

ENFERMEDADES, HOSPITALIDAD Y TERAPEUTICA EN LAS COMARCAS ONUBENSES A FINES DEL ANTIGUO REGIMEN

FRANCISCO NÚÑEZ ROLDÁN

El siglo XVIII, en palabras de los hermanos Peset, no es un período afortunado en nuestra historiografía por lo que atañe especialmente a la historia de la medicina, de la salud, de la higiene y en general de las condiciones sanitarias en las cuales se desenvolvía la vida de la población española. ¹

Es muy significativo, en este sentido, observar la escasez de monografías en el campo de la demografía histórica dedicadas a investigar las causas de la mortalidad normal y cotidiana, de las crisis cuyas secuelas son aparentemente inapreciables. Historiadores y demógrafos en general, preocupados quizás precisamente más por los episodios catastróficos, por las graves y frecuentes epidemias acaecidas durante el Antiguo Régimen, por sus efectos inmediatos sobre la población, han olvidado que a pesar de que durante el siglo XVIII desaparecieron las oleadas de pestes propias del XVII, los hombres contemplaron y padecieron si no con igual terror, con verdadera aprensión y recelo la amenaza de otros procesos patológicos que ponían en peligro su salud y sus vidas.

En efecto, "el setecientos carece de enfermedades espectaculares", ² pero se intensificaron y aumentaron otras que parecían permanecer aletargadas. Nuestro interés y nuestro objetivo se centra precisa y modestamente en llenar el vacío al que reiteradamente hemos aludido. Nos conviene saber en primer lugar qué enfermedades frecuentaban los hogares onubenses a fines del siglo XVIII y qué influencia pudieron ejercer en el movimiento demográfico de los mismos.

Pero antes de entrar en detalles debemos puntualizar que no es posible desligar de los aspectos patológicos, la sanidad, la higiene, la terapéutica, el sistema asistencial y hospitalario y la actuación de los grupos profesionales que ejercieron la medicina durante la segunda mitad del siglo XVIII en nuestros pueblos.

1. PESET, J.L. y M. "Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen", en *Estudios de Historia Social*, núm. 4, 1978, Enero-Marzo, pág. 7.

2. *Ibidem*.

Entre otras razones porque todos estos aspectos tienden a conjugarse en el tiempo y en el espacio indefectible e indisolublemente.

A las preguntas sobre las enfermedades comunes se añaden pues otras muchas: ¿existían diferencias en los cuadros patológicos habituales de las sierras y de las llanuras, de la campiña y del litoral?. Qué terapéutica se practicaba en unas y otras comarcas?. ¿En qué condiciones higiénicas vivían los hombres?. ¿En qué estado de desarrollo se encontraba la medicina domiciliaria?. Y en fin, ¿qué funciones cumplía la red hospitalaria?.³

1. Las enfermedades habituales.

Por lo que respecta a las enfermedades, verdaderos agentes de la mortalidad normal y de crisis, ya realizó Pérez Moreda una tipología de las más características y comunes en la España del Antiguo Régimen.⁴

Desaparecidas las pestes, se mantuvieron sin embargo durante el siglo XVIII enfermedades como la viruela, el garrotillo, el tifus exantemático, la gripe, el sarampión, etc.; y aumentaron o se extendieron e intensificaron las fiebres de todo tipo.⁵ Con independencia de los cuadros patológicos enumerados por Moreda, nuestro interés se centra en presentar la distribución comarcal de las enfermedades y remedios más comunes en los pueblos de Huelva según las relaciones enviadas por los párrocos a don Tomás López.⁶ En síntesis, ésta es la reconstrucción del contenido de las respuestas que los párrocos elaboraron orientados posiblemente por los médicos locales:

Distribución comarcal de las enfermedades y remedios más comunes en los pueblos de Huelva a finales del XVIII

Fuente: Respuestas de los párrocos al interrogatorio geohistórico de Don Tomás López (Biblioteca Nacional, manuscritos 7301, 7306 y 20253).

-
3. En una de las preguntas del interrogatorio enviado a los párrocos por don Tomás López se pedía concretamente una relación de las enfermedades más comunes y un catálogo de los remedios practicados contra ellas por los médicos locales. Además de la información procedente de las cartas, en el artículo 30 de las Respuestas Generales del Catastro los peritos de los pueblos debían responder acerca de la existencia de hospitales, sus rentas, sus administradores y sus fines. Una y otra documentación han posibilitado conocer estos aspectos tan desconocidos de nuestra historia.
 4. PEREZ MOREDA, V. *Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX)*. Madrid, Siglo XXI, 1980 (1ª ed.), págs. 68-77.
 5. Los hermanos PESET no han dudado en definir el siglo XVIII como el siglo de las fiebres: op. cit., pág. 15.
 6. Siguiendo criterios geográficos y económicos (orientaciones productivas) hemos dividido la provincia de Huelva en tres comarcas: la Sierra al Norte, el Andévalo en el centro y la Tierra llana (costa más campiña) al Sur.

Municipios y Comarcas.

Enfermedades habituales

Remedios

Fecha carta.

LA SIERRA

Alájar (s.f)

Dolores de costado (por los furiosos vientos occidentales).

Sangrías y refrescos.

Almonaster (1788)

Epidemias generales cuando el Reino las padece; las comunes son tercianas y cuartanas.

Se curan con limonadas o refrescos, purgas, sangrías y quina.

Cala (1788)

Tercianas, cuartanas, dolores de costado y tabardillos.

Quina, refrescos y sangrías.

Castaño del Robledo (1795)

En primavera algunas inflamaciones del pecho.

Método antiflogístico, sangrías y conocimiento pectoral.

En otoño e invierno calenturas lentas nerviosas

Con quina obedece bien.

Cortelazor (s. f.)

Tercianas, tabardillos, dolores de costado.

Quina.

Encinasola (1788)

Dolores pleuríticos, tabardillos, calenturas malignas. Tercianas en verano.

Galaroza (1787)

Tabardillos, dolores pleuríticos, tercianas. En 1786 plaga de tercianas perniciosas.

Plantas medicinales: centaurea, escorcioneras, celidonia, agui-
monia.

Puerto Moral (s. f.)

Muchas tercianas en verano de las que mueren la mayor parte de los vecinos; dolores de costado.

Santa Olalla (1785)

Tercianas en verano, dolores de costado y tabardillos en invierno.

Sangrías y cardiales.

Enfermedades del estómago "a causa de la crudeza de sus aguas".

Medicamentos anti-flatulentes, no los curan de raíz, sólo se consigue alguna mejoría. Hay aguas jerrumbrosas para las obstrucciones y humores gruesos.

Comarca
EL ANDÉVALO

Alosno (1787)

Las inflamatorias como pleuresías, pulmonías. . . Dolores de costado.

Sangrías en abundancia, emulsiones tibias o frías nitradas, líquidos o no, diluentes y refrigerantes. Vexicantes. Unturas emolientes. Sales fabrífugas. Diaforéticos blandos. Jarabe pectoral.

Es endémico el carbunco benigno y maligno.

Carbunco benigno: método antiflogístico y cataplasmas emolientes. Carbunco maligno: diluentes y sangrías del tumor.

En primavera, tercianas y fiebres intermitentes. A partir de julio algunas perniciosas y biliosas con vómitos, ansiedades y síncope. Las de otoño son muy rebeldes.

Emplasto magnético arsenical. Refrescos, lavativas y cuina en las tercianas.

El Almendro (1786)

Tercianas. Tinnuela en las mujeres paridas en los pechos.

Quina. Emplastos de malvalisco y malvas.

Ayamonte (1795)

Muy pocas tercianas y algún raro tabardillo.

Refrescos y quina.

**Puebla de Guzmán
(1786)**

Tercianas, algunos carbuncos muy peligrosos y difíciles de curar.

San Silvestre (1795)

Tercianas y tabardillos mortíferos.

Villablanca (1795)

Tercianas.

Purgas y sangrías.
Ultimamente con quina.

Campofrío (s. f.)

Dolores de costado y cólicos a causa de los fríos del norte.

Epidemia de viruela.

Hay aguas medicinales para las obstrucciones.

Catálogo de hierbas:
Rubia, Onalda, Trébol, Apio, Brusco, Beleño, Poliponia, Donadilla, Peonia, Agrimonia, Centaura menor, Ajenjo, Mejorana, Artemisa . . .

Valverde (1785)

Enfermedades catarrales, tercianas y algunos tabardillos.

"Según se les antoja al médico".

Comarca

TIERRA LLANA

Cartaya (1787)

Tercianas.

Quina.

Gibraleón (1787)

Tercianas.
Dolores de costado

Purgas y quina.
Sangrías y bebidas pectorales.

Tabardillos.
Cuartanas y pulmonías pocas.

Sangrías y refrescos.

Lepe (1795)

Tercianas en otoño

Purgas, sangrías y quina.

Tabardillos en primavera.

Sangrías y refrescos.

Redondela (s. f.)	En verano, tercianas y cuartanas y en todos los tiempos, calenturas ardientes de toda especie que algunas acometen con dolores de costado y algunas degeneran en pulmonía.	
Beas (1786)	Tercianas, ya dobles, ya sencillas, cuartanas, tabardillos, dolores de costado, pulmonías, dolores reumáticos, algunas erisipelas y aires perláticos muy pocos.	Fuente de los Vevederos (sic) para los que padecen dolores nefríticos o la piedra.
Bollullos (1785)	Tercianas. Tabardillos y dolores de costado.	Quina. Refrescos y sangrías.
Bonares (s. f.)	Tercianas.	Quina.
Paterna (s. f.)	Enfermedades estacionales o comunes.	
Trigueros (1786)	Enfermedades comunes, sólo algunas tercianas, tabardillos.	Quina y medicamentos refrigerantes. Hay pozos de aguas medicinales, enfermos inapetentes.
Villalba del Alcor (1786)	No hay enfermedades que acometan particularmente.	
Villarrasa (s.f.)	Tabardillos, dolores de costado, tercianas.	
Almonte (1785)	Algunas tercianas.	Quina.
Hinojos (s. f.)	Tercianas, tabardillos, dolores de costado.	
Palos (s.f.)	Pueblo saludable y sólo se padecen las enfermedades estacionales.	

La lectura detenida de esta memoria nos lleva a pensar que los párrocos no mencionaron en sus cartas todas y cada una de las enfermedades, ni realizaron una relación exhaustiva de los medios terapéuticos empleados por los médicos en sus pueblos. Posiblemente se limitaron a enumerar no sólo la patología local más común, sino de una manera especial la que causaba mayor mortalidad. A través de esta fuente pueden, pues, deducirse las causas de la muerte más frecuentes a finales del Antiguo Régimen, campo de investigación que todavía aparece desierto en nuestra historiografía.

Por otra parte, si una enfermedad concreta no aparece citada más que en una o dos localidades eso no quiere decir que no pudiera generalizarse a otros lugares y comarcas; porque exceptuadas algunas de carácter profesional o vinculadas a regímenes climatológicos o a condiciones sociales y económicas peculiares, en general casi todas ellas afectaron -si bien con desigual intensidad- a todos los hombres.

Antes de pasar al examen de la distribución geográfica de cada una de las enfermedades y de las medidas terapéuticas que aparecen en la relación anterior hemos de hacer hincapié en el hecho de que, por lo que respecta a los cuadros patológicos, la utilización por los párrocos de un léxico científico no siempre coincidente con el actual puede conducirnos a la hora del análisis de ciertas patologías a caracterizar un padecimiento del pasado con nociones y términos científicos del presente. Para salvar este obstáculo la definición y la localización conceptual de la enfermedad gracias a su sintomatología es el único camino posible para averiguar la coincidencia entre denominaciones actuales y pasadas, aunque no por eso el método sea totalmente correcto o al menos el más adecuado.

a) Condiciones higiénicas y enfermedades infecto-contagiosas: el paludismo.

La enfermedad infecto-contagiosa más dominante de todas cuantas se incluían en las listas de los párrocos fue el paludismo, no vinculado especialmente a ninguna comarca o municipio y denominado bajo diferentes nombres: "tercias", "cuartanas", "fiebres intermitentes" y "calenturas malignas".

A pesar de generalizarse a casi todos los puntos de la provincia, la presencia más acentuada se observa, sin embargo, en la Tierra Llana, donde el clima conjugado con los terrenos marismes-pantanosos y de campiña dio lugar a un desarrollo muy activo del anófeles transmisor de la enfermedad. ⁷ Braudel señalaba en este sentido que "nos encontramos en realidad ante una verdadera enfermedad del medio geográfico", ⁸ una enfermedad ecológica.

En la Tierra Llana onubense, precisamente por su morfología, la enfermedad debió adquirir caracteres endémicos. ⁹ Porque así como "las zonas montañosas son zonas donde los arroyos se despeñan, en cambio las planicies son casi siem-

7. Véase figura 1.

8. BRAUDEL, F. *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*. México, 1953, tomo I, pág. 80.

9. *Ibidem*, págs. 78-80.

GEOGRAFÍA DE TERCIANAS Y CUARTANAS t.s. XVIII



FUENTE: B.M. Relaciones manuscritas dirigidas por los párrocos a don Tomás López
Elaboración propia

pre colectoras de aguas..." Las fiebres palúdicas han sido siempre por esta razón un auténtico azote de las llanuras sobre todo durante la estación cálida. ¹⁰

No hay que olvidar tampoco que si las condiciones ecológicas favorecieron en muchos casos el desarrollo de la enfermedad, las condiciones higiénicas de la población coadyuvaron en gran medida a la aparición de las epidemias. A este respecto Sánchez Lora afirma que "la suciedad y falta general de limpieza es casi un factor estructural en la vida cotidiana del Antiguo Régimen... y que indudablemente hemos de colocar en un lugar destacado entre las causas desencadenantes de las frecuentes puntas de mortalidad". ¹¹

Un repaso a las actas capitulares de los pueblos nos confirmaría con toda seguridad este problema del que se lamentaban constantemente las autoridades municipales. En Ayamonte se decía en 1756 que "las calles de esta población se hallan por lo general muy inmundas.. a lo que hay que sumar las lluvias de otoño, basuras, aguas y escombros que salen a las calles por diferentes caños de las casas". ¹² El campo de cultivo del anófeles inmediato a las viviendas constituía así una amenaza permanente, cíclica y estacional. La falta general de higiene, pública y privada, era en sí misma un factor de crisis. A pesar de todos los riesgos que ello suponía los pueblos debieron hacer oídos sordos a las quejas municipales, porque las referencias a la limpieza pública continuaron durante todo lo que restaba de siglo.

Muy avanzado el siglo XIX se contemplaba en muchos pueblos la falta de conciencia sobre la importancia de la higiene para la salud. En efecto, pocos años después de constituirse en capital de provincia, las calles y plazas de Huelva estaban "sucias y descuidadas, lóbregas, de mal piso". ¹³ En Escacena y Aroche el panorama era muy similar ¹⁴ y en una de las villas más acosadas por el paludismo, Almonte, las calles se hallaban sucias la mayor parte del año, sin empedrar, saliendo "a ellas los caños por los cuales vierten de las casas las aguas inmundas". ¹⁵

La calidad de las aguas que consumían los habitantes de muchos pueblos dejaba también mucho que desear y no debe desligarse este hecho de la aparición de otras enfermedades infecto contagiosas. Un cronista onubense de mediados del siglo XVIII refiriéndose a Huelva decía que la villa

"padece la escasez de agua dulce y potable y súplese esta falta en años secos con algunos pozos dulces". ¹⁶

10. Fueron las zonas arroceras de Valencia las que quizás con mayor virulencia sufrieron las acometidas del paludismo. Vid. PESET, J.L. y M. op. cit., pág. 16.

11. SANCHEZ LORA, J.L., *Demografía y análisis histórico. Ayamonte 1600-1860*. Tesis de Licenciatura inédita, Sevilla, 1980, pág. 380.

12. Ibidem.

13. MADDOZ, P., *Diccionario geográfico, estadístico e histórico de España y sus posesiones de Ultramar*. Madrid, 1847.

14. Ibidem, tomo VII, voz Escacena y Aroche.

15. Ibidem.

16. MORA NEGRO Y GARROCHO, J.A. de, *Huelva Ilustrada. Breve historia de la antigua y noble villa de Huelva*. Sevilla, 1762, p. 48

Las fuentes públicas de algunos pueblos debieron ser escasas y a veces su uso se compartía con los animales. Unicamente la construcción de abrevaderos debió tal vez poner fin al peligro que suponía tal convivencia aunque las medidas, al parecer, no se ejecutaron hasta bien entrado el siglo XIX.¹⁷

En estas condiciones era lógico que el área en cuestión (las marismas del sur) fuese durante siglos y hasta hace bien pocos años un foco prácticamente endémico y epidémico de paludismo. En efecto, aun en el año epidémico 1956-1957 Huelva ocupaba uno de los primeros lugares en la lista de provincias palúdicas junto a Cádiz, Cáceres y Badajoz.¹⁸

Volviendo a la época que tratamos, el paludismo pareció aumentar en la Península entre 1760 y 1786.¹⁹ La epidemia de tercianas que se produjo concretamente en el último año citado revistió caracteres dramáticos sobre todo en Castilla y Andalucía.²⁰ La Intendencia de Sevilla declaraba al respecto que se habían producido en el reino hispalense casi veinticinco mil muertos y que el número de enfermos se acercaba a los trescientos mil.²¹ Por carecer de noticias no sabemos el alcance puntual de dicha epidemia en la provincia de Huelva, aunque sin duda, como veremos, muchos pueblos fueron tocados por el mal.

El índice de mortalidad provocado por la enfermedad -no sólo durante estos años sino a lo largo del Antiguo Régimen- debió ser muy elevado en pueblos muy concretos de la geografía provincial, a pesar de que las fuentes no son muy explícitas al respecto. En la aldea de Puerto Moral, próxima a Aracena, morían "la mayor parte de los vecinos" a causa de la aparición de "muchas tercianas en verano".²² En Alosno, mientras que en primavera las tercianas y las fiebres intermitentes no solían agudizarse, a partir de julio y sobre todo en el comienzo del otoño eran "muy rebeldes".²³

Además de los lugares ya citados, el brote epidémico de 1784-1786 alcanzó a Galaroza²⁴ y a gran parte del condado de Niebla.²⁵ En la primera de las villas citadas murieron en 1786 once personas adultas y doce párvulos, pocos a juicio del párroco en relación con "la plaga de tercianas perniciosas que hubo y la mucha gente que murió en los lugares comarcanos".²⁶ Aquí la referencia es muy explí-

17. Necesitamos un estudio extenso sobre la higiene pública en el Antiguo Régimen y aunque las fuentes documentales parecen estar dispersas, una reconstrucción de la información del Diccionario de Pascual MADDOZ junto a la consulta de las actas capitulares de los ayuntamientos nos daría una imagen muy aproximada de este capítulo tan interesante de nuestra historia.

18. PEDRO-PONS, A. *Patología y Clínica médicas*, tomo IV, Salvat Editores, Barcelona, 1973, pág.

19. PESET, J.L. y M. op. cit., pág. 16.

20. PEREZ MOREDA, V. *Las crisis de mortalidad...*, op. cit. pág. 342.

21. Ibidem.

22. B.N. mss. 7301.

23. B.N. mss. 7301.

24. B.N. mss. 7301. Relación del párroco de Galaroza.

25. A.D.M.S. Legajo 1242.

26. B.N. mss. 7301. Relación del párroco de Galaroza.

cita y sin olvidar que la descripción peca quizás de cierto optimismo, el radio de acción de la epidemia fue muy amplio. Tanto es así que en la villa sureña de Gibraltón, mientras que la mortalidad normal alcanzaba a sesenta y cinco personas anualmente, en 1786 la cifra ascendió, sin embargo, a ciento seis.²⁷

b) Tabardillos, carbuncos y dolores de costado.

Eran los tabardillos, carbuncos y dolores de costado, a renglón seguido del paludismo, las formas y los tipos de enfermedad que con tanta asiduidad como daño llevaron de la mano la muerte a muchas de las poblaciones de nuestras comarcas, aunque en algunos casos con desigual intensidad.

El tabardillo, denominación por la cual se conoce también el tifus de tipo exantemático, era también como el paludismo una enfermedad infecto-contagiosa que a finales del siglo XVIII estaba bastante extendida en el sur de nuestra provincia.²⁸ De forma semejante a las tercianas y cuartanas, la enfermedad estaba muy relacionada tanto con el nivel higiénico de la población al que ya hemos aludido, como, y sobre todo, con su estado alimenticio. Precisamente la Tierra Llana careció durante todo el Antiguo Régimen de una infraestructura adecuada para el abastecimiento y la provisión de cereales, y no es extraño que el hambre asolará con una periodicidad trágica estos lugares estructuralmente deficitarios desde un punto de vista productivo, como en su momento vimos²⁹.

En un resumen de las principales crisis registradas en Ayamonte entre 1600 y 1860, Sánchez Lora ha puesto de manifiesto que la presencia del hambre y las enfermedades constituyó una grave constante que influyó decisivamente en el desarrollo demográfico de la ciudad fronteriza. En la segunda mitad del XVIII se contabilizaron deficiencias de aprovisionamiento, hambre y enfermedad subsiguientes en los años 1752, 1754, 1757-1762, 1774, 1775, 1785-1788 y 1793. La frecuencia no puede ser más espectacular.³⁰

La influencia del tabardillo en la mortalidad no fue sin embargo y según las descripciones que poseemos tan decisiva. En Ayamonte precisamente, el cura que envió su relación en 1795 habla de que las enfermedades eran muy pocas: "tercianas y algún tabardillo".³¹ En Valverde se precisaba que sólo padecían, además de catarros y tercianas, "algunos tabardillos";³² y únicamente en la expresiva relación del párroco de San Silvestre se anotaba que los tabardillos son "mortíferos",³³ pero en cambio no nos dice nada acerca de su frecuencia.

27. Ibidem. Relación del párroco de Gibraltón.

28. Véase figura 2.

29. Véase NUÑEZ ROLDAN, Francisco: *En los confines del Reino. Huelva y su Tierra en el siglo XVIII*. Sevilla. Publicaciones de la Universidad, 1987.

30. SÁNCHEZ LORA, J.L., op. cit.

31. B.N. Mss. 7301.

32. B.N. mss. 20263. Relación del párroco de Valverde.

33. B.N. mss. 7301.

GEOGRAFÍA DE LOS TABARDILLOS



FUENTE: B.M. Relaciones manuscritas dirigidas por los párrocos a don Tomás López
Elaboración propia

A los tabardillos, raros en el norte y en el Andévalo, le siguen, aunque dispersos geográficamente, los llamados "dolores de costado", enfermedad sistémica, denominada también pleuresía y semejante por sus síntomas a las pulmonías. Los párrocos coincidieron casi todos en relacionarla con las condiciones climáticas y con las estaciones. Se trataría, pues, de una enfermedad de sierras, de épocas frías, en clara dependencia según los párrocos con el régimen de vientos y con la orientación geográfica de los pueblos. De este modo el cura de Alájar expresaba gráficamente que los dolores de costado se producían a causa de "los furiosos vientos occidentales", ³⁴ y en la aldea de Campofrío la enfermedad tenía su origen en "*los aires fríos del Norte a que está expuesta la villa*". ³⁵

Y si los dolores de costado presentan en el mapa una relativa difusión, el carbunco aparece en cambio concentrado en un área concreta: ³⁷ el Andévalo occidental (Alosno, Almendro y Puebla de Guzmán). Llamado así por el color carbón de la lesión fundamental o pústula maligna, la enfermedad fue denominada por los griegos en términos científicos como *ántrax maligno*. ³⁸ Se trata de una enfermedad infecciosa enzoótica difusamente extendida entre los corderos, cabras y vacas, producida por el bacillus *anthracis* y propagada accidentalmente al hombre en el que determina, según cual sea el origen de la infección:

a) Una pústula cutánea o edema maligno cuando el contagio es transcutáneo. Esta parece ser la forma sintomatológica que aparece descrita por el cura de Alosno, lugar en donde "*son endémicos los carbuncos y de ellos hay muchos malignos que suele quitar la vida prontamente*". ³⁹

b) La neumonía carbuncosa hemorrágica difusa, cuando el contagio se produce por inhalación.

c) La enteritis carbuncosa gravísima, cuando el contagio es por deglución.

En el hombre la forma más frecuente es la primera y afecta sobre todo a los sujetos relacionados con ovejas, cabras o vacas enfermas: pastores, vaqueros, matarifes, curtidores de pieles, cardadores y por extensión a labradores. Y en fin, la letalidad provocada por la enfermedad era y es muy alta como parece desprenderse de las noticias que sobre la carbuncosis externa nos ofrecía el párroco de Alosno.

En cualquier caso, lo que más nos interesa destacar es la relación de la enfermedad con una actividad económica, con unas determinadas profesiones y ocupaciones. En este sentido, cuando aludíamos a su concentración geográfica queríamos ver en ello la relación que se producía entre el carbunco y el predominio ganadero de una zona tan característica por esta peculiar forma de vida como el

34. B.N. mss. 7301.

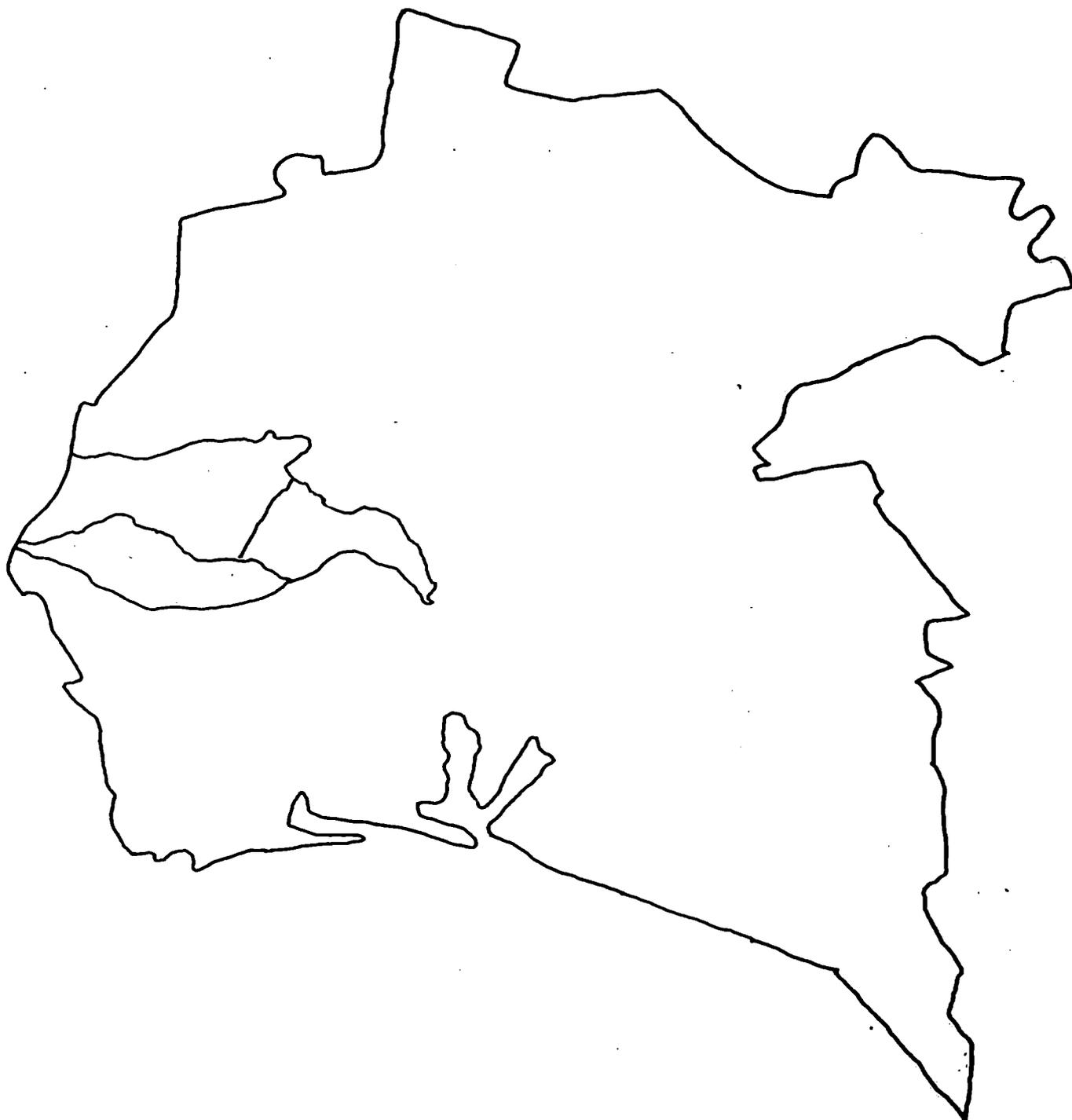
35. Ibidem. Relación del párroco de Campofrío.

37. Véase figura 3

38. Para la descripción científica hemos seguido las indicaciones del manual de A. PEDRO-PONS, op. cit.

39. B.N. mss. 7301. Relación del párroco de Alosno.

GEOGRAFÍA DE CARBUNCO



FUENTE: B.M. Relaciones manuscritas dirigidas por los párrocos a don Tomás López
Elaboración propia

Andévalo. Es esta circunstancia, su naturaleza endémica y su presencia en puntos muy determinados de nuestra geografía lo que distingue a esta enfermedad de las demás, aunque tal vez la mortalidad que producía en comparación con el resto de las patologías no era tan elevada ni afectaba en el mismo grado al desarrollo demográfico.

El resto de las enfermedades recogidas en el cuadro presenta en el mapa una difusión geográfica escasa, seguramente porque los párrocos no les dieron la importancia que tenían y no las incluyeron en sus cartas en razón a que su frecuencia no era constante, o porque su letalidad no era tan singular como en las que anteriormente hemos descrito.

Cabe sin embargo hacer una mención a las fiebres intermitentes. En realidad la fiebre es un síntoma más que una enfermedad propiamente dicha, síntoma de infección general. Las intermitentes son un tipo más de fiebre infecciosa caracterizado porque se presenta por períodos de horas o días en los cuales se intercalan altas temperaturas y fases de completa ausencia de la fiebre.

Los párrocos en sus informaciones definieron a enfermedades desconocidas con el nombre de uno de sus síntomas. Por ello sería muy difícil concretar a qué tipo de patología se referían.

2. Terapéutica y asistencia sanitaria.

Aunque "al fin todos mueren como hijos de Adán" según declaraba sentenciosamente el párroco de Alájar en su carta a don Tomás López,⁴⁰ algunos individuos antes de que les llegara ese momento habían superado los diversos y dolorosos padecimientos cotidianos merced a los progresos de la ciencia, a los remedios curativos caseros o en circunstancias extremas curándose "con la gracia de Dios, pues no hay médico ni botica", como era el caso lamentable de los habitantes del pueblo sevillano de Espartinas.⁴¹

Sin olvidar los casos de aislamiento que como el citado se produjeron en la provincia, la actividad terapéutica y la asistencia al enfermo en la Huelva de la segunda mitad del siglo XVIII se canalizaba a través tanto de un grupo específico de profesionales: médicos, cirujanos, boticarios, sangradores, como de las instituciones sanitarias, hospitales y casas de socorro en su más amplio sentido. Y en esta doble vertiente debemos incluir un elemento que constituye el eje de la práctica sanitaria: la farmacopea o los medios terapéuticos empleados por los citados profesionales. La lista que recogieron los párrocos onubenses, orientados posiblemente por aquéllos como ya dijimos, serían sin duda los que éstos en el momento de la redacción de los informes aconsejaban a sus enfermos y por ello la lista constituye una fuente fundamental para conocer la farmacopea utilizada en el mundo rural en las fechas que tratamos, en tanto en cuanto se

40. B.N. mss. 7301.

41. B.N. mss. 7306.

supone que se trata de auténticos recetarios que de no ser por la preocupación del geógrafo real difícilmente hubiesen llegado a nuestras manos.

A la hora de analizar éste y otros puntos convendría no olvidar tampoco la mayor o menor importancia de la figura del médico, del boticario y del cirujano en la sociedad rural puesto que al fin y al cabo de ellos dependía la salud de los enfermos. Si la farmacopea utilizada en cada uno de los pueblos se remitía a la costumbre y a la tradición oral, eso nos revelará que posiblemente nos encontremos ante profesionales de la medicina y la cirugía cuyos conocimientos científicos no iban más allá del curanderismo o que todo lo más estaban adocenados y no recibían la información sobre nuevas prácticas terapéuticas. Si por el contrario aparecen en la relación de los remedios huellas de un cierto cambio en la farmacopea tradicional, ello querrá decir que al mundo rural, a las consultas de médicos y a los rudimentarios laboratorios, todo lo más herbolarios, de los boticarios llegaron las innovaciones y el progreso que caracterizó a esta época, por muy precoz que fuese. No se olvide, pues, esta relación médicos, boticarios, y terapéutica porque su resultado nos deparará la conclusión final sobre la asistencia sanitaria del período.

Volviendo al comienzo del relato, la tarea que nos proponemos, sin perder de vista el objetivo fundamental -la incidencia que sobre el desarrollo demográfico de los pueblos tuvieron los factores sociales y económicos-, atiende a dos cuestiones:

- a) ¿En qué nivel asistencial primario se hallaba el mundo rural onubense de la segunda mitad del XVIII?
- b) ¿Cómo organizaron los hombres, colectivamente, su propia resistencia a la enfermedad, al dolor y a la indigencia que éste y aquélla provocaban?. ¿Cómo se enfrentaron no ya sólo a la muerte sino a los riesgos que comportaba la existencia?

a) La medicina primaria.

Para considerar el grado de asistencia primaria o domiciliaria con cierto rigor habría que atender a los siguientes apartados:

- 1.- El conocimiento de la geografía sanitaria provincial, esto es, el número de los facultativos y su distribución geográfica.
- 2.- La formación científica de los facultativos y el grado de confianza que generaban.
- 3.- El examen de las prácticas y los medios terapéuticos que aquéllos empleaban.

a.1.- La geografía sanitaria.

Los párrocos de San Silvestre y de Cortelazor declaraban en su informe que sus pueblos carecían de médicos y de boticas, aunque el primero acudía al facultativo de Villablanca y al segundo unas veces el de Aracena y en otras ocasiones

el de Galaroza.⁴² Sin constituir casos exclusivos, en realidad la lamentable situación de estos dos pueblos hacia 1786 es un claro exponente de lo que sucedía en sus propias comarcas por esas fechas.

En efecto, en 1752, según los datos del artículo 32 de las Respuestas Generales del Catastro, nos encontramos con un gran número de poblaciones que no contaban ni con asistencia médica domiciliaria ni con boticario. La Tierra Llana constituía la única excepción en este sentido pues de un total de veintisiete pueblos que componían su territorio tan sólo tres sufrían esta deficiencia: Palos, Aljaraque y Redondela. Por el contrario tanto en la Sierra como en el Andévalo debió ser problemática la contratación de un médico y un boticario por parte de ayuntamientos pobres sin medios económicos para abonar y subvencionar la labor de estos facultativos, y sin apenas recursos humanos.

El número de habitantes de estos pueblos era escasisimo, las dimensiones de sus territorios reducidas y el presupuesto municipal, o lo que es lo mismo, la capacidad de sus Propios y Comunes para poder atender al socorro inmediato de los vecinos era si no nula, mínima. Todo lo más aparecen contratados para estos menesteres sanitarios personas sin cualificación adecuada: los sangradores y barberos.

Que de un mayor o menor presupuesto municipal dependía la asistencia médica domiciliaria ya tenían conciencia algunos ilustrados de la época. El conde de Cabarrús, que prefería este tipo de asistencia a la colectiva u hospitalaria, ya lo indicaba en una de sus cartas al aconsejar que "cada pueblo que pueda sufrarlo... tenga médico, cirujano, botica...", quedando sólo al cuidado de los hospitales los individuos más marginados, la curación de las enfermedades contagiosas o "las operaciones extraordinarias".⁴³

Es lógico de este modo pensar que los médicos titulados renunciaran a residir en pueblos pequeños, de clientelas pobres y con ayuntamientos sin recursos económicos. No era una razón de prestigio o de simple aislamiento lo que les empujaba a tomar esta actitud, sino más bien una cuestión de intereses y también de perspectivas profesionales. A la hora de elegir era obvio que se prefería trabajar en pueblos cuyos ayuntamientos ponían a su disposición una casa y un salario por corto que fuese como subvención, cuya contrapartida consistía en curar de balde a los enfermos pobres, a residir en pueblos donde las condiciones de vida eran muy precarias. Si la asistencia hospitalaria tenía una finalidad esencialmente benéfica como veremos, los ayuntamientos desarrollaron esta labor añadiendo a ella la asistencia sanitaria, tan escasamente ofrecida por aquellas instituciones.

42. B.N. mss. 7301.

43. CABARRUS, Conde de: *Cartas sobre los obstáculos que la Naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública*. Edición de 1820. Estudio preliminar de J.A. MARAVALL, Madrid, 1973. Carta I, págs. 99 y 100.

CUADRO 2
RELACIÓN ENTRE EL VALOR DE LOS PROPIOS Y NÚMERO DE HABITANTES

<u>Municipios</u>	<u>Habitantes en 1768</u>	<u>Valor anual de los Propios en rs.</u>
Aljaraque	340	320
Berrocal	369	Sin propios
Cabezas Rubias	1026	2304
Cala	513	2056
Castaño	772	Sin propios
Cortelazor	513	Sin propios
Cruces, V ^a de las	202	4645
Cumbres de Enm ^o	70	4286
Cumbres de S. Bartolomé	448	99
Fuenteheridos	589	Sin propios
El Granado	581	Sin propios
Hinojales	294	Sin propios
Jabugo	723	Sin propios
La Nava	224	550
Palos	511	Sin propios
Redondela	424	101
San Bartolomé	807	Sin propios
Sanlúcar de Gadiana	671	Sin propios
San Silvestre	757	Sin propios
Santa Ana	457	Sin propios
Santa Bárbara	795	2536

El problema de la asistencia médica domiciliaria no acaba, sin embargo, en el comentario de los pueblos que no la recibían. Conviene asimismo considerar si la relación habitantes/personal sanitario era la adecuada en aquellos lugares donde de una manera efectiva se desarrollaba; en qué nivel se hallaba y qué diferencias existían entre una y otras.

Para el conde de Cabarrús, a quien ya hemos acudido para situar en su contexto histórico este asunto, una asistencia sanitaria coherente y efectiva estaría estrechamente relacionada con la distribución racional de los recursos sanitarios; en palabras suyas: "...siempre que los facultativos estén distribuidos con la debida proporción".⁴⁴ En este sentido, excluyendo a sangradores, barberos y barberos-cirujanos, el personal sanitario propiamente dicho constituido por médico y boticarios, estaba repartido con respecto a la población de una manera desigual.

Tomando los datos de población del censo de Aranda y la cuantificación del grupo profesional incluida en la respuesta al artículo 32 de las Respuestas Generales del Catastro hemos elaborado un mapa de densidad del servicio sani-

44. Ibidem, pág. 99.

tario. ⁴⁵ La media provincial resultante da 2.137 habitantes por médico, proporción regular si se tiene en cuenta que en la actualidad en Andalucía la media de habitantes por médico es de 622. ⁴⁶

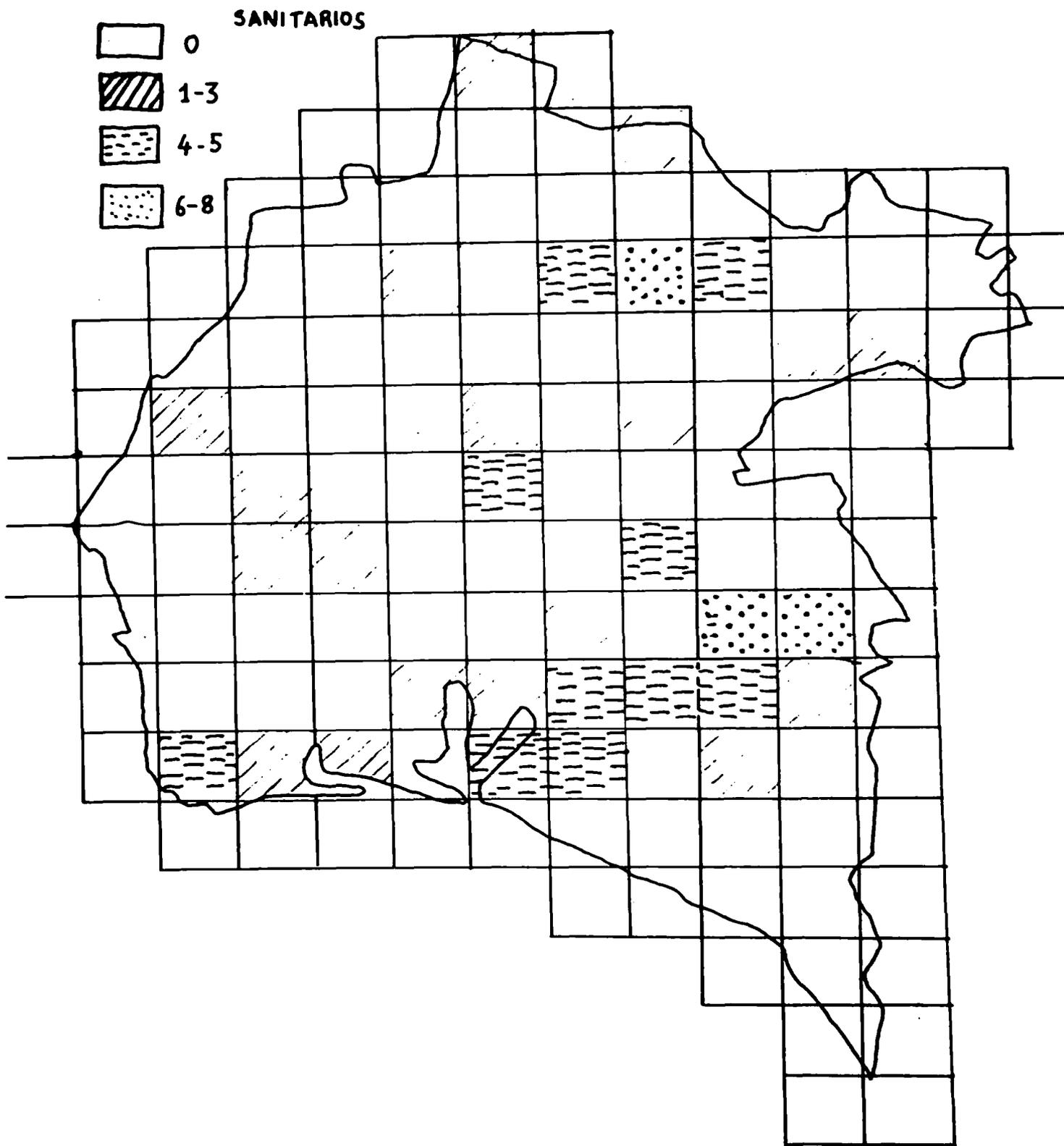
LEYENDA CUADRO FIGURA 5

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Alájar | 34. Higuera |
| 2. Aljaraque | 35. Hinojales |
| 3. Almendro | 36. Hinojos |
| 4. Almonaster | 37. Huelva |
| 5. Almonte | 38. Jabugo |
| 6. Alosno | 39. Lepe |
| 7. Aracena | 40. Lucena |
| 8. Aroche | 41. Manzanilla |
| 9. Ayamonte | 42. Moguer |
| 10. Beas | 43. Nava, La |
| 11. Berrocal | 44. Niebla |
| 12. Bollullos | 45. Palma, La |
| 13. Bonares | 46. Palos |
| 14. Cabezas Rubias | 47. Paterna |
| 15. Cala | 48. Paymogo |
| 16. Calañas | 49. Puebla de Guzmán |
| 17. Cartaya | 50. Redondela |
| 18. Castaño | 51. Rociana |
| 19. Castillejos, Vª de | 52. San Bartolomé |
| 20. Cerro, El | 53. San Juan del Puerto |
| 21. Cortegana | 54. Sanlúcar de Guadiana |
| 22. Cortelazor | 55. San Silvestre |
| 23. Cruces, Vª de | 56. Santa Ana |
| 24. Cumbres de Enmedio | 57. Santa Bárbara |
| 25. Cumbres Mayores | 58. Santa Olalla |
| 26. Cumbres de S. Bartolomé | 59. Trigueros |
| 27. Chucena | 60. Valverde del Camino |
| 28. Encinasola | 61. Villalba |
| 29. Escacena | 62. Villablanca |

45. Véase figura 4.

46. Damos esta cifra a título meramente indicativo, teniendo presente las diferencias que separan el estado sanitario actual con el del Antiguo Régimen.

MAPA DE ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA



FUENTE: AGS. DGR. Respuestas generales art. 32

Elaboración propia

- 30. Fuenteheridos
- 31. Galaroza
- 32. Gibraleón
- 33. Granada, El

- 63. Villarrasa
 - 64. Zalamea
 - 65. Zufre
-

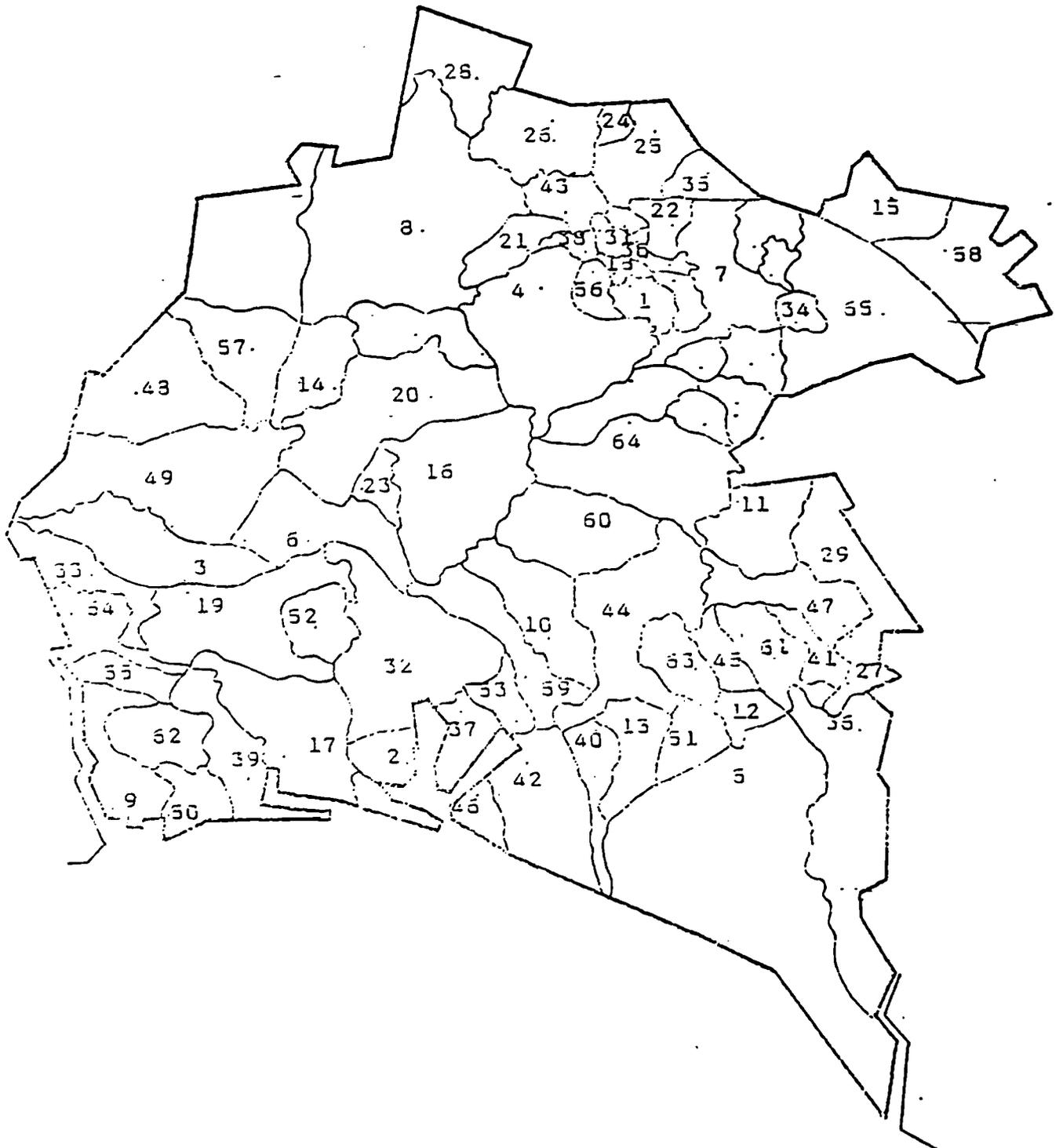
La construcción de una cartografía cuadriculada como la que presentamos obedece a una razón esencial: la regularización del espacio eliminando los límites convencionales de los términos municipales. El efecto que se consigue con ello es la presentación de espacios desiertos y espacios habitados, necesarios para analizar la ausencia o la presencia real del servicio sanitario, de una manera global. Porque debe tenerse en cuenta que al encontrarnos en una área de poblamiento concentrado ⁴⁷ los facultativos residían y desempeñaban su labor en núcleos de población en sentido estricto. La mayor o menor concentración de éstos en una cuadrícula dará por consiguiente una mayor o menor intensidad de la densidad de asistencia o de la presencia de facultativos, independientemente de la extensión y de la morfología de los términos municipales.

Las conclusiones que de inmediato se extraen de la lectura del mapa podrían resumirse diciendo que "la debida proporción" que exigía el conde de Cabarrús no se producía en nuestra provincia. En efecto, excepto la comarca de la Tierra Llana que contempla una regular presencia de facultativos, en el resto de la provincia los desiertos sanitarios son manifiestos. En cualquier caso se pueden observar cuatro focos de asistencia: la campiña del Condado, Ayamonte, Arcena y en menor grado Calañas, que irradian su actividad de mayor a menor intensidad a medida que nos alejamos de ellos, de tal forma que esquemáticamente podría hablarse de la existencia de un gran desierto sanitario (más tarde confirmado por la carencia de hospitales) que se extendería por el Andévalo y gran parte de la sierra de Arcena, constituyéndose de este modo en un elemento más de las características que definían a ambas comarcas. Si en el Andévalo y la Sierra la precariedad sanitaria respondía a la fragilidad de su estructura socioeconómica, en la tierra Llana, en cambio, ocurría a la inversa. Aunque en términos absolutos nos encontramos ante mundos contrapuestos, en términos de eficacia habría que valorar, sin embargo, en qué medida esta situación se reflejó en el desarrollo demográfico.

Habría que conocer puntualmente (y esto es francamente imposible) si en una zona relativamente protegida como la Tierra Llana el papel jugado por los facultativos influyó de manera decisiva en el comportamiento biológico de sus habitantes, aunque en última instancia, sobre todo en el Antiguo Régimen, la salud de un pueblo no dependía sólo de la labor de los médicos sino de factores de la más diversa naturaleza.

47. Vid. NUÑEZ ROLDAN, F., *En los confines del Reino...* op. cit.

HUELVA



E. 1: 750.000

a.2.- La figura del médico.

Un viajero anónimo de finales del siglo XVII aseguraba en sus memorias que los médicos españoles gozaban "de un crédito grande y son muy respetados del pueblo", teniendo una gran influencia sobre sus enfermos, aunque a continuación expresara su escepticismo ante la calidad científica de la mayoría de los facultativos porque "desprecian todo lo que ignoran" a causa de su "pereza por el estudio".⁴⁸

Don Antonio Ponz, un siglo más tarde, parecía tener formada una opinión bien distinta sobre ello. En su viaje por España, estando a seis leguas de Salamanca, le sobrevino casi de repente un fuerte dolor de garganta y "un ardor en todo el cuerpo" acompañados de mucha calentura. En ese estado se mantuvo hasta llegar a la ciudad en donde "sin acordarme que había médicos en el mundo, me puse bueno después de algunos días", autorrecetándose refrescos y siguiendo una dieta que desconocemos.⁴⁹ Tal era la aprensión que tenía de los médicos. No se sabe si la relación del ilustre viajero español respondía a una cadena de tópicos sobre la figura de estos profesionales o si la opinión del viajero anónimo carecía por igual de fundamento; lo cierto es, según Bustos Rodríguez, que a medida que transcurrió el siglo XVIII los facultativos obtuvieron un respaldo cada vez mayor por parte de la sociedad.⁵⁰ Una buena prueba de ello es según el citado historiador el hecho de que cirujanos y médicos empiezan a destacarse del resto de sus incómodos compañeros de viaje (sangradores, curanderos, barberos, confundidos con ellos por el pueblo en centurias precedentes) durante el XVIII, siglo que anunciará cambios irreversibles en este terreno.⁵¹

En efecto, el impulso dado por la Corona en esta materia se manifestó sobre todo en la creación de centros de formación de facultativos, entre los cuales se encontraba precisamente el Real Colegio de Cádiz, fundado en 1748.⁵² Para conseguir los progresos científicos y educativos anunciados y planeados por la monarquía, los mentores de este gran proyecto no ahorraron esfuerzos: una política de becas para viajar al extranjero concedidas a los más destacados estudiantes y facultativos y la obtención de un fondo bibliográfico, de síntesis pero eficaz, comprado en el exterior para dotar suficientemente a las bibliotecas de las instituciones recién creadas, fueron dos pilares esenciales en la formación de los cirujanos y médicos, cuyo premio final consistió en el conocimiento puntual de los progresos que en esos años se estaban operando en Europa.⁵³

No hay duda de que todo ello iba a desembocar como apunta Bustos Rodríguez en una actitud generalizada entre los cirujanos en el sentido de optar deci-

48. ANONIMO, 1700 en GARCIA MERCADAL, J. *Viajes de extranjeros por España y Portugal, tomo III, pág. 80.*

49. PONZ, Antonio: *Viaje de España*, Madrid, 1784, 2ª edición tomo VIII, carta primera, págs. 15 y 16.

50. BUSTOS RODRIGUEZ, Manuel: *Los cirujanos del Real Colegio de Cádiz en la encrucijada de la Ilustración (1748-1796)*. Univ. de Cádiz, 1983, pág. 27.

51. *Ibidem.*

52. *Ibidem.*

53. *Ibidem*, págs. 44-45.

dida y definitivamente por una "medicina nueva", ⁵⁴ basada de manera especial en los medios terapéuticos empleados en las consultas y en las sesiones clínicas.

Nuestra pregunta se dirige, siguiendo ese hilo conductor, a investigar con los datos que poseemos en qué medida el progreso y la nueva medicina se extendieron desde Cádiz y desde los demás centros a las áreas rurales, a las actividades de nuestros médicos. Para examinar este aspecto utilizaremos la lista de los remedios que apuntaron los párrocos como ya indicábamos al principio.

a.3.- Los medios terapéuticos

Aunque a pesar de lo dicho el médico debió ser para sus convecinos más que un auténtico experto en curar, un intermediario entre la Providencia -que concede la salud o castiga con la enfermedad- y los lugareños, más próximos a la idea del milagro y la intervención sobrenatural que a la propia acción del facultativo, es posible que los progresos tanto en un sentido como en otro se dejaran sentir en términos generales, al menos por lo que afectaba a las relaciones personales de confianza y eficacia entre el médico y los pacientes. La confianza debía provenir de la curación y ésta de la eficacia y el acierto profesional.

Según los propios cirujanos del Real Colegio de Cádiz los resultados en este campo fueron altamente positivos, ⁵⁵ idea que, salvado su optimismo subjetivo, no concuerda con la expresada por Pérez Moreda quien insiste en la creencia de la desconfianza ante el médico causada por la ineficacia de los remedios terapéuticos usuales. ⁵⁶ Los remedios curativos eran bien pocos a finales del siglo XVIII y la primera "Farmacopea" general no se publicó según Moreda hasta 1794, fecha muy tardía que pone de manifiesto el atraso y la precariedad de la medicina española del Setecientos. ⁵⁷

Sin embargo, el estudio realizado por Manuel Bustos pone de relieve la constante labor investigadora llevada a cabo desde su fundación por los cirujanos del colegio gaditano. Y además se ha demostrado que esta labor desembocó en una metodología y en una ordenación y jerarquización de criterios a la hora de ensayar, aprobar o rechazar tal o cual medio terapéutico. Esto no quiere decir que la farmacología del Real Colegio de Cádiz no estuviera unida estrechamente a las plantas, a la Naturaleza; que fuera una terapéutica predominantemente naturalista, basada en la creencia de que aquélla era pródiga en todo lo necesario para la curación. ⁵⁸

La jerarquización en la utilización de medios terapéuticos estaba, no obstante, muy definida. Tras las plantas, los remedios caseros, los minerales, el mundo ani-

54. *Ibidem*, pág. 54.

55. *Ibidem*, pág. 101.

56. PEREZ MOREDA, V. *Las crisis de mortalidad...* op. cit. pág. 434.

57. *Ibidem*, pág. 435.

58. BUSTOS RODRIGUEZ, M. op. cit., págs. 94-45.

mal y la dieta constituían el cuadro de remedios usado por los cirujanos gaditanos, sin olvidar el tratamiento evacuatorio o sangría, práctica usual desde la antigüedad.⁵⁹ Similar a este conjunto de recursos terapéuticos fue el indicado por los facultativos onubenses de finales del XVIII y que a continuación pasamos a examinar.

A. La sangría.

En casi todos los pueblos de la muestra recogida en el cuadro nº 1 se utilizaba la sangría como tratamiento básico para curar las enfermedades pulmonares, los llamados "dolores de costado", el carbunco e incluso las tercianas.

A pesar de que las polémicas en torno a su práctica se acentuaron a medida que se acercaba el siglo XIX, todavía según Bustos Rodríguez se defendía en 1814 su uso.⁶⁰ Y si en un centro de estas características se aplicaba el remedio, en no pocos pueblos las circunstancias debían ser aun más favorables a su utilización. Generalizada y al parecer frecuente, su práctica a veces indiscriminada para curar todo tipo de enfermedades nos revela que la doctrina humoral estaba muy enraizada aún en la formación de los médicos rurales, tanto que no es posible afirmar que nos encontremos ante la nueva medicina preconizada desde el centro de enseñanza más moderno y más cercano a nuestra provincia.

B. La quina.

Este panorama pesimista, causante a veces del escepticismo del historiador a la hora de delimitar y definir la aparición del progreso científico, se atenúa con la llega de la quina al mundo de la medicina curativa plenamente científica. Al igual que la sangría, en muchos pueblos sobre todo de la Tierra Llana, aunque no sepamos la dosis ni la intensidad de su aplicación, se utilizó la quina para resolver los casos de paludismo.⁶¹ Pero que su uso fue tardío y a veces sólo experimental nos lo demuestra la información del párroco de Castaño del Robledo, donde "*las calenturas lentas nerviosas con quina obedecen bien*",⁶² síntoma de que ni se sabía a ciencia cierta qué enfermedad específica se debía paliar con su uso, ni se advierte una rotundidad sobre su recomendación sistemática en una fecha tan avanzada como 1795. Es notorio este retraso a tenor asimismo de lo manifestado por el cura de Villablanca, villa en las que la tercianas aún se curaban en esa fecha con purgas y sangrías y "*ultimamente con quina*".⁶³ El acompañamiento de las sangrías en la medicación indica además que no se había llegado al rechazo de lo antiguo y a la sustitución de una terapéutica arcaica por

59. Ibidem, pág. 69 y 96-97.

60. Ibidem, pág. 69.

61. Véase el mapa adjunto de utilización de la quina para curar tercianas. Figura 6.

62. B.N. mss. 7301.

63. Ibidem.

UTILIZACIÓN DE QUINA A FINES DEL SIGLO XVIII (por municipio)



FUENTE: BN. Relaciones manuscritas dirigidas por los párrocos a don Tomás López
Elaboración propia

métodos modernos. En situación semejante se encontraban algunos pueblos de Extremadura. ⁶⁴

Es verdad, por otra parte, que desconocemos hasta qué punto el problema de su generalización y su adopción obedecía o estaba determinado por la especulación y los altísimos precios que el medicamento sufrió por esas fechas. ⁶⁵ Lo cierto es que pudo, al parecer, tratarse de un remedio secundario, aplicado en casos de extrema gravedad, en última instancia, cuando ya se había intentado curar por otros medios. Así sucedía en el pueblo sevillano de Cazalla de la Sierra en el cual las tercianas sólo "*si son pertinaces se aplica la quina*"; ⁶⁶ ejemplo que denota la falta de confianza que aún se tenía en sus posibilidades terapéuticas.

C. Los refrescos.

Las limonadas o refrescos fueron un recurso casero practicado en España, al parecer, desde tiempos inmemoriales. Su vigencia a finales del siglo XVIII en nuestra provincia es una prueba notoria de esa convivencia entre usos clásicos y experiencias novedosas. Acompañadas en casi todas las ocasiones de las sangrías, sirvieron, no sabemos con qué grado de eficacia, para contrarrestar los efectos de las fiebres palúdicas.

D. Hierbas medicinales.

Decíamos en páginas precedentes que la farmacopea más extendida durante la época ilustrada se basaba en el naturalismo. Sus más destacados representantes en el concierto terapéutico onubense fueron las plantas, las aguas mineromedicinales y "los aires", en estrecha relación con el emplazamiento y la orografía de los pueblos.

Con respecto a las primeras las relaciones de los párrocos no son muy abundantes. Pero ello no quiere decir que su práctica no se generalizase. La fe en este remedio natural tiene raíces muy antiguas y no es de extrañar, siguiendo la premisa de una continuidad de la terapéutica clásica en nuestra medicina, que los herbolarios fuesen una fuente esencial de remedios.

Las más completas relaciones al respecto proceden de dos pueblos de la Sierra cuya flora era naturalmente rica en hierbas medicinales; en Galaroza se citan las siguientes: centaurea, escorcionera, celidonia y agrimonia. En Campofrío el catálogo de plantas es exhaustivo: trébol, apio, donadilla, peonia, ajeno, mejorana, artemia, además de las ya incluidas en la relación de Galaroza. ⁶⁷

Nada se nos dice, en cambio, sobre cómo se aplicaban y contra qué afecciones se aconsejaban. La única información al respecto procede de Puebla de Guzmán en

64. V. PEREZ MOREDA, presenta a este respecto muchos ejemplos. Vid. *La crisis de mortalidad...*, op. cit. pág. 347.

65. *Ibidem*.

66. B.N. mss. 7306.

67. B.N. mss. 7306 y 7301.

donde el médico, hacia 1770, recomendaba para comenzar el proceso terapéutico de la disentería, además del "abrigo de la cama" y "sueros atemperados en abundancia", la toma de ipecacuana, ⁶⁸ planta según F. Lebrun introducida en Francia gracias a un médico holandés que la empleó con éxito en 1700 al Gran Delfín, aquejado de la citada enfermedad. ⁶⁹

Junto a la quina constituye una de las aportaciones más decisivas y novedosas en la curación de procesos infecto-contagiosos, aunque no hubiese sido aplicada con la misma frecuencia que aquella en la provincia onubense si tomamos al pie de la letra las informaciones de los párrocos. Pudo ocurrir posiblemente que la disentería no fuese un mal regularmente extendido y que en consecuencia no fuese registrado en los diagnósticos. Pudo suceder, asimismo, aunque no conviene exagerar el dato, que el médico del citado pueblo tuviese una formación científica superior a la de sus correligionarios de las demás localidades (posibilidad muy dudosa) y que en ese sentido habría tenido mayor capacidad no sólo para diagnosticar una enfermedad específica con su nombre y su naturaleza, sino también para recetar el medicamento adecuado a la misma. Asimismo la aplicación de "sueros atemperados" para el tratamiento de la disentería nos indica y nos corrobora de alguna manera el conocimiento por parte del facultativo, si no puntual sí aproximado, del desarrollo de la enfermedad aunque no de la etiología. ⁷⁰ La finalidad de ese fármaco específico no era ni más ni menos que prevenir la deshidratación de los enfermos de disentería, efecto propio, a veces mortal, de este proceso patológico.

Convendría saber por otra parte, a través de otras fuentes, ⁷¹ si el suceso se generalizó o fue tal vez un caso aislado. En este sentido habría que puntualizar que en el recetario ofrecido por el párroco de la misma villa enviado a don Tomás López en 1786, ni consta la enfermedad ni el empleo de ipecacuana. O el médico que orientó al párroco en 1786 no era el mismo que había redactado el informe municipal de 1770 del cual procede la noticia que estamos considerando, o si lo era no daba cumplida cuenta ya, pasados dieciseis años, de la enfermedad denominada por él mismo como epidémica, ⁷² o lo que es igual, como coyuntural. También pudo suceder que el párroco hiciera la relación sin consultar a nadie y de ahí la omisión.

Sea como fuere, lo que sí parece cierto es la aparición novèdosa, aunque sólo sea en un caso, de una planta que científicamente parecía ser la idónea, según las experiencias gaditanas de esos años, ⁷³ para curar una enfermedad cuyo ori-

68. A.M.P.G. Libro XV. Informe del ayuntamiento sobre la salud pública.

69. LEBRUN, F: Les hommes et la mort en Anjou aux XVII et XVIII siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques. París, 1971, págs. 285-286.

70. En efecto, según se desprende de la lectura del informe, el médico de Puebla de Guzmán desconocía la etiología de la enfermedad pues atribuía y relacionaba la aparición de la disentería y otras enfermedades casi exclusivamente con las condiciones climatológicas: "todo lo referido nace del dominio de la frialdad y elasticidad grande de los vientos porque con dichas cualidades se empobrecen de lo ygneo". AMPG, L. XIV.

72. A.M.P.G. Libro XV. Informe municipal sobre salud pública.

73. BUSTOS RODRIGUEZ, M., op. cit., pág. 96.

gen está relacionado intimamente con el consumo de aguas contaminadas y de alimentos en malas condiciones, elementos etiológicos desconocidos, al parecer, por los médicos del XVIII y circunstancias casi habituales del estado higiénico del mundo rural en el tiempo que tratamos y al que ya hemos dedicado algunas líneas.

Otras experiencias terapéuticas basadas en la naturaleza y en concreto en la botánica no tuvieron al parecer ni la misma difusión ni el éxito alcanzado por la quina y la ipecacuana. El mismo médico de Puebla de Guzmán al que anteriormente aludíamos recetaba en 1770 a sus pacientes pleuríticos caldos "*preparados con la flor de violeta y de amapola*", práctica más vinculada quizás a los remedios caseros que a fórmulas científicas.

E. Aguas mineromedicinales.

El uso de las aguas minerales, bajo diversas formas y contenidos, fue muy generalizado y frecuente durante los años que tratamos. La abundancia de alusiones sobre el aprovechamiento de las mismas indica que se depositó en ellas una confianza de carácter casi sobrenatural y mágico. En este sentido, el valor curativo y la presunta eficacia de las aguas mineromedicinales, tan presentes en nuestra provincia a causa de su estructura geológica, se mantuvo incluso hasta bien entrado el siglo XIX, como se comprueba de la información sobre esta materia en el Diccionario de Pascual Madoz.

Los baños de la Fuente Tintilla, de aguas sulfúreas, situada en la aldea de la Coronada, próxima al río Tinto, eran

"muy útiles para los dolores reumáticos y de gota, para las obstrucciones del hígado, bazo y demás entrañas, para las úlceras del útero y también para las debilidades de la vista y nervios".⁷⁴

Otras aguas virtuosas eran las de las minas de Riotinto, cobrizas como las anteriores, cuyo poder estribaba en la curación de "*la horrorosa enfermedad de los carcinomas uterinos, con la que mueren casi rabiando las pacientes*"⁷⁵. Similares propiedades terapéuticas tenían los baños que se tomaban en las márgenes del río Guadiana, entre la desembocadura y Sanlúcar. En este caso se trataba de baños de mar de

"acreditada fama de ser utilísimos como tónicos del sistema nervioso, antiespasmódicos, resolutivos y anticancerosos..."⁷⁶

En forma de bebida, las aguas minerales de fuerte contenido en hierro y cobre se constituyeron a finales del XVIII, igualmente, en milagrosos remedios para todo tipo de padecimientos. Las aguas "jerrumbrosas" de los municipios de Santa Olalla, Campofrío y Constantina (Sevilla) o las aguas "agrias o tintillo" de

74. MADDOZ, P. Diccionario geográfico..., op. cit. Huelva provincia, tomo IV.

75. Ibidem.

76. Ibidem.

Castillo de las Guardas eran, según las crónicas de los párrocos, idóneas para la curación de obstrucciones intestinales y "humores gruesos".⁷⁷

En Alosno se utilizaban "sales febrífugas" para atemperar los dolores de costado;⁷⁸ y el emplasto magnético-arsenical se decía en el mismo pueblo que paliaba las fiebres intermitentes.

Las aguas, al parecer medicinales, de la Fuente de los Bebederos en el término municipal de Beas se utilizaban para la remisión de dolores nefríticos. En la villa vecina de Trigueros

"hay dos pozos de aguas medicinales, uno llamado de Méndez, de cuya agua usan los enfermos inapetentes e inmediatamente se les despierta la gana de comer y el otro pozo llamado de Felipe, inmediato al río Tinto, se usa para la misma cura"⁷⁹

Hasta qué punto estos tratamientos eran eficaces es muy difícil de comprobar. Sólo recurriendo en la actualidad a un análisis químico de dichas aguas que investigue sus características, esto es, que determine su componente en sales, temperatura a que brota de los manantiales y naturaleza de su composición, podremos definir las como aptas en terapéutica, porque de sus componentes químicos y gaseosos dependerá su efecto fisioterápico.⁸⁰

3. La hospitalidad rural.

Hasta ahora nos había interesado descubrir qué cuadros patológicos se apreciaban en la provincia y con qué medios contaban sus habitantes para combatirlos. Constituyendo ese apartado el núcleo fundamental para establecer la relación de causas que motivaron el descenso del ritmo demográfico onubense del último tercio del siglo XVIII,⁸¹ no es menos importante responder a la segunda cuestión planteada: cómo organizó la sociedad rural de un modo colectivo la resistencia no sólo frente a la enfermedad sino frente a los riesgos que comportaba la existencia, a la indigencia y a la marginación, factores a veces olvidados de las crisis.

A. Concepto de hospitalidad y geografía asistencia.

Los hospitales y las casas de misericordia estuvieron presentes en este proceso durante todo el Antiguo Régimen. Pero, en primer lugar, ¿qué se debe entender por hospital?

Según Juan I. Carmona: "Con el vocablo Hospital se ha venido denominando hasta hace relativamente poco tiempo una serie de formas institucionales que

77. B.N. mss. 7306.

78. Ibidem.

79. B.N. mss. 20263.

80. DE SAN ROMAN, J., *Hidrología médica*. Barcelona, 1945. En esta obra se contienen interesantes indicaciones sobre las virtudes terapéuticas de estas aguas.

81. Esta afirmación está ampliamente fundamentada y documentada en nuestra tesis doctoral, vid. NUÑEZ ROLDAN, F.: *Huelva en la segunda mitad...*, op. cit. y también en nuestro libro ya citado.

entre sí presentaban notables diferencias. En la actualidad el término es equívoco y se asocia a centro sanitario. Pero esta asociación queda incompleta al situarla en el contexto global de la sociedad del Antiguo Régimen, pues su significación iba más allá de lo puramente sanitario, abarcando una serie de aspectos diferenciados como consecuencia de toda una ordenación social determinada".⁸²

En el presente epígrafe se intenta realizar con rigor un estudio concreto de la realidad asistencial onubense en el siglo XVIII que sirva de punto de partida no ya sólo para definir correctamente el concepto, sino también para verificar la hipótesis de si aquellos centros hospitalarios lo eran en razón de su función como establecimientos de beneficencia, socorro y amparo del peregrino, del huérfano, del niño abandonado, del pobre y del enfermo, o si eran en efecto, sólo exclusivamente, centros sanitarios y curativos tal como hoy se entiende el concepto.

Cabe preguntarse, pues, si a la asistencia misericordiosa, que al parecer fue el objeto de la fundación y la existencia de estas instituciones, se le sumó la función terapéutica. Y si así fue, qué incidencia tuvo en el proceso estrictamente demográfico. Pero previamente, antes de responder a esta cuestión es necesario plantearse si existían hospitales en todos los pueblos, en todas las comarcas; dónde y por qué aparecen en unos lugares y no en otros.

En opinión de Pérez Moreda la principal característica de la red asistencial-hospitalaria española durante la Edad Moderna fue la proliferación de pequeños establecimientos que hizo que casi cada localidad por pequeña que fuese contase con su hospital.⁸³ En el año 1756 el reino de Sevilla contaba, en ese sentido, con ciento catorce hospitales "*para curación de hombres y mujeres enfermos*",⁸⁴ de los cuales cuarenta, algo más de un tercio, se localizaban en nuestra provincia, excluyendo a nueve casas de hospedaje que no incluimos como tales.

La mayoría de los hospitales se encontraban distribuidos por los municipios de la Tierra Llana, en el litoral y en la campiña, coincidiendo de este modo con la intensa densidad que allí alcanzaba la medicina domiciliaria. En la Sierra, en cambio, se concentraban en torno a la metrópolis, Aracena, y en el camino que conducía desde Sevilla a Extremadura, en correspondencia igualmente con la abundante presencia de facultativos. En el Andévalo y puntos dispersos de la Sierra el término hospital desaparece para ser sustituido por el de "*casa*", lo cual indica en buena medida que habrá que considerarlos como meros albergues y no como centros sanitarios propiamente dichos, y ni siquiera como asilos, cuestión que luego veremos. El desierto sanitario coincide también aquí con el de facultativos. Por último, en algunos municipios encontramos más de un hospital; tal es el caso de Huelva, Trigueros, La Palma, Villalba, Ayamonte, Paterna y Aracena y este hecho parece obedecer a que las citadas villas se comportaban, al menos por

82. CARMONA GARCIA, J.L.: *El sistema de hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*. Sevilla, 1979, pág. 14.

83. PEREZ MOREDA, V., op cit., pág. 447. Dos obras ya clásicas sobre la beneficencia española en la Edad Moderna son las de JIMENEZ SALAS, M., *Historia de la Asistencia Social en España en la Edad Moderna*, Madrid, 1958 y la de RUMEU DE ARMAS, A., *Historia de la previsión social en España*, Madrid, 1944.

84. A.G.S. D.G.R. 1ª Remesa, legajo 1980. Año 1756.

lo que respecta al sistema hospitalario, como auténticos centros comarcales, de fuerte recepción de población en condiciones de ser atendida mejor que en sus lugares de origen y residencia.

Esa relativa concentración hospitalaria se debe también posiblemente a su localización geográfica: La Palma, Villalba y Trigueros, por ejemplo, están en el camino de mayor tránsito de la provincia: el que une a Sevilla con Ayamonte. Y en último lugar, no hay que descartar la importancia económica de esas mismas villas, cuya consecuencia más directa fuera precisamente el desarrollo de la labor hospitalaria.

Sea como fuere, estamos ante una distribución racional de los hospitales, no sólo en función de la situación geográfica sino de las características y los determinantes socio-económicos de las distintas comarcas. A comarcas ricas corresponde un mayor número de hospitales; a comarcas deprimidas y marginales, una red asistencial y hospitalaria muy precaria.

B. La labor hospitalaria: medicina y caridad.

Hemos conocido hasta aquí la localización de hospitales y casas de hospedaje en la geografía onubense.⁸⁵ Pero conviene precisar, como apuntábamos anteriormente, qué funciones cumplían los llamados "hospitales" y las "casas" en los distintos municipios para clarificar y definir el concepto de hospital en el mundo rural onubense acogiéndonos a la posibilidad de hacerlo extensivo a otras áreas de características similares.

El concepto de hospital según la documentación consultada se confunde a veces con el de "casa", término que se refiere exclusivamente a la manifestación más simple de la beneficencia esto es, a la de hospedaje de pobres y transeuntes-mendigos.⁸⁶ Pero, especialmente, los hospitales onubenses que aparecen registrados en las Respuestas Generales del Catastro (artículo 30), además de cumplir aquella misión, fueron fundados: a) para mantener una asistencia hospitalaria y terapéutica, por muy precaria que ésta fuese; b) albergar a niños abandonados y facilitar el transporte de los mismos bien hacia Sevilla, bien a la casa de expósitos de Ayamonte; c) procurar vestuario a los indigentes; d) recoger a los impedidos o lisiados y e) enterrar a los muertos.⁸⁷

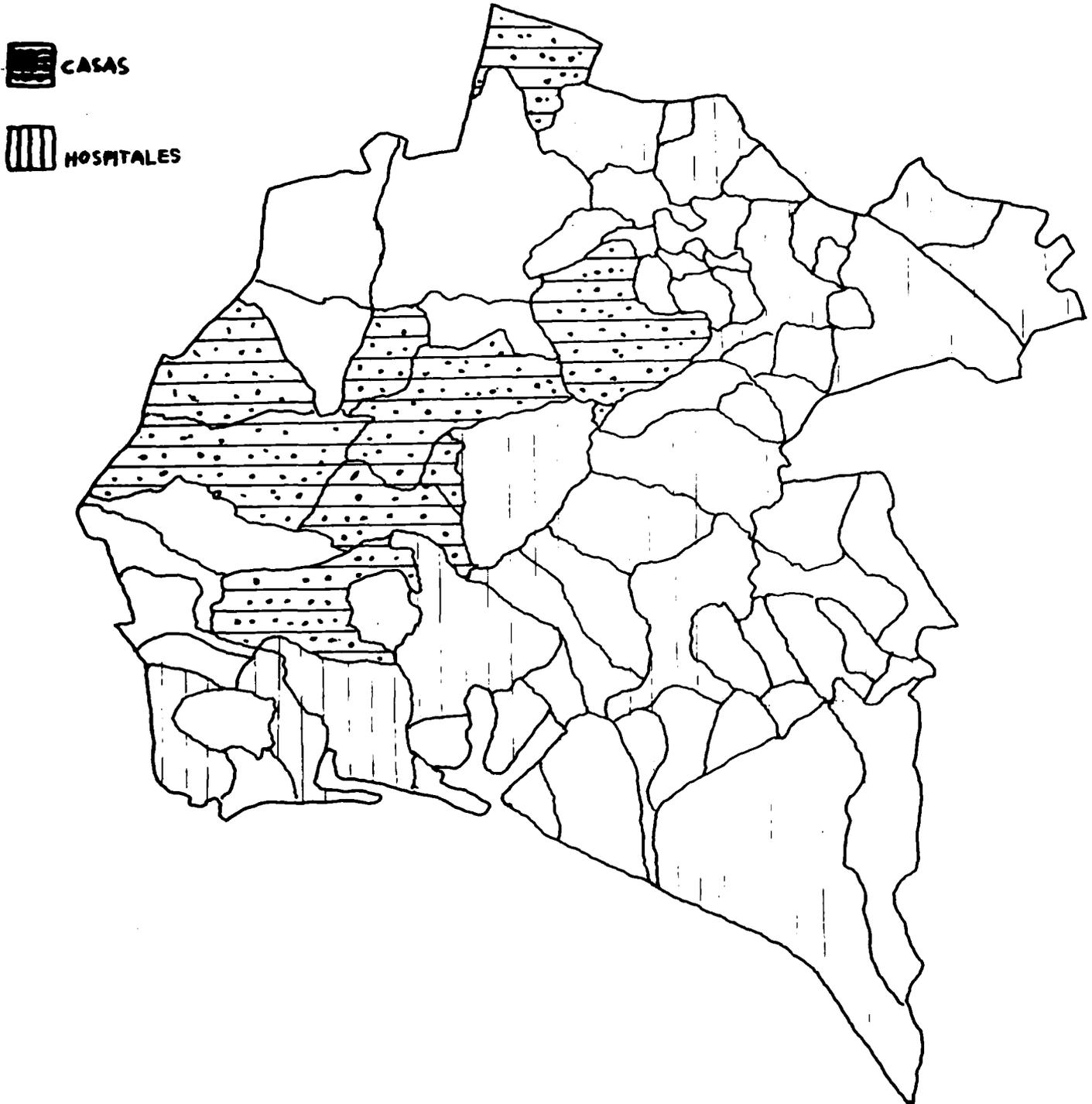
En consecuencia, dada la diversidad de funciones de un mismo hospital, habría que determinar en primer lugar qué hospitales se dedicaban a la tarea primordial de la curación de enfermos, sin excluir otras actividades; con ello conseguiríamos diferenciarlos del resto y localizaríamos en realidad sus características más esenciales que es en definitiva lo que más nos interesa para los propósitos de este epígrafe.

85. Véase mapa adjunto, figura 7.

86. En la Baja Edad Media, según Delfín GARCIA GUERRA, comienza a desarrollarse esta labor de hospedaje bajo el patrocinio de los obispos y de la Iglesia. Vid. "La asistencia hospitalaria en la España Moderna: el hospital real de Santiago" en *Estudios de Historia Social*, IV, 1978, núm. 7 Octubre, Diciembre, pág. 293.

87. Véase cuadro adjunto nº 2

ASISTENCIA SOCIAL – HOSPITALARIA 1752
RED DE HOSPITALES POR MUNICIPIOS



FUENTE: AGS. DGR. Respuestas generales art. 30

Elaboración propia

CUADRO 2**PROVINCIA DE HUELVA, ESTADO DE LA ASISTENCIA SOCIAL Y HOSPITALARIA, 1752**

Municipios	Tipo de centro	Entidad administradora	Tipo de asistencia	Financiación y cuantía anual en rs.
Almonaster	Casa	s/d	Hospedar pobres transeuntes	Sin renta
Alosno	Casa	Hdad. Misericordia	Recoger pobres	Sin renta
Aracena I	Hospital	s/d	Curar pobres enfermos vecinos y pasajeros	Rentas s/e 1.107
Aracena II	Hospital	s/d	Recoger de noche pobres pasajeros	Sin renta
Aroche	Hospital	s/d	Recoger pobres pasajeros y mantener enfermos	Rentas s/e 1.400
Ayamonte I	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Curación de enfermos	Rentas (Tierras, casas, etc) 5.782
Ayamonte II	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Niños expósitos	Rentas s/e y Alcabalas V ^a . A. 500
Beas I	Hospital	s/d	Conducir niños expósitos y pobres. Curar pobres	Rentas s/e 3.969
Beas II	Hospital	s/d	Conducir niños expósitos y pobres. Curar pobres	Rentas s/e (participa del anterior)
Bollullos	Hospital	s/d	Curar pbs. pasajs. Hospeda y Conducir niños	Rentas s/e 1.350
Cabezas Rubias	Casa	s/d	Recogimiento pobres transeuntes	Sin rentas
Cala	Hospital	s/d	Transportar pobres enfermos	Rentas s/e 22
Calañas	Hospital	s/d	Recogimiento de pobres	Limosnas
Cartaya	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Recogimiento de pobres	Seis fanegas de trigo 108
El Cerro	Casa	s/d	Recogimiento de pobres pasajeros	s/d
Cortegana	Hospital	Hdad. San Bartolomé	Hospedar pobres pasajeros	Sin renta
Cumbres M.	Hospital	s/d	Hospedar pobres mendigos y pasajeros	Rentas s/e
Cumbres S.B.	Hospital	s/d	Recoger pobres pasajeros y enfermos	Rentas s/e
Chucena	Hospital	Hermandad s/d	Conducir niños expósitos y hospedar pobres	Sin rentas
Encinasola	Casa	s/d	Recoger pobres mendigos transeuntes	s/d

<u>Municipios</u>	<u>Tipo de centro</u>	<u>Entidad administradora</u>	<u>Tipo de asistencia</u>	<u>Financiación y cuantía anual en rs.</u>	
Escacena	Hospital	s/d	Recoger peregrinos, pobres pasaj. y niños	Rentas s/e	
Galaroza	Casa	s/d	Hospedar pobres transeuntes	Sin renta	
Gibraleón	Hospital	s/d	Curación de enfermos y recog. pobres mendigos	Tierras, censos y casas	2.616
Huelva I	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Curación de enfermos	Tierras, casas y tributos	20.851
Huelva II	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Recogimiento de pasajeros	Rentas s/e	268
Lepe	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Recoger pobres enfermos y pasajeros	Tierras y tributos	382
Lucena	Hospital	s/d	Curar enfermos y hospedar provis. niños expósitos	Rentas s/e	1.598
Manzanilla	Hospital	s/d	Curar pobres enfer. de la villa y hospedar pobr.	Rentas s/e	655
Moguer	Hospital	Jurisdicción Real	Curar enfermos	Rentas s/e	2.200
Niebla	Hospital	s/d	Curar pobres enfermos y hospedar peregrinos	Rentas s/e	1.400
La Palma I	Hospital	s/d	Hosped. peregr., vestir pobres y curar enfermos	Rentas s/e	5.238
La Palma II	Hospital	s/d	Hospedar y curar mujeres pasajeras y enfermas	Rentas s/d	3.482
La Palma III	Hospital	s/d	Hospedar y curar peregrinos eclesiásticos	Rentas s/e	3.173
Paterna I	Hospital	s/d	Hospedar pobres casados pasajeros	Rentas s/d	1.098
Paterna II	Hospital	s/d	Hospedar pob. mendig. y enfermos y costear trasn.	Rentas s/e	537
Paymogo	Casa	Cabildo Público	Recoger pasajeros	Sin renta	
Puebla de Guz.	Casa	s/d	Recoger pobres	Sin renta	
San Juan	Hospital	s/d	Recoger pobres pasajeros	Renta s/e y limosnas	103
Stª Olalla	Hospital	s/d	Hospedar transeuntes pob. y transportar enfr.	Rentas s/e	1.037
Trigueros I	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Recogimiento pobres mendigos	Tierras y tributos	1.423
Trigueros II	Hospital	Ordinario Eclesiástico	Niños expósitos	Tierras y tributos	5.559
Valverde	Hospital	s/d	Curar enfermos	Tierras, censos y limosnas	883
Villalba I	Hospital	s/d	Curar enfermos y conducir niños expósitos	Rentas s/e	1.550
Villalba II	Hospital	s/d	Curar enfermos y conducir niños expósitos	Rentas s/e	1.200

<u>Municipios</u>	<u>Tipo de centro</u>	<u>Entidad administradora</u>	<u>Tipo de asistencia</u>	<u>Financiación y cuantía anual en rs.</u>	
Castillejos	Casa	s/d	Recogimiento de pobres	Sin renta	
Vº Cruces	Casa	s/d	Recogimiento de pobres pasajeros	Sin renta	
Villarrasa	Hospital	s/d	Transitar niños expósitos y pobres enfermos	Rentas s/e	1.505
Zalamea I	Hospital	s/d	Enterrar a los pobres y conducir a los enfermos	Rentas s/e	91
Zalamea II	Hospital	s/d	Mantener tres camas de impedidos	Rentas s/e	2.024
Zufre	Hospital	s/d	Hospedar pobres transeuntes	Rentas s/e	58

FUENTE: A.G.S., D.G.R., Libros de Respuestas Generales, artº 30

Elaboración propia

Si observamos el cuadro adjunto, los hospitales que tenían como labor específica la curación de pobres enfermos además de otras misiones fueron los de Valverde del Camino, Lepe, Niebla, Cumbres de San Bartolomé, Aroche, Aracena, Moguer, Gibraleón, Huelva, La Palma, Manzanilla, Lucena y Villalba. Más de la mitad de ellos estaban situados en el sur y concretamente en dos áreas muy significativas: el triángulo de mayor influencia social y económica de la provincia, la ría del Odiel y el Tinto (Moguer-Huelva-Gibraleón) y los pueblos que se alineaban en torno al camino real que unía al condado de Niebla con Sevilla, allí donde se acusaba una gran intensidad en el tránsito de pasajeros, de personas y de mercancías.

Hospitales de naturaleza y finalidad curativas aparecen también en Valverde, Aracena, Cumbres de San Bartolomé y Aroche. Las dos primeras villas citadas agrupaban a una población muy abundante, constituyéndose en centros comarcales del Andévalo y la Sierra respectivamente. Los fuertes lazos de unión entre Portugal y el sur extremeño con la Sierra podrían explicar la presencia de hospitales en el resto de los municipios citados.

Dicho esto, sería preciso señalar con qué personal contaban esos hospitales, cuántas camas poseían y qué tipos de enfermos cuidaban. Lamentablemente la respuesta 30 del Catastro no es muy explícita al respecto y tampoco las relaciones de los párrocos. Sólo en dos casos se nos da información de ello: en Aroche existían cuatro camas para enfermos⁸⁸ y en Zalamea uno de sus hospitales tenía tres camas para impedidos.⁸⁹ Podríamos pensar a raíz de esta pobreza de detalles que o bien los demás centros no disponían de estos servicios o bien, aunque los documentos omitan referirlo, esta era la situación normal de la mayoría. E incluso se podría pensar que los hospitales se utilizaron como "casas de socorro" sin que mantuvieran una actividad permanente.

El censo de Floridablanca, que no sólo ofrece datos puramente demográficos, nos sacará de dudas. De seis establecimientos, cinco hospitales (Niebla, Valverde, Aracena, Moguer y Ayamonte) y un hospicio o casa de expósitos (Ayamonte), hay cumplida información. En sus relaciones aparece el número de empleados, capellanes, sirvientes, facultativos, administradores y enfermos de ambos sexos; omitiéndose, sin embargo, su capacidad, es decir, el número de camas.⁹⁰

En cuanto al número de enfermos por hospital es muy pequeño en todos ellos: el hospital de Nuestra Señora de los Angeles de Niebla y el de San Martín de Valverde acogían en el momento del censo (1787) a diez enfermos cada uno (seis varones y cuatro mujeres en ambos casos). Siete pacientes tenía el de Aracena y tres los de Moguer y Ayamonte. Todos, excepto el de Valverde, tenían al menos un empleado en la administración y un capellán, e incluso algunos como el de Ayamonte disponían de un administrador principal a cuyo servicio estaban

88. A.C.S. D..G.R. Rptas. Grles. Aroche, Libro 560, artº 30.

89. Ibidem, Zalamea, libro 563, artº 30.

90. R.A.H. mss. 9/6245.

tres empleados. Sirvientes había en todos ellos (uno en Niebla, dos en Valverde y Aracena y tres en Ayamonte y Moguer).

El número de facultativos estaba en consonancia con el de enfermos: dos tenían los hospitales de Niebla, Aracena, Moguer y Ayamonte (en este último se especifica que uno de ellos es médico y el otro sangrador), y tres ejercían su labor en Valverde. Se supone que además de su trabajo hospitalario tenían a su cargo el resto de los enfermos de los pueblos citados. En realidad al menos esos cinco hospitales situados en las principales villas de la provincia cumplieron una función realmente sanitaria.

En síntesis, la mayoría de estos establecimientos tenían como finalidad la práctica de la caridad como ya hemos indicado. Algunos se especializaron, no obstante -ya fuera por deseo expreso de sus fundadores, ya por motivos que desconocemos- en tareas muy concretas; el caso de dos hospitales de La Palma es bien significativo al respecto: uno de ellos, bajo el patronazgo de "San Juan" sólo hospedaba a mujeres peregrinas y el de "San Blas" tenía como misión principal hospedar y curar peregrinos eclesiásticos.⁹¹

Finalmente, el tránsito y el alojamiento eventual de niños expósitos fue otra tarea de carácter asistencial caritativo encomendada a ciertos hospitales y no por ello era menos importante que la propiamente sanitaria. No es raro encontrarlos, lógicamente, en el camino real entre Ayamonte y Sevilla, pues no en vano en ambas ciudades existían casas de expósitos.⁹² Labor de conducción de niños tenían los de Escacena, Chucena, Lucena, Bollullos del Condado, Villalba, Villarrasa, Beas y Trigueros. El destino último de estos niños, al menos por lo que afecta a la provincia, era probablemente Ayamonte. En 1787 su Casa Cuna acogía trece niños y dieciseis niñas a cuyo cuidado estaban dos amas y un sirviente, no faltando los capellanes. En cualquier caso no hay que pecar de optimismo sobre la eficacia de estas instituciones. En opinión de Sánchez Lora era un accidente feliz que un niño se mantuviera vivo después de varios meses de ingresado en la Casa Cuna de Ayamonte: el hambre, las precarias condiciones de salud que presentaban al ingreso y la falta de recursos económicos de la casa de expósitos ayamontina fueron por ese orden las principales causas del alto índice de mortalidad de esos niños, la mayoría ilegítimos.⁹³ Precisamente de la administración y gestión de estos centros benéficos dependía a veces la vida de sus inquilinos.

C. *La administración de los hospitales: rentas y limosnas.*

Juan I. Carmona y García Guerra consideran que la acumulación de rentas por parte de la Iglesia permitió dedicar una buena parte de ellas para el socorro de pobres y enfermos y para proteger a los nuevos centros benéficos que se crearon. También contribuyeron a esta labor las limosnas y donaciones de los

91. A.G.S. D.G.R. Rptas. Grles. La Palma, libro 562, artº 30. Véase cuadro adjunto nº 2

92. ALVAREZ SANTALO ha calculado que aproximadamente el 40% de los niños ingresados en la Casa Cuna de Sevilla procedían de la actual provincia de Huelva. Vid. *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*. Sevilla, 1980, págs. 69-85.

93. SANCHEZ LORA, J.L. op. cit. págs. 134 y ss.

fieles, sobre todo cuando decayó la ayuda directa eclesiástica. Por su parte algunos papas concedieron a estos centros numerosos privilegios y gracias con el fin de ayudarles en su labor caritativa.⁹⁴

Los establecimientos de beneficencia fueron controlados en su gran mayoría por eclesiásticos, aun aquellos que contaron con fuertes donaciones particulares, siendo gobernados en su mayoría por sacerdotes y diáconos que se encargaron asimismo de su administración. Estuvieron generalmente sometidos a la jurisdicción del ordinario eclesiástico, teniendo el obispo el derecho de visita en aquellos que estaban exentos de ella, ya que según el Derecho Romano los centros hospitalarios dependían fundamentalmente de los obispos, y sus rentas debían considerarse como bienes eclesiásticos.

La Iglesia, pues, desde los inicios de la beneficencia jugó un papel prioritario y muy destacado en ella, tanto en lo espiritual como en lo temporal, que se vio reforzado con el paso del tiempo a medida que su poder económico fue en aumento y se afianzó su posición hegemónica dentro de la sociedad.⁹⁵

Estaban administrados por el ordinario eclesiástico los hospitales de Ayamonte, Lepe, Trigueros, La Palma, Huelva, Cartaya. Pero paralelamente a la Iglesia, las cofradías religiosas y los cabildos municipales se preocuparon también por organizar la vida sanitaria y benéfica de sus pueblos. Hospitales administrados por hermandades fueron los de Alosno, Valverde, Chucena y Cortegana. Los ayuntamientos, aun a pesar de sus exiguos presupuestos, trataron asimismo de remediar las penurias de los vecinos más pobres, y ejemplo de ello fueron los de El Cerro, Castilleja, Villanueva de las Cruces y Moguer.

Desde el punto de vista económico, los hospitales del sur de la provincia se financiaban con rentas procedentes de casas, de censos y de sus pequeñas propiedades agrícolas. Los del centro y norte de la provincia se beneficiaron casi exclusivamente de la solidaridad vecinal, es decir, de las limosnas, aunque existen casos excepcionales.

El hospital de Nuestra Señora de los Angeles de Niebla era el mayor Hacendado de la villa.⁹⁶ Sus ingresos anuales se calculaban en 63.437 reales y 1 maravedí según el citado registro, aunque en las Respuestas Generales sólo se le asignaban 1.400 reales.⁹⁷ Tenía dicha institución 1.006 aranzadas de tierra, la mayoría de ellas de sembradura de secano, la mitad de la propiedad de un molino harinero, unas casas y dos portales para feria y varios tributos a su favor.⁹⁸ Así pues, el hospital se contaba entre los pocos grandes propietarios de la provincia (por lo que respecta al menos a la extensión de sus tierras) y puede asegurarse

94. CARMONA GARCIA, J.I., op. cit., pág. 19 y GARCIA GUERRA, D., op. cit., pág. 293.

95. GARCIA GUERRA, D., op. cit., pág. 293.

96. A.G.S. D.G.R. Libro 564.

97. A.G.S. D.G.R. Rptas. Grles. Niebla, Libro 562, artº 30. Nos asombra esta enorme disparidad entre la información de las dos fuentes catastrales. Aceptamos por consiguiente la que procede del Libro del Mayor Hacendado (A.G.S. D.G.R. Libro 564) entre otras cosas, lógicamente, porque la cantidad es exageradamente mayor.

98. A.G.S. D.G.R. Libro 564.

que pocos centros asistenciales rurales presentarían tamaña relación pues probablemente hubieran aparecido como Mayores Hacendados en sus pueblos respectivos. La imprecisa y escasa información que dan las Respuestas Generales podría sin embargo ocultar algunos casos semejantes. Si hubiésemos confiado a ciegas en ella sin duda no se hubiera resaltado este caso singular.

Otros hospitales recibían ingresos superiores a 1.400 reales según las propias respuestas Generales, pero es difícil suponer que los cálculos también eran erróneos. El hospital de niños expósitos de Trigueros, cuyas rentas consistían en tierras y tributos, disponía de 5.559 reales al año; el de "Nuestra Señora de la Concepción" de La Palma tenía 5.238 reales; y el de "La Caridad de Huelva", cuyos ingresos procedían de tierras, casa y tributos, contaban con 20.851 reales.

En todo caso, como ya hemos indicado, los hospitales rurales onubense eran en su mayoría centros caritativos, que se sostenían precisamente de la caridad pública, de las limosnas. Sus presupuestos y dotaciones así como su labor asistencial sanitaria debieron ser muy precarios. Su batalla contra la mortalidad se perdió con seguridad, aunque no sólo por falta de medios económicos. El nivel asistencial primario y la rudimentaria farmacopea que hemos considerado en páginas precedentes presentaban un estado tan lamentable como el de estas obras asistenciales.