

# Saludes quebrantadas, cuerpos inútiles. Afecciones de la población de Córdoba, Argentina, según el censo de 1813

Poor Health, Useless Bodies. Ailments Affecting  
the Population of Córdoba, Argentina,  
according to the 1813 Census

*Saúdes debilitadas, corpos inúteis. Afecções da população  
de Córdoba, Argentina, segundo o censo de 1813*

**MÓNICA GHIRARDI\***

Universidad Nacional de Córdoba  
Córdoba, Argentina

**BRUNO RIBOTTA\*\***

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas —Conicet—  
Buenos Aires, Argentina

\* [monicaghirardi@ciudad.com.ar](mailto:monicaghirardi@ciudad.com.ar) / [mariamonicaghirardi@gmail.com](mailto:mariamonicaghirardi@gmail.com)

\*\* [brunoribo@yahoo.com.ar](mailto:brunoribo@yahoo.com.ar)

Artículo de investigación.

Recepción: 9 de diciembre de 2012. Aprobación: 19 de junio de 2013.

[242]

**RESUMEN**

Desde una perspectiva sociodemográfica y cultural, se propone un acercamiento a la historia de la población con discapacidad en la ciudad y campaña de Córdoba (Argentina), a principios del siglo XIX. A partir del padrón de 1813, se analiza la distribución de la población con discapacidad, y las tasas de prevalencia según sexo, edad, estatus socioétnico, estado civil y condición jurídica. Luego, mediante fuentes secundarias, se comentan las actitudes hacia la enfermedad desde la óptica del matrimonio, la familia, el curanderismo, y ciertas prácticas de subsistencia y de control social. El análisis permitió delimitar diecisiete afecciones y constatar que el lugar del enfermo en la sociedad no se relacionaba tanto con la gravedad de su afección, sino con las actitudes imperantes ante la enfermedad.

**Palabras clave:** Córdoba, Argentina, siglo XIX, discapacidad, enfermedad, población.

**ABSTRACT**

*From a socio-demographic and cultural perspective, the article addresses the history of the population with disabilities in the urban and rural areas of Córdoba (Argentina) at the beginning of the 19<sup>th</sup> century. On the basis of the 1813 register, it analyzes the distribution of the population with disabilities, as well as prevalence rates according to sex, age, socio-ethnic status, marital status, and legal situation. Then, using secondary sources, it discusses the attitudes toward disease from the perspective of marriage, family, curanderismo or folk healing, and certain survival and social control practices. The analysis made it possible to identify seventeen ailments and confirm that the position of the sick person in society does not depend as much on the severity of the illness as on prevailing attitudes disease.*

[243]

**Keywords:** Córdoba, Argentina, 19<sup>th</sup> century, disability, disease, population.

**RESUMO**

*A partir de uma perspectiva sociodemográficas e cultural, propõe-se uma aproximação à história da população com deficiência na cidade e campanha de Córdoba (Argentina), a princípios do século XIX. Desde o padrão de 1813, analisa-se a distribuição da população com deficiência e as taxas de prevalência segundo sexo, idade, status socioétnico, estado civil e condição jurídica. Em seguida, mediante fontes secundárias, comentam-se as atitudes sobre a enfermidade a partir da ótica do matrimônio, da família, do curandeirismo e de certas práticas de subsistência e de controle social. A análise permitiu delimitar dezessete afecções e constatar que o lugar do enfermo na sociedade não se relacionava tanto com a gravidade de sua afecção, mas sim com as atitudes imperantes ante a enfermidade.*

**Palavras-chave:** Córdoba, Argentina, século XIX, deficiência, enfermidade, população.

(...) las enfermedades contribuyen  
a la definición de una cultura,  
cada siglo tiene un estilo patológico propio,  
como tiene un estilo literario,  
decorativo o monumental...

MARCEL SENDRAIL<sup>1</sup>

[244]

## Introducción

Como afirma Arlette Farge,<sup>2</sup> omitir la dimensión corporal sobre la que se asientan espíritus e inteligencias de hombres y mujeres equivale a olvidar una gran parte de ellos mismos. En cuanto cárcel del alma, como lo entendía la tradición filosófica antigua, el cuerpo físico y material ocupa un lugar en el espacio, puede ser observado, tocado, sentido, manipulado, deseado, desechado. Sede de sensaciones de placer y también de dolor. El cuerpo envejece, se desgasta y se enferma.<sup>3</sup> En este trabajo nos ocupamos de la población aquejada de invalidez y quebrantos físicos y mentales, en una perspectiva histórica, según datos emergentes del censo de 1813 como fuente fundamental. Así, se entienden las maneras de expresar las dolencias como un reflejo de la forma de concebirlas, que varían según épocas, culturas e incluso según los intragrupos en una misma sociedad, en un mismo momento histórico.<sup>4</sup> En ese sentido, el papel social del discapacitado dependería menos de la gravedad o naturaleza objetiva de la afección y de las características del individuo, que de las actitudes sociales imperantes hacia la discapacidad.<sup>5</sup>

- 
1. Marcel Sendrail, *Historia cultural de la enfermedad* (Madrid: Espasa Calpe, 1983).
  2. Arlette Farge, *Efusión y tormento. El relato de los cuerpos. Historia del pueblo en el siglo XVIII* (Buenos Aires: Katz, 2008) 13.
  3. Alain Corbin, *Historia del cuerpo*, vol II: *De la Revolución Francesa a la Gran Guerra* (Buenos Aires: Taurus Historia, 2005).
  4. Liliana Pantano, *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas* (Buenos Aires: Eudeba, 1987); Antonio Aguado Díaz, *Historia de las deficiencias* (Madrid: Escuela Libre Editorial / Fundación Once, 1995); Natalia Furtado, "Procesos de inclusión social en personas con discapacidad. Un acercamiento a las personas con síndrome de Down en el departamento de Cerro Largo", tesis de Licenciatura de Trabajo Social, Montevideo: Universidad de La República, 2007.
  5. Antonio Aguado Díaz, *Historia de las deficiencias* (Madrid: Escuela Libre Editorial / Fundación Once, 1995).

Los portadores de dolencias físicas o mentales aparecen en las fuentes generalmente como protagonistas tan solo tácitamente,<sup>6</sup> mientras que en los padrones y censos correspondía a los jefes de hogar, patronos, amos o a los mismos empadronadores la labor de identificar y registrar la información correspondiente a cada individuo, calificando su aptitud para el trabajo. Eran ellos, pues, quienes catalogaban los males que convertían a ciertos individuos en seres diferentes al conjunto. María Inés Carzolio<sup>7</sup> define la exclusión, marginación y alteridad como factores de orden en una relación de poder cuya vigencia requiere la separación entre, por un lado, aquellos sujetos considerados como miembros legítimos de una comunidad por encarnar o reproducir dicho orden y, por otro, aquellos que carecen de esas condiciones y se constituyen en un peligro potencial o manifiesto para ella. Inválidos, ciegos y lisiados, no pocos de ellos mendigos, imposibilitados para las actividades productivas, encontrarían un lugar dentro del escalón más bajo de la sociedad, correspondiente al de los sectores “inservibles” a los objetivos de los gobiernos revolucionarios, constituyéndose en objeto de exclusión en un orden que hacía del trabajo un valor social relevante y del reclutamiento de sujetos para el servicio en las milicias, necesidades acuciantes que se daban en el pleno proceso emancipatorio del periodo tratado.

[245]

- 
6. Desde la renovación de la historiografía médica, Rosa Ballester Añón propone la reivindicación de la figura del paciente como protagonista principal del análisis académico, lo cual no siempre resulta posible si no es a partir de fuentes adecuadas, como por ejemplo las cartas personales. Rosa Ballester Añón, “En primera persona. Los acercamientos historiográficos a la experiencia humana de la enfermedad, siglos XVIII-XX”, *Actas del XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, ed. Teresa Ortiz Gómez et ál. (Granada: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2008) 27-37. Algunas de las fuentes secundarias utilizadas en esta contribución, como los expedientes judiciales a través de los escritos de las partes, resultan de interés en relación con la historia del paciente y las interpretaciones patogénicas de la época; ver, por ejemplo, el pleito de nulidad matrimonial entre Isidora Zamudio y Juan Fermín Gordon, Archivo Arzobispado de Córdoba (AAC), Córdoba, Causas Matrimoniales, Juicios de nulidad, leg. 199, años 1800-1802, T. 6, exp. 5. Un tratamiento del caso desde la salud y la enfermedad en la relación matrimonial puede consultarse en Liliana Pizzo, “Sexualidad matrimonial y salud. Un caso en Córdoba a principios del siglo XIX”, *Familias iberoamericanas ayer y hoy, Asociación Latinoamericana de Población*, coord. Mónica Ghirardi (Río de Janeiro: Alap, 2008) 207-231.
  7. María Inés Carzolio, “Introducción”, *Inclusión / exclusión. Las dos caras de la sociedad del Antiguo Régimen*, coord. María Inés Carzolio (Rosario: Prohistoria Ediciones, 2003) 11.

## Las actitudes hacia la discapacidad y el contexto sociocultural

[246]

Resulta harto difícil imaginar cuál era, en la práctica, la actitud de nuestros antepasados ante la enfermedad, la vejez y sus efectos discapacitantes. Aguado Díaz<sup>8</sup> reconoce las fases cambiantes de las actitudes públicas hacia la rehabilitación de los discapacitados a través del tiempo, a saber: *compasión sin acción, deseo de actuar por razones económicas y por razones sociales*. Siguiendo al autor, el enfoque pasivo se asociaba a lo que denomina *tradición demonológica*, que entendía la causa de la deficiencia como ajena al hombre (pecado, castigo), por ende inmodificable y, en cuanto tal, como objeto de repulsión y rechazo. El corolario de esta interpretación de la discapacidad se reflejaba en prácticas como el infanticidio de niños afectados, malos tratos, esclavitud, mutilación para la mendicidad. No obstante, ya desde la antigüedad clásica, según el autor, puede reconocerse —si bien aisladamente— la labor de pioneros que fueron introduciendo nuevas formas de considerar la enfermedad y la deficiencia mental, entendiéndola como fenómeno natural. Según la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), solo el equilibrio y la proporción justa en el cuerpo de cada quien le procuraba la salud perfecta o la enfermedad.<sup>9</sup>

El advenimiento del cristianismo influiría positivamente en las actitudes hacia los disminuidos, los enfermos y los pobres en general, entendiendo que el sufrimiento mostraba una cercanía con Dios, de ahí que se promovieran actitudes de misericordia, como atestiguan experiencias recogidas en las *Sagradas Escrituras* sobre sanaciones de Cristo a sordos, ciegos, epilépticos y paralíticos, así como exorcismos. El enfermo era un ser rechazado y al mismo tiempo elegido.<sup>10</sup> En la Edad Media, gremios, cofradías, hermandades y montepíos aparecen como antecedentes remotos de nuestra seguridad social, al prestar auxilio en caso de enfermedad y muerte e, incluso, ayudas específicas para la vejez y la invalidez. Independientemente de los avances en los conocimientos médicos, durante los siglos xvii y xviii las prácticas sociales hacia la discapacidad en la Europa occidental parecen haber continuado, en líneas generales, signadas por el rechazo, la ignorancia y la repulsión. Algunas prácticas como el abandono de niños con anomalías se

---

8. Aguado Díaz.

9. Jacques Le Goff y Nicolas Truong, *Una historia del cuerpo en la Edad Media* (Buenos Aires: Paidós, 2005) 93.

10. Le Goff y Truong 92.

intensificaron, mientras que persistieron las mutilaciones y cegueras provocadas para mendicidad, con el agregado de la compra de niños en asilos y orfanatos para tales fines.<sup>11</sup> A ello se añadiría una creciente actitud de control social del Estado hacia los mendicantes y los pobres en general, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, en consonancia con la concepción utilitarista del pensamiento filosófico ilustrado. Los lisiados que mendigaban o los pobres en general (verdaderos o simulados) fueron elementos integrados durante el feudalismo, que comenzarían a aparecer como disfuncionales en el proceso de producción capitalista, representando el anverso del orden social que se pretendía promover.<sup>12</sup>

[247]

Pilar Gonzalbo,<sup>13</sup> quien ha revisado cientos de cartas privadas de la Nueva España durante la Colonia, explica que en este periodo los temas de la salud y de la enfermedad se trataban frecuentemente en las cartas, donde no pocas veces se consignaban descripciones de la sintomatología de los males sufridos. Si bien los médicos, ya tuvieran formación en medicina o fueran curanderos, ensayaban procedimientos para aliviar y atenuar los efectos de las enfermedades y los padecimientos físicos, la resignación cristiana constituía una actitud fundamental para enfrentar las dolencias naturales o accidentales del cuerpo frente a recursos de una ciencia limitada. En el orden colonial (como todavía ocurre hoy), las personas eran catalogadas por su apariencia exterior, lo que significaba que cualquier signo fuera de lo corriente en su aspecto se interpretaba como sospechoso.<sup>14</sup> Igualmente —siempre con referencia a las actitudes sociales y al margen de una progresiva responsabilización de los gobiernos hacia los temas de la salud—, Aguado Díaz sostiene que, como en épocas anteriores, en los albores del siglo XIX pervivieron actitudes de desconfianza hacia las personas que presentaban características “diferentes” de lo aceptado como “biológicamente normal” en su aspecto físico o mental, quizás agravadas en las zonas urbanas, mientras que los deficientes mentales continuaron siendo equiparados con los locos. Si bien personas con deficiencias eran aceptadas para desempeñarse

---

11. Aguado Díaz.

12. Diana Bianchi, “En una mano la vara y en la otra el pan. Mendicidad y vagancia en la visión ilustrada de la España del siglo XVIII”, *Inclusión / exclusión. Las dos caras de la sociedad del Antiguo Régimen*, coord. María Inés Carzolio (Rosario: Prohistoria Ediciones, 2003) 110.

13. Pilar Gonzalbo Aizpuru, *Vivir en Nueva España. Orden y desorden en la vida cotidiana* (México: El Colegio de México, 2009) 95.

14. Gonzalbo Aizpuru 86-92.

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.<sup>15</sup>

[248]

El creciente interés por evaluar los volúmenes de la población no apta para el trabajo en la segunda mitad del siglo XIX se asocia con una época en la que Argentina recibía importantes flujos migratorios (en su mayoría individuos económicamente activos). Así, el censo de 1869 manifestó un alto grado de compromiso desde el Estado por procurar la recolección de información sobre la población no apta para el trabajo, sector en el que, como afirma Pantano, solo tuvo en cuenta la sociología con posterioridad.<sup>16</sup> Se procuraba relevar a la población “defectuosa”. El “defecto” refería a aquello que se alejaba de lo “normal” biológicamente. En el segundo censo nacional (1895) se consignó por primera vez el número de enfermos físicos y psíquicos el día del censo (limitaciones temporales). El de 1914 fue el segundo y último censo nacional que consignó el número de enfermos.<sup>17</sup> Paradójicamente, la Argentina de fines del siglo XX no contó con estadísticas de población con discapacidad a nivel nacional. Tan solo hasta 1981 se promulgó la Ley 22.431, denominada Ley de Protección Integral del Discapacitado.<sup>18</sup>

---

15. Aguado Díaz.

16. Pantano.

17. Gladys Massé y Cecilia Rodríguez Gauna, “Acerca de las personas con discapacidad y su cuantificación en la Argentina. Pasado y Presente”, *XXV Conferencia Internacional de Población 18 al 23 de julio* (Tours-Francia: IUSSP, 2009).

18. En su artículo 2.º dicha Ley define a los discapacitados como: “(...) toda persona que padece una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educativa y laboral”. A pesar de que otros países prefirieron utilizar otras denominaciones, la Argentina optó por la de discapacidad, decisión avalada por la Academia Argentina de Letras. Hubo quienes se opusieron argumentando que ya se utilizaba la palabra lisiado. “Dis” constituye un prefijo griego que indica dificultad y “capacitar” verbo que indica hacer capaz, habilitar. En ese sentido, si los demás términos utilizados (inválido, lisiado, disminuido, impedido, etc.) implican una negación peyorativa, discapacitado sugiere en cambio una diferencia, ver Comisión Asesora para la Discapacidad, *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad* (Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social / Instituto Nacional de Servicios Sociales —Inserso—, 1983).

## Salud quebrantada, cuerpos inútiles en Córdoba, Argentina, según datos del censo de 1813

En el contexto iberoamericano colonial, la necesidad de la Monarquía y de la Iglesia de conocer datos de la población obedeció a diversos propósitos (fiscales, políticos, militares, religiosos) que llevaron a la organización de empadronamientos totales o parciales. En general, la recolección de información se vinculaba con una finalidad de índole tributaria, política o militar.<sup>19</sup> Según Massé,<sup>20</sup> la meta era conocer el volumen, localización y características de la población, aunque muchos padrones se ejecutaban solo con el objeto de establecer el número de hombres que podían ser movilizados para las armas.

[249]

En el Río de La Plata, la Revolución de Mayo de 1810 aceleraría el proceso de injerencia del Estado en materias tradicionalmente desarrolladas por la Iglesia en las postrimerías del siglo XVIII, como el caso del mayor control estatal sobre la “política social”, vinculada a la atención de pobres y enfermos.<sup>21</sup> En 1815, el gobierno unipersonal de la República naciente,

- 
19. Nicolás Sánchez Albornoz y Susana Torrado, “Perfil y proyecciones de la demografía histórica en la Argentina”, *América Colonial. Población y economía* (Rosario: Universidad Nacional del Litoral / Facultad de Filosofía y Letras, 1965) 31-56; Carmen Arretx, Rolando Mellafe y Jorge Somoza, *Demografía histórica en América Latina: fuentes y métodos* (Santiago de Chile: Celade, 1987); Mónica Ghirardi, “Fuentes para estudios de población en la etapa pre-estadística”, *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*, comp. Susana Torrado (Buenos Aires: Edhasa, 2007) 309-339.
  20. Gladys Massé, “Fuentes útiles para los estudios de la población argentina en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec). Una visión histórica”, *Fuentes útiles para los estudios de la población americana. 49.º Congreso Internacional de Americanistas* (Quito: ICA, 1997).
  21. Tania Salgado Pimienta, “La experiencia de enfermarse en Río de Janeiro en la primera mitad del siglo XIX”, *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. Actas XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina* (Granada: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2008) 43. Salgado Pimienta, refiriéndose a las elecciones de los enfermos, dice que en el pasado la mayor parte de las personas parecen haber enfrentado sus dolencias fuera del hospital, incluso en épocas de epidemias. Recién cuando se modifiquen los objetivos del hospital y se transforme en un espacio de tratamiento más que de caridad, adquirirá una posición central en el campo de la salud. Para un tratamiento sobre aspectos de la pobreza y asistencialismo social en Buenos Aires desde la época colonial al siglo XX a partir del estudio de casos, ver José Luis Moreno, *La política social antes de la política social. (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX)* (Buenos Aires: Prometeo, 2000).

[250]

conocido entonces como Directorio, transferiría a juntas civiles el manejo de los hospitales, hasta el momento en manos de la orden Betlehemitica. Don Bernardino Rivadavia (1822-1823), primer ministro del gobierno de Martín Rodríguez, terminaría de dismantelar en Buenos Aires el esquema institucional religioso de las instituciones de caridad de la época colonial, suprimiendo las Casas Regulares Betlehemiticas y la Hermandad de la Santa Caridad. Asimismo, en este periodo se creará la Sociedad de Beneficencia como entidad privada del Estado para realizar acciones públicas.<sup>22</sup>

En la actual Argentina, los padrones levantados durante la etapa independentista con posterioridad a 1810 y antes del considerado primer censo nacional inaugural de la era estadística en 1869 —entre los cuales se incluye el de 1813, fuente documental fundamental de este trabajo—, no incluían en forma expresa preguntas ni definiciones relativas a las personas con discapacidad. La mención en la columna de las “profesiones” aludía a las diversas categorías de “invalidez”. Según Massé,<sup>23</sup> en las mencionadas categorías subyacía la idea de cuantificación de los cuerpos “útiles”/“inútiles” o “aptos”/“no aptos” con los cuales se contaba más para las actividades productivas, militares y de servicio, que como un interés legítimo por conocer el estado y necesidades sanitarias de la población con fines preventivos o paliativos.

#### Notas técnicas

Esta investigación forma parte de un estudio mayor que está llevando a cabo un equipo colectivo sobre aspectos sociodemográficos y culturales de la población de la ciudad y campaña de Córdoba en tiempos de dominación hispánica y republicana temprana, utilizando como fuentes padrones y documentación parroquial, notarial y judicial secular y eclesiástica correspondiente a la etapa pre-estadística. Los datos que proporciona el empadronamiento civil de 1813 consisten en información acerca del nombre y apellido de cada persona, el sexo, la edad, el estado civil, la clase, la condición jurídica, profesión y origen geográfico. 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. Las variables analíticas consideradas consisten en las tasas de prevalencia y distribución de la población, diferenciada según ámbito urbano y rural;

22. Andrés Thompson, “Beneficencia, filantropía y justicia social. El ‘tercer sector’ en la historia argentina”, *Público y privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina*, coord. Andrés Thompson (Buenos Aires: Unicef / Losada, 1995) 19-63.

23. Massé, “Fuentes útiles...”.

con afecciones o discapacidades; según tipo de afección; patologías según sexo, edad, estatus socioétnico, estado civil y condición jurídica.

Entendemos las dolencias registradas como categorías “vivas”, considerando la taxonomía, con Andreatza,<sup>24</sup> como un significativo instrumento de análisis demográfico y sociocultural. El periodo analizado corresponde a una época de gran inestabilidad política para los territorios que componían el Virreinato del Río de La Plata, que transcurre durante las guerras contra España por la emancipación.<sup>25</sup> Este periodo se caracteriza por los esfuerzos que hace Córdoba para cooperar en la campaña del Norte, realizando contribuciones para el ejército de Manuel Belgrano. En lo que respecta a su población, la provincia de Córdoba alcanzaba en ese momento 71.637 habitantes. Excluyendo la ciudad y considerando solo la campaña, el total de la población era de 63.135 personas. La distribución por sexos en el total general era favorable al sector femenino, que constituía el 53,7%, mientras que el sexo masculino alcanzaba el 46,95% (IM=86). La composición étnica correspondía a 57,56% a españoles y 42% a otras etnias.<sup>26</sup>

[251]

Los resultados se presentan en cifras absolutas, porcentajes y tasas de prevalencia (resultantes del cociente entre la población con afecciones o discapacidades, y el total de población, por cada mil) y según las variables seleccionadas (sexo, edad, tipo de afección o discapacidad, etc.). Adicionalmente, en el caso de los indicadores desagregados según sexo, se optó por el cálculo de brechas relativas (cociente entre el valor asignado a hombres y el valor asignado a mujeres).

24. María Luisa Andreatza, “El papel de los censos en la producción de las categorías sociales de las colonias americanas”, *Posibilidades para el estudio de poblaciones históricas*, coord. Dora Celton, Mónica Ghirardi y Adrián Carbonetti (Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población, 2009) 115-135.

25. Se calcula que en la Colonia la población de la actual Argentina rondaba entre los 300.000 y 350.000 habitantes (1550-1650), superando, en el último tercio del siglo XVIII, los 420.000. En 1825 el total de población fue estimado en unos 766.000, y en 1.300.000 para 1857. En el último tercio del siglo XIX, la tasa bruta de mortalidad era de 30 por cada mil, decreciendo luego. En cuanto a la esperanza de vida, al nacimiento alcanzaba los 32 años entre 1869 y 1895. La tasa bruta de natalidad se ha evaluado en el orden del 44 por cada mil entre 1885-1890, y la tasa bruta de reproducción en 5,1 hijos por mujer en 1869. Ver María Amorín y Mario Boleda, *Las poblaciones ibéricas e iberoamericanas en perspectiva histórica* (Buenos Aires: Eudeba, 2009) 134.

26. Mónica Ghirardi, Sonia Colantonio y Dora Celton, “Hogares, familia y trabajo en dos zonas de Córdoba, Argentina, a comienzos del siglo XIX”, *Revista de Demografía Histórica* 25.2 (2007): 57.

Como criterio general de cálculo, se optó por excluir todas aquellas estimaciones relativas (porcentajes y tasas) que dispusieran menos de cinco registros y aquellas con más de veinte. Asimismo, y dependiendo de la variable considerada, se excluyen de los cálculos todos aquellos registros no categorizados en la imputación original de la base de datos (datos ignorados).

[252]

Para la categorización de los tabulados se han utilizado las denominaciones originales provistas en la base de datos del censo, con excepción de los grupos de edad y la condición étnica. En el primer caso, se define como “menor” o “niño/a” la población masculina entre 0 y 14 años y la población femenina entre 0 y 12 años. Por “adulto/a” se entienden los hombres de 15 a 49 años y las mujeres de 13 a 49 años. Finalmente, como “anciano/a” se incluye la población a partir de 50 años. Según el caso, la asignación de dichos tramos responde a criterios de base legal. Para la determinación del intervalo correspondiente a los menores de edad, se optó por el límite que establecía, en los cánones de la época, la posibilidad de contraer matrimonio y conformar una familia propia, un cambio en el ciclo vital equiparable a la transición hacia la vida adulta.<sup>27</sup> Finalmente, la determinación de la edad de tránsito de la adultez hacia la ancianidad se basa en la presunción del fin del rendimiento económico-laboral en una sociedad con tan baja esperanza de vida; tal y como lo sugiere la suspensión de la exigencia de tributación en los varones indígenas a partir de los 50 años.<sup>28</sup>

En cuanto a la condición étnica, se han agrupado las categorías “mestizo, pardo o mulato”, manteniendo inalteradas el resto (español, indio y negro respectivamente) con el propósito de reducir la variabilidad estadística producida por la escasa cantidad de casos.

### Análisis

En 1813, en la provincia de Córdoba existían 275 personas con afecciones o discapacidades indicadas por el censista (tabla 1). En términos de prevalencia, por cada mil personas, 4 poseían alguna afección severa o discapacidad, cifra que es mucho más alta en la campaña (4,4 por cada mil) que en la ciudad (0,6 por cada mil).

---

27. Mónica Ghirardi, “Las edades de la vida. Niños y ancianos de Córdoba al comenzar el siglo XIX”. *Población y sociedad en tiempos de lucha por la emancipación*, ed. Sonia Colantonio (Córdoba: Centro de Estudios de Cultura y Sociedad — CIECS — / Conicet / Universidad Nacional de Córdoba, 2012) 341-457.

28. Ghirardi, “Las edades de la vida...”.

TABLA 1.

**Ciudad y campaña de Córdoba. Población con alguna afección o discapacidad y tasa de prevalencia de afecciones o discapacidades (por cada mil), 1813**

Indicador	Total	Campaña	Ciudad
Población con afecciones o con discapacidad	275	268	7
Tasa de afecciones o discapacidades (por cada mil)	3,8	4,4	0,6

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813".  
 Archivo Histórico de la Provincia de Córdoba (AHPC), Sección Gobierno.

[253]

El censo de 1813 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. Con el fin de obtener una aproximación mayor al significado asignado en la época a las diferentes afecciones, se ha consultado un diccionario de fines del siglo XVIII. Las definiciones consultadas se consignan en nota al pie de página y serán comentadas en el curso del análisis.<sup>29</sup>

- 
29. Las definiciones consultadas son las siguientes. *Baldado*, baldar: impedir o privar por alguna enfermedad o accidente, el uso de los miembros o de alguno de ellos. // *Ciego*, privado de visión. *Demente*: el que está loco o falto de juicio. // *Enfermo*: el que padece enfermedad. Los que por debilidad o flaqueza declina de su estado natural. Se aplica también a los parajes donde las gentes enferman o pierden la salud: "tal lugar es muy enfermo". // *Enfermedad*: 1. dolencia que padece el cuerpo por destemplanza de los humores, morbus; 2. vicio o manía. // *Falto*: defectuoso o necesitado de alguna cosa. El que padece alguna demencia y suele decirse falto de juicio. // *Fatuo*: el que es falto de razón o entendimiento. // *Impedido*: el que no puede usar de sus miembros, ni manejarse para andar, o hacer otra cosa. // *Inhábil*: falta de habilidad para hacer o recibir alguna cosa (ineptitud). // *Inepto*: no apto para las cosas. // *Inservible*: el que no puede servir. // *Inválido*: el soldado que ya no puede servir en la campaña o por achaques o por vejez. // *Loco*: el que ha perdido el juicio, carece de razón y hace y dice disparates. Refrán "Al loco y al aire darle calle" que enseña se deben evitar las contiendas con personas de genios violentos, e inconsideradas. // *Mentecato*: loco, falto de juicio, privado de la razón. // *Tullido*: que ha perdido movimiento del cuerpo o de algunos de sus miembros. // *Paralítico*: peráltico. Perlesía: relajación o resolución de los nervios en que pierden su vigor y se impide su movimiento y sensación. Ver Real Academia Española, *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso. Tercera edición, en la qual se han colocado en los lugares correspondientes todas las voces de los suplementos, que se pusieron al fin de las*

[254]

La tabla 2 presenta los tipos de afecciones o discapacidades identificadas por los censistas, según la jurisdicción. Como es posible observar, las categorías más frecuentes eran inválidos (21,1%), ciegos (18,2%), impedidos (13,8%), baldados (12,8%) y enfermos (9,5%). La misma tabla sugiere una explicación para las diferencias de prevalencia entre la ciudad y la campaña que han sido indicadas anteriormente (tabla 1). En tal sentido, mientras que los empadronadores de la ciudad tenderían a registrar las afecciones o deficiencias de carácter físico y de gravedad extrema, como baldados, enfermos, inútiles, inválidos, tullidos y paralíticos, la clasificación utilizada en la campaña era más amplia. En ella se incluyen 12 categorías además de las deficiencias físicas más graves, como la falta o pérdida de determinados órganos o funciones (ciegos, mudos) y patologías psíquicas (locos, dementes, faltos, mentecatos).

Llegados a este punto, conviene resaltar que, según se viene expresando, el 88% de la población de Córdoba en la época vivía en el campo. Puede decirse que la tónica de la vida rural en su conjunto estaba signada por la falta de higiene, la rusticidad y la pobreza de la población.<sup>30</sup> La vida era dura y sobrevivir exigía considerables esfuerzos. En algunos de sus interesantísimos trabajos, Pablo Rodríguez<sup>31</sup> nos brinda un perfil realista de la apariencia de la gente, que muchas veces dista bastante de la que el romanticismo nos ha ofrecido. Cabe imaginar que la tersura de los rostros resultaría breve en esas cortas vidas; que la mugre cubriría los cuerpos como una constante; la falta de piezas dentarias desde temprana edad sería lo habitual; que las partes del cuerpo presentarían mutilaciones, granos; habría bubas infecciosas; los piojos anidarían en cabellos; las llagas en pies dificultarían la marcha; las heridas no cicatrizadas engusanarían, y que la convivencia con ratas e insectos no sería excepcional.

---

*ediciones de los años de 1780 y 1783, y se han intercalado en las letras D, E y F. nuevos artículos, de los cuales se dará un suplemento separado* (Madrid: Viuda de Joaquín Ibarra, 1791).

30. En sus impresiones acerca del recorrido efectuado durante catorce meses por la jurisdicción del Obispado de Córdoba del Tucumán, el Obispo San Alberto refirió su preocupación, en una de sus cartas pastorales, por la situación general de pobreza y lo que calificó como la "ignorancia general" que vio a su paso. Ver Cayetano Bruno, *Historia de la Iglesia en Argentina*, vol. 4 (Buenos Aires: Don Bosco, 1970) 442.
31. Pablo Rodríguez, *Sentimientos y vida familiar en el Nuevo Reino de Granada* (Bogotá: Ariel Historia, 1997) 93-139 y Pablo Rodríguez, *En busca de lo cotidiano. Honor, sexo, fiesta y sociedad. S. XVII-XIX* (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002) 224.

TABLA 2.

Ciudad y campaña de Córdoba. Distribución absoluta y porcentual de la población con afecciones o discapacidades, según tipo de afección o discapacidad, 1813

Tipo de afección o discapacidad	Jurisdicción		Total	Porcentaje
	Campaña	Ciudad		
Baldados	33	1	34	12,4
Ciegos	50		50	18,2
Dementes	4		4	1,5
Enfermos	24	2	26	9,5
Faltos	1		1	0,4
Fatuos	6		6	2,2
Impedidos	38		38	13,8
Inhábiles	9		9	3,3
Inservibles	3		3	1,1
Inútiles	5	1	6	2,2
Inválidos	57	1	58	21,1
Locos	14		14	5,1
Mancos	5		5	1,8
Mentecatos	1		1	0,4
Mudos	7		7	2,5
Quebrados	1		1	0,4
Tullidos	10	1	11	4
Paralíticos		1	1	0,4
Total	268	7	275	100

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813". AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

En la tabla 3 se incluyen las afecciones o discapacidades en ambas jurisdicciones, agrupando tipológicamente las dolencias que afectaban a la población, según registra el empadronamiento. Son las afecciones motoras las más frecuentemente consignadas, seguramente por sus efectos discapacitantes más severos (61%). Se incluyen en este grupo las anomalías que dificultaban total o parcialmente la movilidad de todos o algunos miembros del cuerpo, limitando o impidiendo las capacidades de los sujetos para el servicio militar o para el doméstico, así como para el trabajo en general. Se registraron personas postradas, impedidas en sus miembros superiores y/o inferiores, imposibilitadas para andar y/o movilizarse en forma autónoma en sus acciones (*morbo impeditus*); se incluyeron además en esta categoría las taxonomías ambiguas que registra el censo, como *inhabilidad* o *ineptitud* para hacer o servir, vinculadas posiblemente a edad avanzada, enfermedades congénitas o heredadas, adquiridas o accidentales. Según registra la quinta

[255]

nota al pie de página, el concepto de *invalidéz* aparece vinculado, en el diccionario consultado del siglo XVIII, con *achagues* o *vejez*.

TABLA 3.

Ciudad y campaña de Córdoba. Tipologías de afecciones o discapacidades agrupadas, en valores absolutos y porcentuales, 1813

[256]

Afecciones o discapacidades agrupadas según tipología	Cantidad	Porcentaje
Discapacidades motoras (baldados, impedidos, inválidos, paralíticos, tullidos, inservibles, inútiles, inhábiles, quebrados, mancos)	165	61
Discapacidades sensoriales (ciegos, mudos)	57	21
Discapacidades psíquicas (dementes, faltos, fatuos, locos, mentecatos)	26	9
Enfermos (no específica)	26	9

Fuente: Elaborado con base en el “Censo de 1813” - AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

La denominación de *achaque*, frecuente en la documentación de la época, es definida por el diccionario consultado como “indisposición o enfermedad habitual”<sup>32</sup>, de manera que el espectro de dolencias incluíbles en esa categoría es amplísimo. Entre estas afecciones se encuentra *el menstuario* (la menstruación) de las mujeres. Como uno de los pocos casos, hemos incluido en la tipología de discapacidades motoras también a *quebrados* y *mancos*; si bien en el primer caso (huesos rotos, partidos o desunidos con alguna violencia) resultaba posible el restablecimiento de la función (aunque posiblemente con secuelas), no resultaba así en otros, como la pérdida de una o ambas manos, que tendría un efecto incapacitante permanente. Si atendemos al excelente trabajo de Pablo Rodríguez<sup>33</sup> para la población colombiana, la designación de *quebrado* se refería a hernias discales o a malformaciones óseas, incluso a fracturas de larga data.

En el grupo de afecciones que hemos denominado sensoriales, se incluyeron *ciegos* (18,2% del total general de discapacitados) y *mudos* pudiendo aludirse a ceguera total o parcial; congénita, hereditaria, motivada en edad avanzada, accidentes. Menos numerosas que las afecciones motoras, las sensoriales alcanzaron un 21% del total de las consignadas.

32. Real Academia Española de la Lengua.

33. Rodríguez, *En busca de lo cotidiano* 224.

Montoro Martínez<sup>34</sup> resalta la imprecisión de la denominación *ciego*. El autor diferencia entre los ciegos de nacimiento y los ciegos nacidos con vista. Resalta ciertas actitudes erróneas frecuentes, que suelen cometerse al referirse a las personas carentes de visión (errores que, entendemos, pueden hacerse extensivos a las actitudes ante todas las discapacidades). Este error consiste en que quienes no padecen la afección generalizan de manera absoluta cualquier fenómeno, actitud o aptitud concreta observada, afirmando que todos los ciegos son esto o aquello, sin que se les ocurra suponer la diversidad de características posibles entre los privados de visión: ciegos buenos y malos moralmente; bebedores y sobrios; torpes o inteligentes; dotados para la música y totalmente carentes de oído musical; y, en suma, totalmente diferentes unos de otros, como puedan serlo entre sí, quienes gozan del sentido de la vista.<sup>35</sup>

[257]

Del mismo modo, coincidimos con Pilar Gonzalbo Aizpuru<sup>36</sup> en 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 (en la documentación que consulta localiza, por ejemplo, a músicos ciegos o mancos adivinos), para casarse e incluso para intervenir en conflictos o pleitos por delitos. Por otra parte, estas minusvalías daban pie para solicitar exenciones de tributos y licencia moral para pedir limosna por causa de lástima. En concordancia, Montoro Martínez<sup>37</sup> afirma que la principal forma de ganarse la vida que tenían los ciegos en el Medievo y en la Edad Moderna fue la mendicidad, profesión en la que, sostiene, siempre tuvieron gran competencia con los pícaros que simulaban problemas físicos para vivir de la limosna.

En la campaña de Córdoba podemos citar el caso de ceguera (posiblemente hereditaria) en Doña Gabriela Caldevilla, habitante del curato de Punilla, cuyo padre también era ciego.<sup>38</sup> En 1811 la mujer, que tenía más de 50 años, estaba casada con Don Luis Arze. En un pleito por devolución de un criadito doméstico, en el cual se ve implicado su marido, aparece designada

---

34. Jesús Montoro Martínez, *Ciegos en la historia* (Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles, 1991).

35. Montoro Martínez.

36. Gonzalbo 92.

37. Montoro Martínez.

38. Dato aportado oralmente por el genealogista cordobés, Lic. Alejandro Moyano Aliaga.

como *ciega* y *abandonada*, y el esposo es acusado de dilapidador de sus cortos bienes y de amancebarse con otra mujer.<sup>39</sup> Quizá la minusvalía visual de Gabriela constituía el terreno propicio para los excesos que, se decía, cometía su cónyuge, aprovechándose de su situación de vulnerabilidad.

[258]

Otra categoría que surge del registro censal es la de las afecciones mentales (en la cual se incluyeron dementes, faltos, fatuos, locos y mentecatos), concentrando el 9% del total general de las discapacidades. Cabe preguntarse cuáles eran los parámetros utilizados en la época para diagnosticar y establecer distinciones en estas dolencias. Aparentemente, la locura se achacaba con cierta facilidad a quienes tuvieran un comportamiento considerado *anormal*, definido con criterios subjetivos del entorno.<sup>40</sup> Si bien dicha dolencia podía constituir un atenuante en caso de conductas deshonestas (los celos en la pareja, por ejemplo), cuando se consideraban que eran exagerados y que inspiraban comportamientos rayanos en la crueldad, podían ser equiparados a la locura por las esposas que solicitaban divorcio. Para ello, era fundamental contar con el reconocimiento público de la anormalidad en los actos del acusado de falta de razón. Un ejemplo en un pleito de separación de cuerpos constituye el caso de Sebastián Bustos, quien aparece inculcado por su mujer como “demente de publica voz y fama [provocando] suma inquietud, molestia y discordias y continuas sospechas que ha causado en casa dicho Sebastian Bustos en quatro años continuos (...)”.<sup>41</sup>

Finalmente, en el mismo porcentaje de las afecciones mentales figura la categoría de los denominados *enfermos*, definición amplísima, difícilmente catalogable. Suponemos que en este grupo se consignaron los casos de dolencias graves, posiblemente crónicas, asociadas entre otras causas al proceso natural de envejecimiento. En el diccionario consultado de la época, el significado de *enfermo* es “debilidad o flaqueza; y declive del estado natural y como enfermedad a la dolencia que padece el cuerpo por destemplanza de los humores, morbus”.<sup>42</sup> El *accidente* (como causa de muerte o de discapacidad) aparece asociado a enfermedades repentinas como la apoplejía, epilepsia, parálisis, privación del sentido, movimiento,

39. “Demanda presentada ante los Sres. Vocales de la Junta Gubernativa”. Archivo Histórico Provincia de Córdoba (AHPC), Córdoba, año 1811, Esc. I, Leg. 439, Exp. 3.

40. Gonzalbo 93.

41. AAC, Córdoba, Causas Matrimoniales, Juicios de Divorcio, leg. 194, años 1688-1745, t. 1, exp. 4. Ver, además, AAC, Córdoba, Causas Matrimoniales, Juicios de Divorcio, leg. 198 años 1795-1799, t. 5, exp. 8.

42. Real Academia Española de la Lengua.

o ambas cosas.<sup>43</sup> Posiblemente no pocos de los individuos consignados como *enfermos* por algunos censistas podrían incluirse en el grupo de los enfermos motores, el más numeroso, según se vio; o como mentales, en caso de secuelas de afecciones causantes de deterioro de las funciones del cerebro. Cabe aclarar que, se presume, en la práctica, el padecimiento de dos o más de las afecciones descritas, combinadas en un mismo individuo; con esto, la catalogación se presenta solo con el fin de brindar mayor claridad para el análisis.

[259]

Celton<sup>44</sup> identifica la fiebre tifoidea (enfermedad intestinal) como la enfermedad endémica más relacionada con el estado alimenticio y endémico de la población, causada por una bacteria que se manifiesta con fiebre alta, delirios, diarreas, vómitos y serias complicaciones posteriores, como la artritis. La enfermedad aparece siempre tras una mala cosecha y con el consiguiente aumento del precio de los granos, afectando a las capas más debilitadas de la población.

Las deficiencias de calcio en las economías escasamente diversificadas, como la que aquí se trata, hacen pensar en dolencias vinculadas a reumatismos y todo tipo de males óseos que invalidan con el tiempo, ante la ausencia de tratamiento adecuado. También, en enfermedades dentarias, si bien estas no se registraron específicamente en los censos. Es de suponer que las proteínas de la carne actuarían como preventivos, ante la acechanza de enfermedades contagiosas, aunque no toda la población tenía acceso a esta, y mucho menos de forma equilibrada y sistemática. El clima templado, relativamente benigno, con abundancia de sol, aunque de inviernos fríos y primaveras ventosas, promovería afecciones respiratorias en una población con escasa vestimenta, como parece haber sido el caso de la mayoría de la población perteneciente a los estratos bajos, que no hubiera alcanzado a mantenerse abrigada, especialmente en el noroeste de la provincia, región de poblamiento antiguo y de mayor concentración de habitantes. En el conjunto de la población, solo los de más recursos habrían usado calzado, previniendo así las afecciones en los pies resultantes del roce continuo,

---

43. Real Academia Española de la Lengua.

44. Dora Celton, "Enfermedad y crisis de mortalidad en Córdoba, Argentina entre los siglos XVI y XX", *Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos*, coords. Dora Celton, Carmen Miró y Nicolás Sánchez Albornoz (Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba / International Union for the Scientific Study of Population, 1998) 277-301.

como llagas y ulceraciones crónicas, con sus efectos invalidantes con el transcurso del tiempo.<sup>45</sup>

Otros males que afectaron a la población cordobesa en los primeros siglos de su historia fueron las epidemias de sarampión, las sequías, las plagas de langosta, la viruela (la llegada de la vacuna data de 1805) y, especialmente, las guerras, con sus terribles secuelas de hambre y miseria.<sup>46</sup>

[260]

En la tabla 4 se incluyen las tasas de afecciones o discapacidades, según edad y sexo. Muy sintéticamente, se observa que la prevalencia se incrementa con la edad, primero levemente (desde 1,9 por cada mil en los niños hasta 3,3 por cada mil en los adultos) y luego de manera pronunciada (16,4 por cada mil en los ancianos). Este patrón, de carácter típico, indica la existencia de patologías acumuladas a lo largo de la vida, incluso desde su inicio (como puede llegar a ser la ceguera),<sup>47</sup> y otras que son propias de las edades avanzadas y que, como se ha mencionado, se cuentan entre las más frecuentes (gran cantidad de inválidos, baldados e impedidos).

En cuanto a la distribución por sexo de las tasas, se advierte que los hombres aventajan notablemente a las mujeres. Mientras que 5 por cada mil hombres poseían alguna afección o discapacidad, 3 de cada mil mujeres se encontraban en la misma situación (tabla 4). En este aspecto, las brechas entre hombres y mujeres son más elevadas en los niños y los adultos, y se reducen levemente en las personas ancianas. El primer fenómeno se debería a la mayor predisposición genética y la elevada exposición a eventos de riesgo para la salud del sexo masculino (accidentes, violencia, etc.). Y el segundo, con la acumulación de dichas afecciones o discapacidades en los hombres que sobreviven hasta la tercera edad, más los problemas de salud propiamente relacionados con esta etapa, que también afectan en gran medida a las mujeres.

---

45. Rodríguez, *En busca de lo cotidiano* 227.

46. Celton, "Enfermedad y crisis..." 283.

47. La mayor proporción de población ciega se localizaba en curatos más densamente poblados del no de la provincia, en particular Soto y Pocho en Traslasierra (concentraban 42% y 24% de la población ciega total de la campaña cordobesa, respectivamente). Sorprende en este último curato de la población semiaislada de Pocho el alto porcentaje de ciegos entre los niños (41,66% del total), de adultos (50%) y ancianos (8,33%). Posiblemente estos valores se asocien a la ceguera como patología heredada o congénita, y a la menor posibilidad de sobrevivir que tenían los ciegos, ya que fallecían antes de llegar a edades avanzadas.

TABLA 4.

**Ciudad y campaña de Córdoba. Tasas de prevalencia de afecciones o discapacidades según edad y sexo (por cada mil), 1813**

Edad	Tasas (por cada mil)			Brecha relativa
	Total	Hombre	Mujer	
Menores	1,9	2,8	0,9	3
Adultos	3,3	5,3	2,0	2,6
Ancianos	16,4	19,2	14,2	1,4
Total	3,8	5,1	2,7	1,9

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813". AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

[261]

En Popayán, actual Colombia (zona de minas y plantaciones), Pablo Rodríguez<sup>48</sup> encuentra que, a excepción de los baldados, la relación de sexos en las afecciones se distribuían proporcionalmente entre varones y mujeres. En Córdoba también había más baldados de sexo femenino que masculino (tabla 5). La mayor incidencia de discapacidades en el sexo masculino muy posiblemente esté asociada al tipo de explotación económica en una y otra región, lo que quizá provocaría un mayor y más temprano desgaste de la salud de las mujeres payanesas en relación con Córdoba (zona de agricultura y ganadería), donde la actividad preponderante de la mano de obra femenina consistía en tareas vinculadas a la manufactura textil y servicio doméstico.<sup>49</sup> En ese sentido, a excepción de la ceguera, que podría obedecer a razones hereditarias, la invalidez física del sexo femenino cordobés estaría más ligada al deterioro biológico que a riesgos de accidentes, más frecuentes, en cambio, en varones.

Según era de esperar, como se confirma en la tabla 6, es notable la preponderancia de las principales afecciones señaladas por los empadronadores, en los adultos mayores (población de 50 años o más), lo que pone de manifiesto el impacto de la edad en la capacidad de autonomía de las personas y las consiguientes dificultades para valerse por sí mismas a medida que se envejece.

Las tasas de afecciones o discapacidades también presentan diferenciales según el estado civil. Como se muestra en la tabla 7, las tasas más elevadas se presentan en la población en estado de viudez (13,2 por cada mil), luego en estado de soltería (5,3 por cada mil) y finalmente en la población casada (4,1 por cada mil). Esto era de prever, ya que se supone que entre los

48. Rodríguez, *En busca de lo cotidiano* 225.

49. Ghirardi, Colantonio y Celton, "Hogares, familia y trabajo..." 78.

[262]

viudos se incluyen personas de más edad, así que es lógico que padeciesen más afecciones. En todos los casos, las tasas de afecciones o discapacidades masculinas superan a las femeninas. Sin embargo, las brechas relativas entre hombres y mujeres son más elevadas en los solteros que en los casados o viudos (brecha relativa de 3 en el primer caso, y de 2,4 y 2,1 en el segundo y tercero). Esta pauta, que es observada universalmente, es atribuible a que los casados llevarían, en líneas generales y tomados en su conjunto, una vida más sosegada y quieta (si nos atenemos a los ideales modélicos acerca del matrimonio cristiano) lo cual incidiría favorablemente en su salud.

TABLA 5.

Ciudad y campaña de Córdoba. Tasas de prevalencia de afecciones o discapacidades seleccionadas, según sexo (por cada mil), 1813

Tipo de afección o discapacidad	Tasas (por cada mil)		Brecha relativa
	Hombre	Mujer	
Baldado	0,2	0,7	0,4
Ciego	0,6	0,8	0,8
Enfermo	0,4	0,3	1,4
Impedido	0,5	0,5	1,1
Inválido	0,6	1	0,6
Tullido	0,2	0,2	1

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813". AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

TABLA 6.

Ciudad y campaña de Córdoba. Tasas de prevalencia de afecciones o discapacidades seleccionadas, según edad (por cada mil), 1813

Tipo de afección o discapacidad	Edad			Total
	Menor	Adulto	Anciano	
Baldado	0,4	0,3	1,3	0,5
Ciego	0,5	0,5	2,8	0,7
Impedido	0,2	0,5	2,3	0,5
Inválido	0,3	0,7	4,2	0,8

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813". AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

TABLA 7.

**Ciudad y campaña de Córdoba. Distribución de la población total y con afecciones o discapacidades, según edad y estado civil, 1813**

Sexo	Tasas (por cada mil)		
	Soltero	Casado	Viudo
Hombre (14 años y más)	9	5,8	22,9
Mujer (12 años y más)	3,1	2,5	11
Total	5,3	4,1	13,2
Brecha	3,0	2,4	2,1

[263]

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813". AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

Dentro de la población afectada por discapacidad, el 21,26% eran niños. La dolencia predominante era la ceguera (14 casos, correspondientes al 24,56%) posiblemente hereditaria o congénita; seguida de los denominados baldados que, cabe recordar, según el diccionario del siglo XVIII, equivalía a impedido o privado por enfermedad o accidente del uso de los miembros o de alguno de ellos (13 casos, correspondientes al 22,81%); finalmente, otra afección común era la invalidez (9 casos, correspondientes al 15,79%). En los niños, este mal podría vincularse a secuelas derivadas de partos problemáticos y patologías congénitas.

Otros diferenciales relevantes en cuanto a las afecciones y discapacidades indicadas en 1813 en la ciudad y campaña de Córdoba se relacionan con la etnia y la condición legal. Conviene recordar, según señala Celton, que en la sociedad americana colonial los niveles de consumo y alimentación eran diferenciales según los grupos socioétnicos. En ese sentido, algunas enfermedades estaban directamente relacionadas con deficiencias en la alimentación, que alcanzaban los mayores grados de intensidad en épocas de escasez y en los grupos menos favorecidos de la población, que se convertían en blanco y terreno propicio para la enfermedad, sumado a la carencia general de hábitos de higiene en el conjunto de la población.<sup>50</sup>

En cuanto al grupo étnico (tabla 8), se observa que los indios presentaban la mayor tasa de afecciones o discapacidades (7,1 por cada mil), seguidos por los españoles (4,1 por cada mil) y finalmente por los mestizos, pardos o mulatos (2,6 por cada mil) y los negros (1,7 por cada mil).

50. Esto, a pesar de las mejoras sanitarias introducidas en la ciudad de Córdoba durante el gobierno del Marqués de Sobremonte a fines del siglo XVIII; ver Dora Celton, *La población de Córdoba a fines del siglo XVIII* (Buenos Aires: Academia Nacional de la Historia, 1993); y Celton, "Enfermedad y crisis...".

TABLA 8.

Ciudad y campaña de Córdoba. Distribución de la población con alguna afección o discapacidad y tasa de prevalencia de afecciones y discapacidades (por cada mil), según etnia, 1813<sup>51</sup>

Etnia	Porcentaje	Tasa (por cada mil)
Español	62	4,1
Indio	16,1	7,1
Mestizo, Pardo o Mulato	20,4	2,6
Negro	1,5	1,7
Total	100	3,8

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813". AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

[264]

Un registro posiblemente más prolijo de afecciones en las comunidades indígenas de la campaña (ya que en la ciudad de Córdoba no se registra ningún caso) y de las condiciones de vida adversas (atendiendo a la importancia de buscar la relación entre economía y demografía) se asociaría a la tasa relativamente elevada de discapacidades en este sector. Celton señala el sector indígena como uno de los más perjudicados debido a los maltratos y trabajos excesivos a los que estaban sometidos, que les impedía ocuparse de sus propias sementeras. En efecto, dispersos, desarraigados, desnutridos, repartidos en encomiendas, sometidos al pago de tributos, reducidos en pueblos, vinculados al trabajo en haciendas y estancias, se vieron obligados a soportar nuevos patrones de trabajo y prácticas culturales. Celton identifica documentación del siglo XVII que retrata el modo en que la población indígena de Córdoba sufrió los abusos de los encomenderos al arrebatarle sus tierras, quitársele los animales domésticos y vendérsele toda la comida que se recogía de los pueblos con la consecuencia de "grandísima necesidad y anbre".<sup>52</sup> La apropiación compulsiva de sus tierras y de la producción habrían modificado las condiciones de vida, la estructura demográfica y el sistema de defensa biológico de los indígenas, haciéndolos caldo de cultivo de epidemias de viruela, sarampión y pulmonía a fines del siglo XVI y durante el XVII, lo que los mermó en una proporción calculada en un 59% durante los primeros 43 años del dominio español en la jurisdicción cordobesa.<sup>53</sup>

51. No se incluye a Francisca Albarracín por falta de datos.

52. Celton, "Enfermedad y crisis..." 282.

53. Celton, "Enfermedad y crisis..." 283.

Asociamos la mayor tasa de prevalencia en las afecciones del sector español, con respecto a otros grupos, a las mayores posibilidades de llegar a edades avanzadas. Esto es consecuencia del modo de vida propio de su estatus social, gracias a hogares con más recursos materiales, a la mayor atención en enfermedades invalidantes típicas de la vejez y en circunstancias de salud adversas, lo que posibilitaba la mayor supervivencia de este sector de la población. Sugerimos esta interpretación especialmente para los casos de españoles acomodados, ya que la situación de los españoles pobres, en la práctica, se asimilaría a la de elementos de sangre mezclada.

[265]

Sobre la baja prevalencia observada en mestizos, pardos o mulatos y negros, cabe establecer al menos dos hipótesis. La primera se relaciona con la posibilidad de que el bajo nivel observado se deba a una mayor mortalidad debida a causas propias de las difíciles condiciones de vida a las que estaban expuestos, que provocarían que solo un segmento de la población lograra sobrevivir. Al respecto, se ha indicado que los niveles de mortalidad de estos grupos eran sustantivamente mayores que los de la población española.<sup>54</sup> También es posible formular una segunda hipótesis, apoyada en la interpretación de la tabla 9, que presenta la prevalencia de afecciones o discapacidades en la población cordobesa de 1813 según la condición legal, sobre la base de que parte de la población negra, mulata y parda era esclava para la fecha considerada.

Vuelve a sorprender que la tasa de la población libre con afecciones sea mayor a la de esclavos (3,9 por cada mil con respecto a 2,8 por cada mil). Este hallazgo hace pensar en la segunda hipótesis, la de que el declarante de las afecciones o discapacidades de los esclavos fuera el amo.

TABLA 9.

**Ciudad y Campaña de Córdoba. Tasa de prevalencia de afecciones o discapacidades según condición legal (por cada mil), 1813<sup>55</sup>**

Jurisdicción	Tasa (por cada mil)
Libre	3,9
Esclavo	2,8
Total	3,8

Fuente: Elaborado con base en el "Censo de 1813". AHPC, Córdoba, S. Gobierno.

54. Celton, "Enfermedad y crisis...".

55. No se incluyen a José Arroyo ni Mercedes Idalgo por falta de datos.

En tal sentido, el nivel observado en el censo de 1813 en el sector esclavo se debería a la negación de las afecciones o discapacidades, ante el temor de la depreciación del valor del esclavo en caso de una venta. En ese sentido es muy posible que se declarasen las afecciones de los esclavos solo cuando estos no pudieran realizar ningún trabajo.

[266]

Como indican Dimunzio y García,<sup>56</sup> los esclavos tendían a hacer todo lo contrario, es decir, a informar sus dolencias como una forma de reducir su precio ante la posibilidad de comprar su libertad o la de un familiar, o bien, como un intento de flexibilizar la carga laboral a la que eran sometidos. En apoyo a esta hipótesis, la tabla 10, en la que se listan las afecciones y discapacidades de un fragmento de la población esclava, permite observar que se incluían fundamentalmente aquellas afecciones que representan situaciones extremas (baldados, tullidos e inválidos).

TABLA 10.

**Ciudad y campaña de Córdoba. Población esclava con afecciones y discapacidades, según etnia, etapa del ciclo vital y tipo de afección o discapacidad, 1813**

Nombre y apellido	Etnia	Edad	Afección o discapacidad
Vicente Santillán	Mulato	Niño	Baldado
Cesar Candelaria	Mulato	Adulto	Demente
Bernardo Santucho	Mulato	Adulto	Enfermo
Lauriana Jaimes	Mulato	Niño	Tullida
Rosa Bega	Negro	Adulto	Ciego
Lindor Martínez	Negro	Niño	Inválido
José Castro	Negro	Anciano	Inválido
Victoria Calderón (corregido "Olmos")	Pardo	Niño	Baldada
Andrea Cabrera	Pardo	Anciano	Baldado
Pedro Mancilla	Pardo	Anciano	Baldado
José María Aguirre	Pardo	Niño	Ciego
Antonio Centurión	Pardo	Anciano	Impedido
José Manuel Farías	Pardo	Adulto	Mudo

Fuente: Elaborado con base en el censo de 1813.

56. Karina Dimunzio y Claudia García, "Indagando en las dolencias de los esclavos. Una aproximación a las fuentes para su estudio en la Córdoba tardo colonial", *Historias de enfermedad en Córdoba desde la Colonia hasta el siglo xx*, comp. Adrián Carbonetti (Córdoba: Programa de Salud y Enfermedad / Centro de Estudios Avanzados / UNC, 2007) 13-20.

Un estudio realizado para la Nueva Granada (actual Colombia) sostiene que la población esclava de las haciendas gozaba de un régimen de vida con mayores rasgos paternalistas y recibía una dieta con valor energético que le permitía desarrollar defensas hacia las enfermedades. Muy distinta, en cambio, era la situación en zonas mineras, deficiente en calorías y vitaminas donde existía una mayor mortalidad temprana. Según Pablo Rodríguez,<sup>57</sup> en todas las haciendas y minas existía un lote de esclavos postrados, a los cuales se destinaba solo a los esclavos que se consideraban absolutamente inútiles. Como la presencia de médicos en el campo no era común, eran los curanderos, esclavas y enfermeras quienes se ocupaban de los enfermos.<sup>58</sup>

[267]

### **Ejemplos de actitudes asociadas a los quebrantos de la salud en fuentes judiciales y notariales de Córdoba correspondientes a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX**

#### **La enfermedad como justificativo**

Como aún hoy, la enfermedad de un familiar podía ser utilizada como recurso poderoso, cierto o no, para excusarse y postergar el cumplimiento de una obligación. Así por ejemplo Pascual Vailón León, habiendo recibido una casa en préstamo precario de su hermano, demoraba su entrega en 1795 manifestando que su esposa estaba en cama enferma, por lo que debía esperar su restablecimiento para poder mudarse de allí con su familia.<sup>59</sup> Otro ejemplo constituye en 1840 el del capitán Felipe Díaz, quien se justificaba por no poder comparecer ante la autoridad eclesiástica del obispado

57. Rodríguez, *En busca de lo cotidiano* 224.

58. Según se ha afirmado, el campo de la atención de la salud supone abordar una trama muy compleja en la cual se insertan las acciones de los poderes públicos, pero también poderes y saberes alternativos. En esta dinámica, los saberes populares, prejuicios, supersticiones, el medio físico, la educación o la ignorancia tuvieron un papel fundamental. Ver María Estela Fernández y María Laura Parolo, "Controles, manifestaciones y límites del arte de Curaren Tucumán durante el siglo XIX", *Historias de salud y enfermedad en América Latina. Siglos XIX y XX*, eds. Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri (Córdoba: CEA-Conicet / Universidad Nacional de Córdoba, 2008) 95-117.

59. AHPC, Córdoba Escribanía I, año 1795, leg. 424, exp. 9. En efecto, la dispensa por enfermedad ante una citación judicial constituía un recurso utilizado que surge de la documentación consultada, civil y eclesiástica, ver AAC, Córdoba, Juicios por sponsales, leg. 193, años 1787-1793, t. 3, exp. 1.

de Córdoba desde La Candelaria, en la campaña, debido a que uno de sus hijos estaba enfermo de peste.<sup>60</sup>

#### Atención de familiares enfermos

[268]

Igualmente, la abnegación en la asistencia durante las enfermedades que acompañaban a los ancianos, en ocasiones hasta el fin de sus días, era muy valorada y podía verse recompensada en la mejora de la hijuela de un heredero. Así, por ejemplo, el viudo Don Sebastián Martínez reconocía la labor desempeñada por una de sus hijas que lo había cuidado durante mucho tiempo, beneficiándola expresamente con alhajas y ropa de cama como plus de lo que le correspondía en su hijuela: “Declaro que la ropa de uso y cama, y alajas que tengo dadas a dicha mi hija Solana es mi voluntad que no se le ponga a cuenta ni imentarios por ser adquiridos todo o lo mas con su trabajo y adbitrios y por lo mucho que me ha serbido y cuidado en mi continua enfermedad de tantos años”.<sup>61</sup>

La atención de los enfermos por la familia, parientes y amistades, era interpretada como una responsabilidad “natural” de la mujer. Así lo afirmaba el moralista Fray Luis de León, con cuyas máximas fueron educadas varias generaciones de mujeres. Según el religioso, el destino de la mujer era la reclusión hogareña y la visita a los enfermos era uno de los escasos motivos que justificaban sus salidas.<sup>62</sup> En una sociedad patriarcal y jerárquica, la subordinación de género se acompañaba de la de edad; de este modo, en las familias era función de las esposas atender a los maridos, mientras que la obligación natural de las hijas era atender a los padres y también a las madres. En una cuestión judicial planteada por la tenencia de una hija, en la cual el juez argumentaba que debía retirarla del lado de la madre por su situación de pobreza e inmoralidad, la progenitora solicitaba su restitución, argumentando que, además del ingreso que representaba su trabajo, era necesaria la asistencia de la hija en la enfermedad que pudiese sobrevenirle: “mas gusto sera que sirva en casa del Amo don José Benito de Acosta, en donde la tendré mas a mano para que me atienda en qualquiera enfermedad que me sobrevenga”.<sup>63</sup>

60. AAC, Córdoba, Causas Matrimoniales, Juicios de divorcio, leg. 203, años 1826-1849, t. 10, exp. 47.

61. AHPC, Córdoba, Registro I, años 1837-1842, leg. 188, f. 327. El texto transcrito corresponde a la cláusula quinta del testamento.

62. Fray Luis de León, *La perfecta casada* (Buenos Aires: Bureau Editor, 1999).

63. AHPC, Córdoba, Escribanía II, año 1795, leg. 83, exp. 5.

**Atención de enfermos, castigo y control social**

Ahora bien, el cuidado de los enfermos también podía utilizarse como castigo moralizador, aplicado como pena por un delito cometido. En efecto, la atención de enfermos contagiosos representaba serios riesgos para la propia salud en una época en la cual las medidas preventivas eran inexistentes. Por otra parte, más allá de los riesgos implícitos, se trataba de una tarea extenuante que no dejaba dar respiro. En un caso de incesto en el primer tercio del siglo XIX cordobés, el fallo judicial condenó al jefe de la familia a doscientos azotes; finalmente, la pena corporal fue indultada, y la pareja, destinada a servir por tres años en los hospitales de hombres y mujeres de la ciudad, donde debían asistir a los enfermos para reformarse de su “depravada conducta”.<sup>64</sup> Se trataba, en suma, de la acción disciplinar del encierro como castigo, pero también como forma de control de la mano de obra a partir de un Estado en proceso de conformación que buscaba consolidar un nuevo “orden” social.<sup>65</sup>

[269]

**La discapacidad como recurso de subsistencia en la pobreza**

Como se ha afirmado más arriba, las minusvalías físicas podían constituirse como un recurso ante la pobreza, con el fin de proveerse de lo indispensable para la subsistencia a partir de la conmisericordia inspirada por la vista del cuerpo impedido y anciano. Así, una mujer autocalificada de “muy pobre” certificaba en una causa judicial que su subsistencia se originaba en conchabos y labores de ella misma y su hija, y también en “la limosna de una abuelita tullida”.<sup>66</sup>

**La enfermedad y el matrimonio**

Aún en la actualidad, en la fórmula de juramento solicitada a los contrayentes en el momento de contraer matrimonio se conserva vigente la exigencia de la Iglesia católica de prodigarse fidelidad, unión y asistencia mutua, tanto “en la salud como en la enfermedad, hasta que la muerte los separe”. El incumplimiento de este principio constituía en la época estudiada

64. AHPC, Córdoba, Archivo criminal de la capital, año 1823, leg. 147, exp. 5.

65. Bianchi 115. Lourdes Peruchena, “Los gozos y las sombras. Prostitución y prostitutas en los discursos de los ilustrados españoles”, *Inclusión / exclusión. Las dos caras de la sociedad del Antiguo Régimen*, coord. María Inés Carzolio (Rosario: Prohistoria Ediciones, 2003) 141.

66. Ver AAC, Córdoba, Causas matrimoniales, Juicios de Divorcio, leg. 203, años 1826-1849, t. 10, exp. 18 y 19.

[270]

uno de los causales invocados, si bien de menor tenor, para solicitar la separación de cuerpos. Al mismo tiempo, y paradójicamente, en Mendoza se han localizado ejemplos de ruptura de promesa esponsalicia con motivo de enfermedad contagiosa.<sup>67</sup> Igualmente en Córdoba, Jerónima Maza, a comienzos del siglo XIX, demandó a su marido por enfermedad que, según alegaba, era incompatible con su salud, por lo cual solicitó autorización de la Iglesia para interrumpir temporalmente la cohabitación hasta que el marido se curase. Es posible que se tratara de una excusa urdida para obtener el divorcio; de ser cierta, posiblemente se tratara de afecciones venéreas como la sífilis, frecuente en la época, a la que se evitaba nombrar por su vinculación a prácticas sexuales promiscuas.<sup>68</sup> La designación de mal gálico (para referirse al mal galo o francés) podía utilizarse referido a una amplia gama de enfermedades venéreas. Por otra parte, y dentro de comportamientos considerados inaceptables, se conservan en Córdoba testimonios de denuncias de enfermedades provocadas por sevicia y malos tratos prodigados entre cónyuges: “(...) el cabo de la ronda mandó abrir las puertas amenazando al dicho Bazan que se las aría echar al suelo y entrando me hallaron con la cara embotada, hecha un monstruo de una grabe apoplejía, y el mismo cabo de dicha ronda mando llamar un confesor y a un médico”. En relación a las marcas en el cuerpo que la mujer presentaba como evidencia del maltrato, el marido deslindaba responsabilidades al expresar que tales señales se debían “a una enfermedad de la que se está curando”.<sup>69</sup>

### Enfermedad y hechicería

Para procurar información acerca de la relación entre impotencia sexual y hechicería, se ha consultado el trabajo de Mannarelli.<sup>70</sup> La acción de las hechiceras en Hispanoamérica recaía generalmente en individuos del sexo masculino, a diferencia de lo acontecido en Norteamérica colonial e Inglaterra. Por influencia española, el tipo de hechizos más comúnmente usado

67. Noemí del Carmen Bistué y Cecilia Marigliano, “Los disensos matrimoniales en la Mendoza virreinal (1778-1810)”, *Revista de Historia del Derecho* 23 (1992): 37-63.

68. AAC, Córdoba, Causas matrimoniales, Juicios de Divorcio, leg. 201, años 1815-1825, t. 9, exp. 20.

69. AAC, Córdoba, Causas Matrimoniales, Juicios de Divorcio, leg. 194 años 1688-1745, t. 1, exp. 4.

70. María Emma Mannarelli, “Inquisición y mujeres: Las hechiceras en el Perú durante el siglo XVII”, *Revista Andina* 1 (1987): 141-154.

con fines sexuales eran, en Perú, los filtros eróticos. Así, los inquisidores y algunos testigos atribuían a las hechiceras el poder de causar enfermedades, entre estas la impotencia sexual, la locura y la muerte.

### Enfermedad y embarazo

A comienzos del siglo XIX, Don Alexo Gil intentaba devolver a su antiguo amo, Don Norberto Narvaja, la joven esclava Asencia, que había comprado recientemente, alegando se le había entregado enferma. Esto provocó que su primer dueño la sometiese al reconocimiento del médico Pablo Pastor, quien tras revisarla, interrogado atestiguó que “(...) la enfermedad era de preñes por cuyo motibo no la quería recibir su primer amo Don Norberto respecto de que cuando la entregó a Don Alexo sana y la enfermedad la había adquirido en su poder y por obra de él según el reconocimiento de dicho Doctor Pastor”.<sup>71</sup>

[271]

### Conclusiones

Como se mencionó, este trabajo forma parte de la investigación sobre aspectos de la población de la ciudad y campaña de Córdoba y que el objetivo de la presente contribución fue proponer la visibilización de la dimensión corporal de los sujetos a partir de una aproximación a la historia de la población afectada por discapacidad invalidante en Córdoba a comienzos del siglo XIX, desde una perspectiva sociodemográfica y cultural.

En esta medida, interpretamos que el interés del Gobierno revolucionario por obtener información acerca del estado de aptitud sanitaria de la población respondía a los intereses político-militares del momento, más que a fines preventivos o paliativos. Resaltamos los conceptos de inclusión/exclusión y alteridad como de especial interés en la comprensión de la situación de las personas de salud seriamente quebrantada en un orden que consideraba la aptitud para el trabajo y de la aptitud para la defensa militar del territorio como valores relevantes durante el proceso emancipatorio, con miras a la construcción de una República independiente.

Siguiendo la profusa bibliografía consultada, concebimos las maneras de expresar las dolencias como reflejos de las formas de concebirlas, variable según épocas, culturas y grupos sociales, entendiendo el papel social del enfermo más vinculado a las actitudes hacia la discapacidad que a la

---

71. AAC, Córdoba, Causas Matrimoniales, Juicios de Divorcio, leg. 201, años 1811-1814, t. 8, exp. 7.

gravedad o naturaleza objetiva de la afección. Un ejemplo relevante según pudo constatarse constituye el observado en el sector esclavo, al cual se le reconocían menos sus enfermedades que a la población libre, en función de los intereses económicos de los amos.

[272]

El análisis realizado en el conjunto de la población cordobesa en 1813 permitió identificar 17 afecciones/discapacidades que agrupamos en tres grandes categorías, motoras, mentales y sensoriales, a las que se sumaron los denominada genéricamente como “enfermos”. En términos de prevalencia, por cada mil personas, cuatro poseían alguna afección severa o discapacidad según el censo, cifra que resultó mucho más alta y variada en la campaña que en la ciudad (4,4 por cada mil con respecto a 0,6 por cada mil), posiblemente atribuible al criterio de los empadronadores al relevar la información.

En síntesis, y a grandes rasgos, el análisis permitió obtener un perfil de la población inutilizada parcial o totalmente para las actividades productivas en su salud al momento del censo. Se observó que la prevalencia se incrementaba con la edad, primero levemente y de manera pronunciada en los ancianos, poniendo de manifiesto la existencia de patologías acumuladas a lo largo de la vida o incluso presentes desde su inicio, como la ceguera y las otras enfermedades propias de las edades avanzadas, como la invalidez, los baldados y los impedidos. Respecto del sexo, los hombres enfermos aventajaron notablemente a las mujeres, debido posiblemente tanto a una mayor predisposición genética como a una elevada exposición a eventos de riesgo para la salud, como los accidentes y la violencia. A medida que se avanzaba en la edad, las afecciones o discapacidades que afectaban exclusivamente a los hombres también se manifiestan en las mujeres, estrechando la brecha entre ambos sexos. Los individuos solteros presentaron un índice superior de discapacidad que los casados o los viudos. Casi un cuarto de la población discapacitada eran niños. En sus dolencias predominaron la ceguera, posiblemente hereditaria o congénita, los denominados baldados, privados del uso de uno o más miembros, y la invalidez. Con respecto a la etnia y condición legal, los resultados ponen de manifiesto la vigencia en los hechos de una sociedad jerárquica y desigual. Indios y españoles presentan el más alto registro de afecciones. Entendemos que las explicaciones obedecen a razones opuestas en uno y otro caso, ya que en la población indígena el fenómeno obedecería a condiciones de vida adversas a las que estaba sometida la población y posiblemente a una notación más prolija en sus comunidades. Por otro lado, en el sector español la prevalencia en las afecciones se vincularía a sus mayores posibilidades de llegar a edades avanzadas, posibilitadas por un estándar de vida superior,

cuidado y atención durante la enfermedad. Una tasa menos elevada de afecciones en el caso de las poblaciones de mestizos, pardos/mulatos y negros se relacionaría con menores probabilidades de llegar a situaciones invalidantes, propias de edades avanzadas, provocando un fallecimiento prematuro. Una tasa mayor de afecciones consignadas en la población libre en relación con la esclava hace pensar que en este grupo los amos solamente declaraban los casos en que los sujetos estaban más seriamente impedidos para realizar tareas. La mayor proporción de población ciega de la campaña se localizó en curatos del norte de la provincia, en particular Soto y Pocho en Traslasierra, con valores especialmente considerables en la población infantil y adulta.

[273]

Finalmente, la consulta de fuentes secundarias judiciales y notariales de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX en la jurisdicción permitió obtener ejemplos sobre actitudes hacia la enfermedad en su vinculación con el matrimonio, la familia, prácticas de hechicería, recursos de subsistencia en la pobreza y el control social.

## OBRAS CITADAS

### I. Fuentes primarias

#### Archivos

Archivo Arzobispado de Córdoba, Córdoba (AAC)

Causas Matrimoniales, Juicios de nulidad, por esponsales y de divorcio

Archivo Histórico Provincia de Córdoba, Córdoba (AHPC)

Sección Gobierno, Escribanía I y II, Archivo criminal de la capital y Registro

### II. Fuentes secundarias

Aguado Díaz, Antonio. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial / Fundación ONCE, 1995.

Amorín, María y Mario Boleda. *Las poblaciones ibéricas e iberoamericanas en perspectiva histórica*. Buenos Aires: Eudeba, 2009.

Andreazza, María Luisa. "El papel de los censos en la producción de las categorías sociales de las colonias americanas". *Posibilidades para el estudio de poblaciones históricas*. Coord. Dora Celton, Mónica Ghirardi y Adrián Carbonetti. Río de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población, 2009. 115-135.

[274]

- Arretx, Carmen; Rolando Mellafe y Jorge Somoza. *Demografía histórica en América Latina: fuentes y métodos*. Santiago de Chile: Celade, 1987.
- Ballester Añón, Rosa. “En primera persona. Los acercamientos historiográficos a la experiencia humana de la enfermedad, siglos xviii-xx”. *Actas del XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Ed. Teresa Ortiz Gómez et ál. Granada: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2008. 27-37.
- Bianchi, Diana. “En una mano la vara y en la otra el pan. Mendicidad y vagancia en la visión ilustrada de la España del siglo xviii”. *Inclusión / exclusión. Las dos caras de la sociedad del Antiguo Régimen*. Coord. María Inés Carzolio. Rosario: Prohistoria Ediciones, 2003.
- Bistué, Noemí del Carmen y Cecilia Marigliano. “Los disensos matrimoniales en la Mendoza virreinal (1778-1810)”. *Revista de Historia del Derecho* 23 (1992): 37-63.
- Bruno, Cayetano. *Historia de la Iglesia en Argentina*. Vol. 4. Buenos Aires: Don Bosco, 1970.
- Carzolio, María Inés. “Introducción”. *Inclusión / exclusión. Las dos caras de la sociedad del Antiguo Régimen*. Coord. María Inés Carzolio. Rosario: Prohistoria Ediciones, 2003.
- Celton, Dora. “Enfermedad y crisis de mortalidad en Córdoba, Argentina entre los siglos xvi y xx”. *Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos*. Coords. Dora Celton, Carmen Miró y Nicolás Sánchez Albornoz. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba / International Union for the Scientific Study of Population, 1998. 277-301.
- Celton, Dora. *La población de Córdoba a fines del siglo xviii*. Buenos Aires: Academia Nacional de la Historia, 1993.
- Comisión Asesora para la Discapacidad. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social / Instituto Nacional de Servicios Sociales —Inserso—, 1983.
- Corbin, Alain. *Historia del cuerpo*. Vol II: *De la Revolución Francesa a la Gran Guerra*. Buenos Aires: Taurus Historia, 2005.
- Dimunzio, Karina y Claudia García. “Indagando en las dolencias de los esclavos. Una aproximación a las fuentes para su estudio en la Córdoba tardo colonial”. *Historias de enfermedad en Córdoba desde la colonia hasta el siglo xx*. Comp. Adrián Carbonetti. Córdoba: Programa de Salud y Enfermedad / Centro de Estudios Avanzados / UNC, 2007. 13-20.
- Farge, Arlette. *Efusión y tormento. El relato de los cuerpos. Historia del pueblo en el siglo xviii*. Buenos Aires: Katz, 2008.

- Fernández, María Estela y María Laura Parolo. “Controles, manifestaciones y límites del arte de Curaren Tucumán durante el siglo XIX”. *Historias de salud y enfermedad en América Latina. Siglos XIX y XX*. Ed. Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri. Córdoba: CEA-Conicet / Universidad Nacional de Córdoba, 2008. 95-117.
- Furtado, Natalia. “Procesos de inclusión social en personas con discapacidad. Un acercamiento a las personas con síndrome de Down en el departamento de Cerro Largo”. Tesis de Licenciatura de Trabajo Social. Montevideo: Universidad de La República, 2007.
- Ghirardi, Mónica. “Fuentes para estudios de población en la etapa pre-estadística”. *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*. Comp. Susana Torrado. Buenos Aires: Edhasa, 2007. 309-339.
- Ghirardi, Mónica. “Las edades de la vida. Niños y ancianos de Córdoba al comenzar el siglo XIX”. Documento mimeografiado, 2010.
- Ghirardi, Mónica. “Las edades de la vida. Niños y ancianos de Córdoba al comenzar el siglo XIX”. *Población y sociedad en tiempos de lucha por la emancipación*. Ed. Sonia Colantonio. Córdoba: Centro de Estudios de Cultura y Sociedad —CIECS— / Conicet / Universidad Nacional de Córdoba, 2012. 341-457.
- Ghirardi, Mónica; Sonia Colantonio y Dora Celton. “Hogares, familia y trabajo en dos zonas de Córdoba, Argentina, a comienzos del siglo XIX”. *Revista de Demografía Histórica* 25.2 (2007): 55-90.
- Gonzalbo Aizpuru, Pilar. *Vivir en Nueva España. Orden y desorden en la vida cotidiana*. México: El Colegio de México, 2009.
- Le Goff, Jacques y Nicolas Truong. *Una historia del cuerpo en la Edad Media*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- León, Fray Luis de. *La perfecta casada*. Buenos Aires: Bureau Editor, 1999.
- Mannarelli, María Emma. “Inquisición y mujeres: Las hechiceras en el Perú durante el siglo XVII”. *Revista Andina* 1 (1987): 141-154.
- Massé, Gladys y Cecilia Rodríguez Gauna. “Acerca de las personas con discapacidad y su cuantificación en la Argentina. Pasado y Presente”. *XXV Conferencia Internacional de Población 18 al 23 de julio*. Tours-Francia: IUSSP, 2009.
- Massé, Gladys. “Fuentes útiles para los estudios de la población argentina en el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec). Una visión histórica”. *Fuentes útiles para los estudios de la población americana. 49.º Congreso Internacional de Americanistas*. Quito: ICA, 1997. 347-375.
- Montoro Martínez, Jesús. *Ciegos en la historia*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles, 1991.

[276]

- Moreno, José Luis. *La política social antes de la política social. (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX.)*. Buenos Aires: Prometeo, 2000.
- Pantano, Liliana. *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*. Buenos Aires: Eudeba, 1987.
- Peruchena, Lourdes. “Los gozos y las sombras. Prostitución y prostitutas en los discursos de los ilustrados españoles”. *Inclusión / exclusión. Las dos caras de la sociedad del Antiguo Régimen*. Coord. María Inés Carzolio. Rosario: Prohistoria Ediciones, 2003.123-145.
- Pizzo, Liliana. “Sexualidad matrimonial y salud. Un caso en Córdoba a principios del siglo XIX”. *Familias iberoamericanas ayer y hoy, Asociación Latinoamericana de Población*. Coord. Mónica Ghirardi. Río de Janeiro: ALAP, 2008. 207-231.
- Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso. Tercera edición, en la qual se han colocado en los lugares correspondientes todas las voces de los suplementos, que se pusieron al fin de las ediciones de los años de 1780 y 1783, y se han intercalado en las letras D, E y F. nuevos artículos, de los cuales se dará un suplemento separado*. Madrid: Viuda de Joaquín Ibarra, 1791.
- Rodríguez, Pablo. *En busca de lo cotidiano. Honor, sexo, fiesta y sociedad. S. XVII-XIX*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
- Rodríguez, Pablo. *Sentimientos y vida familiar en el Nuevo Reino de Granada*. Bogotá: Ariel Historia, 1997.
- Salgado Pimienta, Tania. “La experiencia de enfermarse en Río de Janeiro en la primera mitad del siglo XIX”. *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. Actas XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*. Granada: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 2008.
- Sánchez Albornoz, Nicolás y Susana Torrado. “Perfil y proyecciones de la demografía histórica en la Argentina”. *América Colonial. Población y economía*. Rosario: Universidad Nacional del Litoral / Facultad de Filosofía y Letras, 1965. 31-56.
- Sendrail, Marcel. *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa Calpe, 1983.
- Thompson, Andrés. “Beneficencia, filantropía y justicia social. El ‘tercer sector’ en la historia argentina”. *Público y privado. Las organizaciones sin fines de lucro en la Argentina*. Coord. Andrés Thompson. Buenos Aires: Unicef / Losada, 1995. 19-63.