de Trabajo; N° 47) Buenos Aires, Editorial del Instituto.

CACOPARDO, María Cristina & MORENO, José Luis (1997). “Cuando los hombres estaban ausentes: la familia del Interior de la Argentina decimonónica”. En Otero, H. y Velázquez, G. (comps.), Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial, Tandil: PROPIEP (CIG-IEHS), 13-28

CAMPI, Daniel (2000), "Economía y sociedad en las provincias del Norte", en Mirta Z. Lobato (dir.), Nueva Historia Argentina. El progreso: la modernización y sus límites (1880-1916), Buenos Aires, Sudamericana, p. 73-118.

CAMPI, D., BOTO DE CALDERARI, S., CONTI, V., DELGADO, F., SILVA FLEITAS, M., LAGOS, M., . . . TERUEL, A. (1993). Jujuy en la historia: Avances de investigación. San Salvador de Jujuy. Universidad Nacional de Jujuy. Unidad de Investigación en Historia Regional Humanidades.

CAPONI, Sandra (2012). Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889). Dynamis [online]. 2012, vol.32, n.1, pp.185-207. ISSN 2340-7948.

CAPONI, Sandra (2011). Para una estadística universal: un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889). Frenia. 2011; 11: 67-88

CARRILLO, Joaquín (1877). Jujui: provincia federal argentina. Apuntes de su historia civil (con muchos documentos). Buenos Aires, Establecimiento Tipográfico del Mercurio

CHAPEAUROUGE, Carlos de (1901). Atlas del plano catastral de la República Argentina. Buenos Aires: Eigendorf y Lesser

CONTI, Viviana (2007). Articulaciones mercantiles del espacio saltojujeño durante el período rosista. Tesis de posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. En Memoria Académica. Recuperado en <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.228/te.228.pdf>

DANIEL, Claudia (2012). Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.89-114.

DANIEL, Claudia (2009). Un imaginario estadístico para la Argentina moderna (1869-1914) Cuadernos del IDES; Lugar: Buenos Aires; Año: 2009 p. 1 - 38

DI LISCIA, María Silvia (2013), Saberes, Terapias y Practicas Medicas en Argentina (1750-1910) Madrid, Biblioteca de Historia de América, Consejo Superior de Investigaciones Científicas

DI LISCIA, María Silvia (2005): “Relaciones peligrosas: sobre bocio, cretinismo e inferioridad (Argentina, 1870-1920)”. En Agostoni, C. y Speckman Guerra, E. (Eds.), De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950), México, Instituto de Investigaciones Históricas-Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 21-54

DURÁN SANDOVAL, Manuel Alejandro (2012) “Medicalización, Higienismo y Desarrollo Social en Chile y Argentina, 1860-1918”, Tesis de Grado para optar al grado de Doctor en Estudios Americanos con mención en Historia, Santiago de Chile

FANDOS, Cecilia (2016). Arriendo y desigualdad en las tierras altas de Jujuy (Argentina) a fines del siglo XIX, Anuario de Historia Regional y de las Fronteras, vol. 21, núm. 1, pp. 133-157, 2016, Universidad Industrial de Santander

GHIRARDI, Mónica & RIBOTTA Bruno (2013), Saludes quebrantadas, cuerpos inútiles. Afecciones de la población de Córdoba, Argentina, según el censo de 1813. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura, vol. 40, n.º 2 - jul. - dic. 2013, issn 0120-2456 (impreso) - 2256-5647 (en línea), Colombia, págs. 241-276.

GIL MONTERO, Raquel (1995). “La ciudad de Jujuy y su campaña circundante: algunos aspectos de su población entre fines del siglo XVIII y mediados del XIX” en Jujuy en la Historia II. Avances de Investigación. Unidad de Investigación en Historia Regional, Universidad Nacional de Jujuy, 1995.

GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo (2012). Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado, Buenos Aires, 1850-1910 en Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann, Saberes de estado, Buenos Aires, Edhasa

GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo (2006). La consolidación de una inteligencia médica profesional en Argentina: 1880-1900. Diálogos: Revista electrónica de historia, ISSN 1409-469X, Vol. 7, N°. 1, 2006.

GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una élite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. Anuario de Estudios Americanos. 2004;61(2):571-593

HERNÁNDEZ APARICIO, Nicolás (2020). Agua y política: Creación de la municipalidad y contexto de sanción del primer reglamento de aguas en San Salvador de Jujuy (1852-1860) en Quid 16 N°13 – Jun.-Nov. 2020 – (191-215)

KROPF, Simone Petraglia, & DI LISCIA, María Silvia (2010). Bocio, mal de Chagas e identidad nacional: Enfermedades y polémicas en Argentina y Brasil (1910-1940). Dynamis, 30, 65-90. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362010000100003&lng=es&tlng=es.

LAGOS, Marcelo, & CONTI, Viviana (2010). Jujuy de la Revolución de Mayo a nuestros días: 1810-1910-2010. Investigaciones Socio-Históricas Regionales, San Salvador de Jujuy. Universidad Nacional de Jujuy.

MAEDER, Ernesto (1969), *Evolución demográfica argentina. De 1810 a 1869*, Buenos Aires, EUDEBA

MAEDER, Ernesto (1968), *Historia y resultados del censo confederal de 1857*, en rev. "Trabajos y Comunicaciones" N° 18

MARTÍNEZ, Alberto B. (1891). *Escritos y discursos del doctor Guillermo Rawson*, Buenos Aires, Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco, Vol. 1

MASSÉ, Gladys (2003a): "Historia demográfica de la Argentina (1869-1914)". En INDEC, *Historia demográfica argentina, 1869-1914*. Versión digital de los tres primeros censos nacionales, Buenos Aires, INDEC, pp. 1-34.

MASSÉ, Gladys (2003b). "Realidad social y realidad estadística. Acerca de las personas con discapacidad y su cuantificación en Argentina desde fines del siglo XIX hasta principios del siglo XXI" (en VII Jornadas Nacionales de Estudios de Población de la Argentina. 5 al 7 de noviembre de 2003. Tafí del Valle/Tucumán. Argentina)

MASSÉ, Gladys (1997) "Fuentes útiles para los estudios de la población argentina en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Argentina. Una visión histórica". 49 Congreso Internacional de Americanistas. Quito-Ecuador. Simposio coordinado por Dora Estela Celton: *Fuentes útiles para los estudios de la Población Americana*. Quito-Ecuador. pág. 347- 377)

MASSÉ, Gladys. & RODRÍGUEZ GAUNA, María C. (2005), "Acerca de las personas con discapacidad y su cuantificación en la Argentina. Pasado y Presente", ponencia presentada en la XXV Conferencia Internacional de Población, Tours (Francia), Organizada por iussp 18 al 23 de julio. Disponible en <https://iussp2005.princeton.edu/papers/51519>

NACUZZI, L. (2010), "Principios básicos del entrenamiento en la investigación: la tesis de licenciatura". Buenos Aires, Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1995), Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Washington, D.C Volumen 2, 10a. revisión.

ORTUÑO SÁNCHEZ, F. (2009), Lecciones de Psiquiatría, Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires.

OTERO, H. (2007). "Censos antiguos: 1869, 1895, 1914, 1947" (en Torrado, Susana (comp.). Población y bienestar en la Argentina. Del Primero al Segundo Centenario. Edhasa, Buenos Aires, pp. 187- 214.

OTERO, H. (1999). Demografía política e ideología en la estadística censal argentina, 1869-1914, Anuario IEHS: Instituto de Estudios histórico-sociales, ISSN 0326-9671, N. 14

OTERO, H. (1998), Hombres ávidos de bienestar. Espacios, ciudades y migrantes en la estadística censal argentina, 1869-1914, en: Exils et migrations ibériques au XXe siècle, n°5, 1998. Exils et migrations ibériques vers l'Amérique latine. pp. 13-47

PANTANO, L. (2007). La palabra 'discapacidad' como término abarcativo. Observaciones y comentarios sobre su uso. Revista Cuestiones N° 9. Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.

PANTANO, L. (1987). La Discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: Reflexiones y propuestas, Eudeba, Buenos Aires.

PLUMED DOMINGO, J. (2005), La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo XIX, Asclepio-Vol. LVII-2-2005, p. 223.

RASPI, E. (2004), Trabajo y población en la Ciudad De Salta. " 1865.", Revista Escuela De Historia Año 3, Vol. 1, N° 3, 2004.
<http://www.unsa.edu.ar/histocat/revista/revista0308.htm>

RASPI, E. (2001), “El mundo artesanal en dos ciudades del norte argentino. Salta y Jujuy, primera mitad del siglo XIX.” Anuario de Estudios Americanos, Vol. 58, N 1: 161-183. Sevilla, España

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2019), Nuevo tesoro lexicográfico. Recuperado de <https://apps.rae.es/ntle/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2019), Nuevo tesoro lexicográfico. Recuperado de <https://apps.rae.es/ntle/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.1.0.0.0>.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2019), Nuevo tesoro lexicográfico. Recuperado de <https://apps.rae.es/ntle/SrvltGUIMenuNtile?cmd=Lema&sec=1.0.0.0.0>.

RUTLEDGE, I. (1987). Cambio agrario e integración. El desarrollo del capitalismo en Jujuy. 1550-1960, ECIRA-CICSO, Tucumán.

SALESSI, J. (1995). Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la Nación Argentina (Buenos Aires: 1871-1814), Beatriz, Viterbo Editora Rosario.

SALVANESCHI, J. P. & GARCÍA, J. R. A. R. (2009), El bocio endémico en la República Argentina. Antecedentes, extensión y magnitud de la endemia, antes y después del empleo de la sal enriquecida con yodo (primera y segunda parte), Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo, Vol. 46, Nro. 1 y Nro. 2

SOMOZA, J., & LATTES, A. (1967). Muestras de los dos primeros censos nacionales de población, 1869 y 1895 (Documento de trabajo No. 46). Instituto Torcuato Di Tella Buenos Aires.

STAGNARO, J .C (2017). “Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas”, en VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIX, Nro. 133, MAYO-JUNIO 2017

TASSO, A (1999). “Oficios y profesiones en el mercado de trabajo de Santiago del Estero (Argentina) entre 1869 y 1914”, en: Trabajo y Sociedad, 1, 1999, Santiago del Estero, Universidad Nacional de Santiago del Estero

TERUEL, A. (comp.) (1995). Población y trabajo en el Noroeste argentino, siglos XVIII y XIX. Unidad de Investigación en Historia Regional, Universidad Nacional de Jujuy.

TERUEL, A., LAGOS, M., BOTO, M. S., BOVI, M. T., CONTI, V. E., DELGADO, F. A., ULLOA, M. (2006). Jujuy en la Historia: De la colonia al siglo XX, Universidad Nacional de Jujuy, Jujuy.

TOBAR, F. (2012). “Breve historia del sistema argentino de salud”. En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Editorial La Ley, Buenos Aires.

VELÁZQUEZ, G. y OTERO, H. (2019): “La calidad de vida por departamentos, provincias y regiones en el Primer Censo Nacional (1869)”, *Folia Histórica del Nordeste*, Resistencia, 34, pp. 7-37

VEZZETI, H. (1985), *La locura en la Argentina*, Paidós, Buenos Aires.

FUENTES

REPÚBLICA ARGENTINA (1872). Primer Censo de la República Argentina, verificado los días 15, 16 y 17 de setiembre de 1869. Buenos Aires, Imprenta del Porvenir.

REPÚBLICA ARGENTINA (1898). Segundo Censo de la República Argentina, mayo 10 de 1895. Buenos Aires, Taller Tipográfico de la Penitenciaría Nacional, 2 tomos.

Cédulas censales del Primer Censo de la República Argentina. 1869. Disponibles en <https://www.familysearch.org/search/image/index?owc=https://www.familysearch.org/service/cds/recapi/sord/collection/1462401/waypoints>

Cédulas censales del Segundo Censo de la República Argentina. 1895. Disponibles en <https://www.familysearch.org/search/image/index?owc=https://www.familysearch.org/service/cds/recapi/sord/collection/1410078/waypoints>