



VIII CONGRESO NACIONAL
DE
HISTORIA DE LA MEDICINA

MURCIA-CARTAGENA, 18-21 Diciembre 1986

LIBRO DE ACTAS

VOLUMEN II

MEDICINA, CIENCIA Y TECNICA EN LA REGION DE MURCIA



VIII CONGRESO NACIONAL
DE

HISTORIA DE LA MEDICINA

MURCIA-CARTAGENA, 18-21 Diciembre 1988

LIBRO DE ACTAS

V O L U M E N II

MEDICINA, CIENCIA Y TECNICA EN LA REGION DE MURCIA

EDICION PREPARADA POR MANUEL VALERA,
M^a AMPARO EGEA Y M^a DOLORES BLAZQUEZ

MURCIA 1988

**II. MEDICINA, CIENCIA Y TECNICA
EN LA REGION DE MURCIA**

LAS CRISIS DE MORTALIDAD EN LA CARTAGENA DEL XIX.

Guillén Pérez, J.J.; Ferrándiz Araujo, C.

Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica.

Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Durante todo el siglo XIX la mortalidad va a estar esencialmente influenciada por las repetidas epidemias que sufre su población, como en la mayoría de las ciudades mediterráneas.

Después de haber estudiado el siglo XVIII, más dramático que el XIX en frecuencia de epidemias, nos hemos decidido a estudiar este siglo pese a existir dos trabajos que tratan de alguna manera las epidemias de Cartagena son SOLER CANTO con "Cuatro Siglos de Epidemias en Cartagena" (1), y MARSET y colaboradores con "La Sociedad Murciana y Cartagenera y las Epidemias durante los siglos XVII, XVIII y XIX" (2), con el fin de comprobar y corregir si es preciso la localización de las crisis de mortalidad.

La Comarca de Cartagena, desde el punto de vista agrícola, se caracteriza en el XIX por ser de secano, y por la existencia de una zona pantanosa, periurbana: el Armajal.

Comercial y militarmente, por el emplazamiento del puerto, fué lugar estratégico en la política naval española en el siglo XVIII y en la 2ª mitad del siglo XIX. Al comienzo de éste sufre un gran declive, paralelo a la situación económica española, debido sobre todo a la carencia constructora de buques.

La actividad militar, siendo capital del Departamento Marítimo, junto con las comerciales del puerto, centra la importancia económica de la ciudad, al ser pequeño el rendimiento de la agricultura de secano. Sólo al final de la época se ponen en marcha las explotaciones mineras de su zona, tras esporádicas labores de fundición durante el romanticismo. El comercio y la industria son los dos pilares básicos sobre los que se reconstruye la economía cartagenera, tras el quebranto romántico y pese a la ruina de la ciudad en la insurrección cantonal

del año 1.973-74.

Demográficamente se pasa de 29.768 habitantes en 1.807 a aproximadamente 59.300 en 1.887.

MATERIAL Y METODO.

Hemos utilizado los libros de Enterramientos de la Parroquia de Santa María de Gracia única existente en la Ciudad, y en cuyos libros se incluían las defunciones de otras pedanías o barrios como San Antón, San Isidro o Campo Nubla (3).

El total de defunciones anuales la hemos sometido al método de DÜPAQUIER (4), con el cual ya habíamos estudiado el s. XVIII y con el que RICO RICO analizó la mortalidad de PINOSO.

El sistema consiste en utilizar sólo un tipo de datos, como son las cifras de defunciones anuales.

La intensidad de la crisis será igual a la diferencia de las defunciones de ese año y la media de dichas funciones, en un período de tiempo que establecemos, dividido por la desviación típica en este período de tiempo.

$$I = \frac{D-M}{\sigma}$$

I= Intensidad de la crisis del año en estudio.

D= Defunciones del año en estudio.

M= Media de los cinco años anteriores sin incluir el inmediatamente predecesor, y los cinco posteriores menos el inmediatamente sucesor.

σ = Desviación Típica de los años que hemos hallado la media.

Este medio resulta bastante sensible salvo cuando la crisis tiene un carácter estacional que puede quedar oculto (5).

RESULTADOS.

Hemos contabilizado 59.859 defunciones de 1.801 a 1.886 ambos inclusive, lo que representa un media de 696'03 anuales con una $\sigma_{n-4}=484'8$ (Ver Gráfica I).

En valores absolutos, comprobamos un aumento progresivo

de las defunciones, debido fundamentalmente al incremento de la población que ocurre en la mitad del siglo. (Ver Gráfica II).

Hallada la Intensidad de la Crisis para cada año (Ver Tabal I y Gráfica III), relacionamos los años en que dicha intensidad fué mayor de 1.

1804	I=	12,537
1811	I=	2,558
1812	I=	1,321
1822	I=	1,058
1833	I=	1,609
1834	I=	9,15
1841	I=	1,5567
1842	I=	4,118
1849	I=	1,094
1850	I=	1,094
1859	I=	1,594
1865	I=	1,371
1868	I=	1,143
1869	I=	3,426
1880	I=	1,208

COMENTARIOS.

Confirmamos las epidemias de fiebre amarilla de 1.804, la más grave, y de 1.810 a 1.812, si bien la Intensidad de la Crisis de 1.810 es de 0,455, pero hay que tener en cuenta que la epidemia comienza en los últimos meses del año.

El Cólera Morbo se da en 1.834 (Intensidad de 9,15), 1.859 y 1.865. Asimismo se produce una gran epidemia de cólera, 2.249 fallecidos, en 1.885.

Soler Cantó da 1.818 como año de gran incidencia de tercianas dada el gran número de enfermos en esta patología ingresados en el Hospital de la Caridad. Sin embargo, la intensidad de este año es -0,493, por lo que creemos no existió epidemia dicho año.

Es de destacar que se siguen viendo fallecimientos por calentu-

ras tercianas a lo largo del primer tercio de siglo instaurado de forma endémica.

También SOLER CANTO habla de una epidemia similar a la gripe en 1.820 siendo la intensidad de 0,434 por lo que tampoco confirmamos la existencia de la misma.

En 1.822, existe un aumento de mortalidad ($I=1,058$), que podría ser debido a tercianas, tal vez sea la epidemia que MARSET CAMPOS sitúa en 1.813 y 14 en cuyos años no existe incremento de defunciones.

Las defunciones de 1.833 y 1.849 está engrosada fundamentalmente por la infantil que en el último año es de 65,5%.

En 1.841, 1.842 y 1.868 se encuentran gran cantidad de fallecimientos por Viruela y Sarampión, pero es sobre todo 1.869, donde se aprecia un incremento de estas causas de muerte con 205 fallecidos por Viruela y 193 por Sarampión.

NOTAS.

(1) SOLER CANTO, J. (1970). "Cuatro siglos de epidemias en Cartagena". Cartagena, Atenas ediciones.

(2) MARSET CAMPOS, P. et al (1981). La sociedad Murciana y Cartagenera y las epidemias durante los siglos XVII, XVIII y XIX. En: De Historia Médica Murciana. Las Epidemias. Murcia. Alfonso X el Sabio.

(3) Ha sido de utilidad el trabajo de cátedra: APARICIO MARTINEZ, M.J.; MATEO MARTINEZ, J.A.; MECA GARRIDO, J.; NIETO GARCIA, A.; SANCHEZ PEREZ, J.A.

(4) PEREZ MOREDA, V. (1980). Las crisis de mortalidad en la España interior. Madrid, Siglo XXI de España editores S.A.

(5) Si la intensidad de la crisis es de.

- 1 - 2 Crisis menor
- 2 - 4 Crisis media
- 4 - 8 Crisis fuerte
- 8 - 16 Crisis importante
- 16 - 18 Gran crisis
- Más de 32 Catástrofe.

T A B L A I.

MORTALIDAD ABSOLUTA E INTENSIDAD DE LA CRISIS EN CARTAGENA
DE 1.880 A 1.886.

<u>AÑO</u>	<u>CIFRA ANUAL DE DEFUNCIONES</u>	<u>INTENSIDAD DE LA CRISIS</u>
1800	524	- 0'535
1801	479	- 0'460
1802	586	- 0'231
1803	499	- 0'169
1804	2565	+12'537
1805	332	- 1'898
1806	354	- 0'802
1807	533	- 0'428
1808	568	- 0'263
1809	752	+ 0'117
1810	936	+ 0'455
1811	853	+ 2'558
1812	771	+ 1'321
1813	344	- 0'435
1814	236	- 0'868
1815	213	- 0'875
1816	216	- 0'773
1817	177	-0'834
1818	230	-0'493
1819	245	-0'104
1820	260	+0'434
1821	237	-0'150
1822	289	+1'058
1823	282	+0'951
1824	272	+0'183
1825	252	-0'828
1826	279	+0'159
1827	288	+0'237
1828	292	-0'27

T A B L A I: (CONTINUACIÓN)

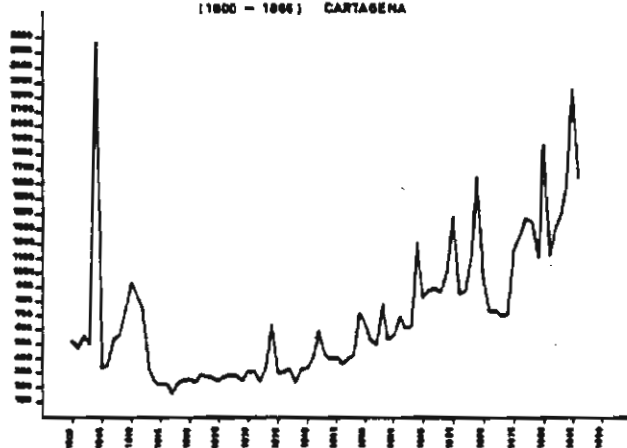
<u>AÑO</u>	<u>C.A.DEFUNCIONES</u>	<u>I.CRISIS</u>
1829	240	- 0'719
1830	309	- 0'12
1831	321	- 0'054
1832	241	- 0'7
1833	347	+ 1'609
1834	642	- 9'15
1835	312	+ 0'055
1836	305	- 0'523
1837	316	- 0'627
1838	238	- 1'282
1839	331	- 0'748
1840	331	-0'552
1841	415	+ 1'567
1842	593	+ 4'118
1843	433	+ 0'289
1844	398	- 0'311
1845	417	- 0'486
1846	366	- 1'08
1847	392	- 1'118
1848	425	- 0'747
1849	725	+ 1'962
1850	656	+ 1'094
1851	534	- 0'105
1852	503	- 0'428
1853	770	+ 0'547
1854	524	- 0'718
1855	563	- 0'825
1856	700	- 0'193
1857	614	- 0'634
1858	623	- 0'753
1859	1217	+ 1'594
1860	830	+ 0'107
1861	879	+ 0'033

T A B L A I. (CONTINUACIÓN)

<u>AÑO</u>	<u>C.A.DEFUNCIÓNES</u>	<u>I. CRISIS</u>
1862	895	- 0'1
1863	877	- 0'382
1864	998	+ 0'022
1865	1371	+ 1'371
1866	860	- 0'409
1867	878	- 0'341
1868	1115	+ 1'143
1869	1654	+ 3'426
1870	964	- 0'067
1871	738	- 1'171
1872	740	- 1'371
1873	700	- 1'735
1874	712	- 1'378
1875	1165	0
1876	1262	+ 0'524
1877	1379	+ 0'751
1878	1346	+ 0'389
1879	1115	- 0'401
1880	1883	+ 1'208
1881	1129	
1882	1311	
1883	1410	
1884	1612	
1885	2249	
1886	1646	

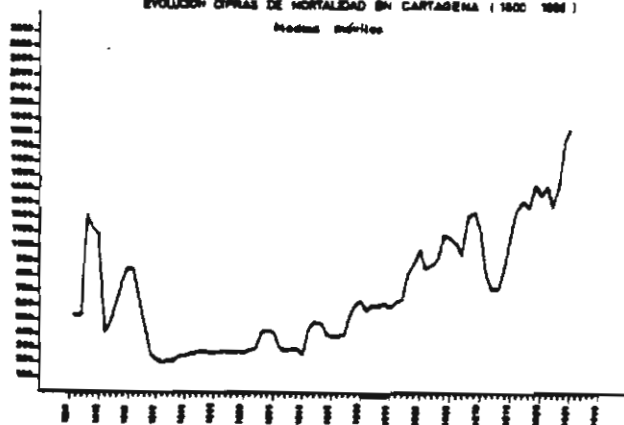
GRAFICA I

MORTALIDAD - CIFRAS ABSOLUTAS
(1800 - 1896) CARTAGENA



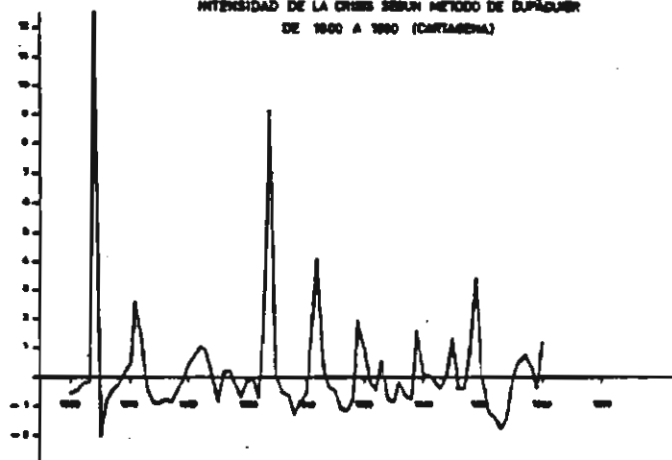
GRAFICA II

EVOLUCION CIFRAS DE MORTALIDAD EN CARTAGENA (1800 - 1896)
Medios móviles



GRÁFICA III

INTENSIDAD DE LA CRISIS SEGUN METODO DE DUPÂQUIER
DE 1800 A 1890 (CARTAGENA)



Ferrandiz Araujo, C.

Departamento de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Univ. Murcia.

Entendiendo las epidemias como la rotura del equilibrio biológico entre la población humana y su entorno agresor, nos encontramos en Mazarrón que durante el período comprendido entre los años 1740-1800 hace su aparición el paludismo.

Bien por el aumento de la capacidad agresora del entorno o de algunos elementos biológicos que lo componen o, más frecuentemente, por disminución de la capacidad defensiva del conjunto de la población por alteraciones que repercutan negativamente en este sentido, por cambios en la estructura de relaciones de producción, como hemos observado para otras épocas en Murcia y Cartagena (1).

Mazarrón, con un núcleo de población de 700 vecinos duplicados al final de época, con un puerto de mar que canaliza la actividad comercial con otros de España y sobre todo con zonas endémicas del norte de Africa, muy próximas y equidistante de ciudades como Lorca, Cartagena y Murcia, ve llegar el fenómeno epidemia como el aumento de la capacidad agresora del entorno biológico peripoblacional.

Como veremos el comportamiento de la población será distinto en períodos con situación elevada respecto a los de situación económica deprimida.

La comarca de Mazarrón se caracteriza desde el punto de vista agrícola por ser de secano; y, desde la vertiente comercial, por el emplazamiento de su puerto de mar a una legua de la villa.

La economía mazarronera estriba en la explotación de las almagras, la industria del esparto y la barilla, las salitrerías, las salinas, y la pesca con sus almadrabas, además de una agricultura de trigo y cebada, hortalizas, viñas, olivos y moreral. Aparte del suministro urbano, su función es exportadora dependiendo de la actividad comercial del puerto, teniendo en cuenta el escaso rendimiento de los cultivos de secano.

Desde el punto de vista ecológico, Mazarrón es muy sensible a las enfermedades dependientes de las comunicaciones, en función de su puerto de mar.

Y en el marco histórico, siendo el siglo XVIII un siglo de recuperación y crecimiento, en parte por la estabilidad general española, Mazarrón duplica su población en su segunda mitad, manteniendo el ritmo de crecimiento a diferencia de Murcia y Cartagena que se deteriora en los últimos años. Seguramente por las repercusiones generales de la problemática colonial agudizada y por no haber tenido lugar la oportuna revolución burguesa, al no resolverse la contradicción monarquía-nobleza, como apunta Marset (2).

Demográficamente se observa, por las cifras de mortalidad, un aumento de las mismas en los años 1740, 65, 66, 68, 76, 81, 82, 86, 94, 95 y 96 que se corresponde igualmente al crecimiento demográfico visto en Murcia ciudad, comarca y huerta, y en Cartagena, a lo largo del siglo XVIII, aunque con la diferencia del ritmo de crecimiento iniciado a finales de siglo en ellas y que aumenta, sin embargo, en Mazarrón.

El debilitamiento causado, por los años de malas cosechas en el secano almazarronero, en los niveles de anticuerpos es causa de mayor facilidad para el contagio de las epidemias.

Igualmente lo que reporta a la economía el continuo gasto preventivo, defensivo y terapéutico, al tener acordonada la villa, establecer guardias de las costas y vigilancias repetidas, asegurar abastecimientos, así como abandonar las faenas pesqueras, agrícolas o mineras por enfermedad o muerte de una parte importante de la población.

En la villa cada vez que se tienen noticias de ciudades atacadas por la peste, como en el caso de Marsella y Valencia (1743), se procede de inmediato al reconocimiento de las puertas y al establecimiento del cordón sanitario del litoral.

Consiste éste en barracas con seis hombres que se sitúan en: el camino de Lorca, en la Pelea, en Cala Lina, en el Castellar, en el camino de Ilas, en Alcoolar y, la última, en el Mojón de los confines de Cartagena. Impiden que costeen los barcos sospechosos; van armados con fusiles traídos de Cartagena y se les abonan 2 r.v. al día.

Además, la villa le paga 1.371 m.s. en pólvora, balas, correaes; entre otros gastos de mantenimiento para defender la costa (3).

En el año 1786, las calenturas malignas se ceban en el vecindario sometiéndolo a un verdadero calvario. Al año siguiente se padece peste de Argel que provoca 6.147 defunciones en cuatro meses, por lo que nuevamente se establece el cordón sanitario como en los años 1740 y 43.

Se sitúan las barracas en: la loma de la Cueva del Agua, en el terreno de Rigüete, en el cabezo de Castellar, en el cabezo de la Cueva de los Lobos, en los Llanos de Cala Leño, y en el picacho de la loma de Palazuelos.

Esta vez las sirven 24 guardas, 6 cabos y 4 celadores con 34 fusiles. La villa de Totana se niega, en principio, a aportar los 17 hombres a que está obligada aunque posteriormente lo hace. Dura el cordón de junio a diciembre sin producirse contagio, aunque el mar arrastra el cadáver de un hombre y borregas. La población contribuye con 4 r.v. (4), a pesar de su pobreza; y a la villa le cuesta 12.460 r.v. en total (5).

Sin embargo, la grave epidemia del año 1794, que luego veremos, no se escatiman esfuerzos por disponer lo más conveniente para prevenir la salud pública (6).

Nuevamente se establece el cordón sanitario, en agosto del año 1797, al existir peste en Orán, puerto de los más inmediatos (7).

Igualmente en junio del año 1799 al declararse la epidemia de Rabat, donde fallecen 150 personas diariamente. además de en Melilla. Fez, Mequinez, Orán, Guasanz y sus contornos. Para atender a los gastos del cordón sanitario no se paga ni al maestro titular ni al médico y se carga un arbitrio sobre el vino. Se deja en cuarentena el barco del patrón Pedro Rubio y se extrema las precauciones con una fragata del rey de Marruecos que se ha avistado en Cabo Cope y que ha estado fondeada en el río Larache en plena epidemia (8).

Pero volviendo a la grave epidemia de paludismo de 1703. hacia siete años que los regidores de la villa junto con los curas de las dos parroquias y el maestro mayor de obras de Cartagena Carlos Marin. habían señalado el sitio más oportuno para cementerio. fuera de la población. "ventilado y precavido de los vientos".

Se había hecho el plano y su presupuesto. Mas nada se realizó. Se continúa enterrando en las iglesias hasta que en el año 1704 la grave epidemia de paludismo que azota a Mazarrón les deja sin sitio en las mismas, por el elevado número de defunciones que se producen.

Comienza a sepultarse en una pequeña ermita que es insuficiente y se piensa dejar a los cadáveres expuestos a las inclemencias.

"...todo el vecindario se halla en la más melancólica y lastimosa constitución, porque apenas hay casa que no tenga cinco o seis enfermos con el epidémico accidente de tercianas y tabardillos

que les afligen en terminos que no pueden asistir los padres a sus propios hijos: que a los ministros del altar, no les basta el día y noche para la administración de sacramentos, para auxiliar a los agonizantes, y dar sepultura a los muertos; que con la abundancia de estos se han llenado los sepulcros de ambas parroquias. La pureza de los templos se ha reducido a lugar inmundo y corrompido. Los fieles que antes entraban a ofrecer sacrificios y oraciones para sanar sus almas; ahora los abominan por el temor a no enfermar sus cuerpos. Los odoríficos inziensos que se daban del altar, se han convertido en pestilente fetor que obscuerece lo mas brillante de los basos sagrados" (9).

Realmente la epidemia aflige a la población durante tres meses: septiembre, octubre y noviembre; alcanzando su mayor índice de mortalidad en octubre de 1794 volviendo a repetirse menos virulentamente durante el último semestre del siguiente año.

El mayor número de defunciones se dan en la parroquia de San Andrés.

El puerto de Mazarrón es de los de más fondeadero de estas costas y con gran tráfico, a cinco leguas de Cartagena y siete de Aguilas, por lo que es imposible auxiliarle con prontitud.

No existe durante toda la época diputación de Sanidad hasta el final del mismo, en que se crea por la eficacia que han demostrado en otros puertos en la lucha contra las epidemias.

Entre sus funciones más importantes destacan: las revisiones de personas y mercancías. Reconocimiento, por un cabo de sanidad, de los barcos que pidan práctico. Admisión a plática a las embarcaciones procedentes de otros puertos y con patentes de sanidad limpias (10).

En el último año del siglo en el litoral de Bolnuevo los corsarios argelinos perseguidos por un bergantín portugués rompen una vez más el cordón sanitario, junto a la torre, y desembarcan ciento cincuenta moros (11).

Antes ya se habían producido numerosos ataques de corsarios y piratas argelinos, que son también una constante en la vida de los mazarroneiros. Sirvan como paradigmas: el paseo frente a sus costas de una gran flota africana, que al parecer desde Aguilas a la Azohía, azotaba la tráfico marítimo, en junio de 1798 (12).

Los enfermos suelen morir en sus casas. Algunos llegan hasta Cartagena, al Hospital de la Caridad que les acoge humanitariamente, al no existir ninguno en la villa y su término.

A raíz de la epidemia de tercianas (1794) se establece una casa-hospital para hospedar y socorrer sanitariamente a los contagiados del campo

a la vez que se les auxilia espiritualmente. El presbítero Paredes Fenández cede un solar para un hospital junto a la parroquia de San Antonio, que no se acepta por el Concejo al disponer de lugar el camino de El Portichuelo para el mismo (13).

Durante las epidemias o en los años en que se establece profilaxis, se repiten sistemáticamente los siguientes hechos:

Imposibilidad de un auténtico cordón sanitario por abandono, desinterés o deserción de los vigilantes: por introducción de contrabando, sobornos, amenazas, entre otros.

Escasez de alimentos de primera necesidad, con disparo de los precios.

Intento de crear pequeños hospitalillos donde atender a la gente que culmina con el proyecto del hospital de El Portichuelo.

Formación de procesiones y rogativas a la Purísima, San Antonio o San Andrés para implorar el favor divino.

Interferencias y disputas de competencias entre los encargados de la sanidad municipal y la jurisdicción militar de Cartagena.

Tasas mayores de mortalidad en la parroquia de San Andrés.

Escasez de profesionales sanitarios y disputas frecuentes entre barberos y sangradores en función de sus competencias.

NOTAS

1. Cfrs. MARSET CAMPOS, P. y cols. (1981). La sociedad murciana y cartagenera y las epidemias durante los siglos XVIII y XIX. Murcia.
2. Idem.
3. Arch. Munic. Mazarrón. Libr. Cab. 1740-53. fs. 53 y 4.
4. Idem Secc. 2ª. Leg. 58, exp. 3.
5. Idem Lib. Cab. 1790-7, f-22.
6. Idem f-5v
7. Idem fs. 16-9
8. Idem Secc. 2ª. Leg. 108, exp. 1.

9. Idem Lib. Cab. 1790-7. f-35.
10. Idem fs. 16-9.
11. Idem Secc. 2ª. Leg. 108, exp.1.
12. Cfrs. GARCIA ANTON, J. (1986). La costa de Lorca antes de la fundación de Aguilas. III Ciclo Temas Lorquinos. f-158.
13. Arch. Munic. Mazarrón. Lib. Cab. 1790-7, fs. 37-41.

ESTUDIO DE LOS INGRESOS DE LA CASA DE MISERICORDIA DE CARTAGENA DESDE 1875 HASTA 1975.

Cumplido Ros, J.L.; Gómez Martínez, J.; Querol de Pagán, M. de; Guillén Pérez, J.J.

I. INTRODUCCION.

Son varios los tratados existentes que hablan de Cartagena, pero sigue estando incompleta la historia de la misma, en concreto, del tema que se ocupa este trabajo no hemos encontrado ninguna publicación.

En este estudio de los ingresos de la Casa de Misericordia hemos intentado, aparte del manejo de los datos estadístico y la obtención de unos resultados científicos, hacer especial hincapié en los aspectos médicos de esta institución, sin olvidar su historia, que creemos va íntimamente ligada a su función.

Esta casa de beneficencia sufrió diversas transformaciones motivadas por el devenir de los acontecimientos socioeconómicos y políticos, su trayectoria hace que incluso llegue a actuar como Hospital Provisional de San Diego, aunque siempre, además de su carácter protector de la infancia tuvo una misión curativa al socorrer al desvalido.

II. MATERIAL Y METODOS.

Para la obtención de los resultados de este trabajo hemos utilizado los libros de registro de la Casa de Misericordia existentes desde 1875 hasta 1875. Estos libros se encontraban todos en buen estado de conservación.

En el estudio de los aspectos históricos nos servimos de varios legajos archivados por las hermanas conteniendo documentos, cartas, y recortes de periódicos relativos a la institución. Igualmente utilizamos los libros de actas capitulares de 1839 a 1859 del Ayuntamiento de Cartagena, así como legajos relativos a: Culto y Clero, Beneficencia, y Reales Ordenes, del Archivo Histórico Municipal de Cartagena;

utilizamos también los Libros de Enterramientos del Archivo Parroquial de la Iglesia de Santa María de Gracia.

El procesamiento de los datos lo hemos realizado en base a 7 variables:

1. Sexo (nombre y apellido)
 2. Edad de ingreso.
 3. Procedencia.
 4. Fecha de ingreso.
 5. Fecha de Salida.
 6. Reconocimientos facultativos.
 7. Fallecimientos.
1. SEXO.

Hemos distribuido el total de los ingresados en varones y hembras, tanto en valor absoluto como en porcentajes con respecto al total.

Vemos su distribución anual y por períodos de 10 años.

2. EDAD DE INGRESO.

a) Realizamos un estudio sobre la edad media de los ingresados de forma global, cada 10 años y cada año.

b) Asimismo agrupamos el total de los ingresados según décadas de la vida, (de 0-10 años, etc...), globalmente, cada diez años y cada uno.

c) Establecemos la relación entre la edad de ingreso y el sexo, agrupándolos según fueran varones o hembras.

d) Dentro de la edad hemos considerado interesante extraer aquellos ingresados en edad pediátrica, en los cuales hemos distinguido 4 períodos: Recién nacidos (0-30 días).

1ª infancia (1mes-30meses).

2ª infancia (2,5años-6años).

3ª infancia (6años-14años).

Utilizamos para ello la clasificación de la Cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

3. PROCEDENCIA.

Los pertenecientes a la provincia de Murcia los hemos agrupado según su pueblo o ciudad natal.

Los pertenecientes a otras provincias sólo se ha considerado la provincia de origen.

Los pertenecientes a otros países consideramos sólo el país natal.

4. FECHAS DE INGRESO Y SALIDA.

Nos servimos de estas variables para agrupar a los ingresados por año, para obtener el tiempo de permanencia de cada ingresado y a partir de ésta, sacar la media de permanencia en esta Casa de Beneficencia.

5. RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS.

Agrupamos los escasos reconocimientos facultativos por años, y según el aparato afectado.

6. FALLECIMIENTOS.

Reunimos los fallecimientos por años y también según sus causas.

III. RESULTADOS.

1. ASPECTOS HISTORICOS.

Felipe III con fecha 20-octubre1606 expide en Madrid una Real Provisión concediendo licencia a los Frailes Descalzos Franciscanos para que en la ciudad de Cartagena puedan fundar y funden monasterios (1).

En virtud de esta licencia y pese a la oposición que se encuentra por parte de los Padres de la Observación, el 16 de noviembre de ese mismo año, Salvador Pujades, platero genovés, hace donación de una casa con un huerto, situado en la calle Nueva, llamada de San Salvador, fuera de la puerta de San Ginés (2).

El 2 de agosto de 1609 y estando el convento aún sin terminar se instalan y toman posesión de él los Frailes Franciscanos siendo en aquel entonces Síndico de la orden Juan Hurtado (3) residiendo en él hasta 1835 en que por Real Orden fueron clausurados los conventos (4).

La Historia de la Casa de Misericordia o de Beneficencia puede remontarse a muy antiguo, pues ya en el 1547, concretamente el 20 de junio (5), termina de construirse la Alhondiga o Pósito municipal situado frente al convento de San Francisco, hoy desaparecido, esquina calle Honda, recibiendo posteriormente este edificio el nombre de Misericordia Vieja, cuyas llaves son entregadas al Ayuntamiento cuando la Casa se traslada a su definitiva sede en el convento de San Diego.

El concejo de la ciudad viendo el estado de ruina del antiguo edificio y el poco cobijo que en él se pueden dar a los pobres de la ciudad acuerda en el año 1839 convertir el inmueble del ya ex-convento de San Diego en Casa de Misericordia (6), lo cual le fué concedido por Real Orden del 30 de junio de 1840 (7).

El día 1 de julio de 1839 se constituye la primera junta de vocales de la Casa de Misericordia, siendo su primer director el señor Don Alfonso de Albuquerque y Guevara (8). El día 22 de octubre del mismo año se crea una comisión económica para controlar el gasto (9).

El convento se entrega a la Misericordia en un estado de gran ruina y el establecimiento con muy escasos haberes, haciéndose cargo de su presupuesto el Ayuntamiento, pero siendo su principal fuente de ingresos las limosnas y donaciones de la vecindad (10).

Según consta en los archivos municipales existieron unos estatutos formados por 73 artículos distribuidos en 9 capítulos que fueron aprobados el 15 de junio de 1848, contando con la aprobación del Gobierno Civil de la Provincia de fecha del 23 del mismo mes y año (11).

Encontramos documentos que prueban que la existencia de la "Casa de Misericordia de la Ciudad de Cartagena" es anterior a 1839 estando constituida ya en 1837 y regida por una junta de gobierno compuesta por:

Presidente: Topete.

Contador: Joaquín Sierra.

Tesorero: Estanislao Rolando (12).

En 1775 ya es solicitada para la ciudad de Cartagena una Casa de Misericordia por Don Francisco de Andrich, lo que es concedido por la junta municipal (13). Aunque no ocuparon los mencionados terrenos del convento de San Diego hasta 1839 y continuaría como Casa de Beneficencia sin carácter religioso hasta enero de 1863. Fecha en que se acuerda por el Ayuntamiento solicitar la fundación de "La Casa" por las hermanas de la Caridad, lo cual es concedido por Real Orden del 27 de agosto de 1863 por Su Majestad la Reina Isabel II (14,15).

Aunque la llegada de la primera hermana se realiza el día 19 de enero de ese mismo año (16) y posteriormente el 9 de enero de 1864 llegaron otras 5 hermanas más que completan la fundación (17).

Durante 1873 tuvo lugar la declaración del Cantón Independiente de Cartagena que la llevaría a su total ruina material, siendo destruido totalmente el edificio durante el sitio a que se sometió a la ciudad, resultando tan dañado que del antiguo convento no queda nada (18). El edificio fué reconstruido muy especialmente por los caritativos habitantes de la ciudad, quedando inaugurada el 13 de enero de 1875 de lo cual dejan constancia el diario Eco de Cartagena (19) "...Magnífica estuvo la inauguración de la Casa de Misericordia y de la Iglesia de San Diego, siendo guía la Superiora del convento Sor Magdalena Mestre...". Y el dominical la Conciliación "La Casa de Misericordia es indudablemente un asilo lo que debe tenernos orgullosos y que habla muy alto de nuestros sentimientos caritativos y que constituye, por lo mismo una verdadera gloria para Cartagena".

El 27 de octubre de 1877 tiene lugar la ampliación de la Casa de Misericordia introduciendo una nueva escuela elemental, la mencionada escuela será sostenida: mitad de los fondos especiales de tan beneficio asilo y la otra mitad por un bienhechor cuyo nombre ignoramos (21).

Las vicisitudes por las que ha pasado la Casa de Misericordia hasta llegar a nuestros días han sido muchas, destacando entre

ellas su actuación en 1859 como Hospital Provisional de San Diego para proteger a la ciudad de la expansión de una epidemia de Cólera morbo que se cobró 72 víctimas (22) entre los primeros días de agosto y el 12 de octubre de 1859 (23), cuando se solicita la disolución de dicho hospital al señor alcalde corregidor debido a la falta de ingresos de nuevos enfermos y a los elevados gastos de mantenimiento (24). Posteriormente en junio de 1866 se intenta por el Ministerio de la Guerra apropiarse de los terrenos del ex-convento para el establecimiento en ellos de una Casa Palacio que sirva de Comandancia, oficinas y anexos que fueran necesarios, intento que quedó frustrado por Real Orden del 6 de mayo de 1882 (25).

En la época del Cantón se intentó que fuera cuartel de tropas. Más tarde en tiempo de la República se solicitó la expulsión de las Hermanas por considerarlas "perniciosas para la ciudad", aunque por los vecinos de Cartagena se remitió una carta con 8.547 firmas rogando se mantuvieran las hermanas en su puesto (25).

Durante la Guerra Civil el edificio fué de los más castigados por los bombardeos.

La Casa de Misericordia que ha llegado hasta nuestro tiempo manteniendo el "piadoso fin" para la que fué creada "recoger a los ancianos y niños desvalidos, así como darse educación a aquellos cuyas familias no pudieran atender a su formación social y cristiana", cambió en los años 80 de nuestro siglo, su primitivo nombre por el de Hogar Escuela la Milagrosa.

2. ESTUDIO DE LOS INGRESOS.

El total de los ingresados de 1875 a 1975 en la Casa de Misericordia de Cartagena fué de 5.521 con una media de 54,66 +33,60 ingresados año.

A) Sexo (Tabla 1, Gráfica 1)

Unos 2.990 fueron varones que suponen 54,15% y 2.581 hembras que suponen 45,84%.

De 1935 a 1944 fué la década que más ingresos hubo con un total de 778 de los cuales 459 eran varones y 319 hembras. Este

período coincide con la Guerra Civil.

El año con mayor número de ingresos correspondió a 1940 con un total de 162 personas de las que 104 fueron varones y 50 hembras coincidiendo con la postguerra. Es de destacar el hecho que al inicio de la Guerra Civil el número de ingresados sufre un descenso progresivo hasta 1938 en que son sólo 24 los ingresados, volviendo a crecer posteriormente a 86 en 1939 y a 162 en 1940.

Durante 1876, 1881 y 1882 no se registró ingreso alguno.

B) Edad (Tabla II, Gráfica II)

El mayor número de ingresados corresponden a la 1ª década de la vida, entre 0-10 años con 3.588, de esta década el mayor número de ingresados se registró en el período comprendido entre 1895 y 1904 con 597 ingresos.

C) Edad media (Tabla III, Gráfica III)

La edad media del total de ingresados es de 15,39 años correspondiendo a la década de 1905 a 1914 con 20,34 años, registrándose máximo valor en 1912 con 30,95 años.

D) Sexo y década de la vida (Tabla IV, Gráfica IV)

En la 1ª década de la vida el número de varones ingresados es muy superior al de hembras, conforme va aumentando la edad el total de hembras superan al de varones, lo que nos parece lógico, ya que en estas edades (3ª, 4ª, 5ª década etc.) el motivo de ingreso suele ser por abandono del cónyuge, y en las décadas superiores es por asilo de los ancianos.

E) Edad pediátrica (Tabla V, Gráfica V)

El total de ingresados que corresponde a esta edad, (entre 0-14 años) fué de 4.421, de los que 2.498 fueron varones y 1.923 hembras.

Correspondiendo a cada uno de los períodos considerados dentro de esta edad pediátrica:

- Recién nacidos: 3 ingresos, 1 varón y 2 hembras.
- 1ª infancia: 57 ingresados, 30 varones y 27 hembras.
- 2ª infancia: 1.226 ingresados, 717 varones y 509 hembras.
- 3ª infancia: 3.135 ingresados, 1.750 varones y 1.385 hembras.

Con gran diferencia el mayor número de varones ingresados corresponde a la 3ª infancia, y en total ingresaron más varones que hembras. En los varones el mayor número de ingresados, tanto de la 2ª como de la 3ª infancia corresponde al período entre 1935 y 1944, período que coincide con la Guerra Civil, mientras que para las hembras fué la misma edad, el mayor número de ingresos se registra en el período de 1895 a 1904.

F) Reconocimientos (Tablas VI, VII)

El total de reconocimientos realizados fueron 57. La patología más frecuente en el reconocimiento corresponde a la del sistema nervioso con 17 enfermos que supone el 29,82%.

Es de destacar que el número mayor de reconocimientos es de ceguera con 9 que supone el 15,78%.

G) Defunciones (Tabla VIII, Gráfica VI)

El total de defunciones fueron 431. El mayor número de defunciones se registra en 1907 con 18.

De 1897 a 1924 es el período en que hay más defunciones al año, marcándose después un apreciable descenso.

La causa más frecuente de muertes fué por patología respiratoria con un 21,81%, dentro de ésta la tuberculosis y consunción (tuberculosis progresiva) fueron las más frecuentes suponiendo un 68,9% de las muertes por patología respiratoria.

La Patología cardiocirculatoria supuso un 15,08%, dentro de ésta la más frecuente fué la lesión orgánica de corazón con 36,92%.

Patología del sistema nervioso ocasionó el 11,83% de defunciones, siendo la más frecuente dentro de ellas, el reblandecimiento cerebral.

Patología digestiva supuso el 10,44%, la más frecuente dentro de ella fué la gastroenteritis crónica con 24,44%.

La patología infecciosa ocasionó el 4,41%, de los fallecimientos, siendo la más frecuente, la viruela confluyente con 15,79%.

La Patología genitourinaria supuso el 1,62%, y la más frecuente fué nefritis con 71,43%.

Patología osteoarticular ocasionó el 1,16% de las defuncio-

nes, siendo el más frecuente el raquitismo con 40%.

Entre otras causas las más frecuentes son debilidad senil y senectud con 94,84%.

H) Permanencia media (Gráfica VII)

El mayor tiempo de permanencia media corresponde a los años iniciales 1875, 1877 y 1900 con 20, 21,5 y 17,6 años respectivamente. Después se apreció un marcado descenso hasta volver a ascender a una media de 4 años hasta el final.

I) Lugar de procedencia

Cartagena es el más frecuente, dentro de la Provincia de Murcia, con 3.687 que supone un 66,73% de los 4.557 ingresados de esta provincia.

En cuanto a otras provincias ingresaron 408 que supone un 7,39% correspondiendo al mayor número de ingresados a Almería con 139 que supone un 0,13%.

IV. CONCLUSIONES.

1. El total de los ingresados en la Casa de Misericordia hasta 1975 ha sido de 5.521, correspondiendo al mayor número de ingresados a 1940 con 162 personas.

2. El número de ingresado varones es siempre superior al de hembras con 54,15% y un 45,84% respectivamente.

3. La edad más frecuente de ingreso corresponde a la infancia siendo el período de 0-10 años el predominante con un porcentaje de 64,99%. El año con mayor número de ingresos de este período de edad fué 1900 con 112 niños.

El total de ingresados en edad pediátrica ha sido 4.421 que representa el 80,07%, con respecto al total, predominando los varones sobre las hembras.

4. La edad media del total de ingresados es de 15,39 años. El año en que se registró mayor edad media fué 1912 con 30,95 años de media.

5. En todos los períodos de la edad pediátrica hay mayor número de ingresos de varones que de hembras.

6. El diagnóstico más frecuente al ingresar es el de ceguera con

9 casos reconocidos, mientras que agrupados por sistemas corresponde a patología del sistema nervioso con 17 años.

7. El total de fallecimientos fué de 431 correspondiendo al mayor número de defunciones a 1907 con 18.

La causa más frecuente de muerte fué patología respiratoria con un total de 94 defunciones que suponen un 21,81% del total de fallecimientos.

NOTAS.

(1) Véase MARTINEZ RIZO I. (1894) pág. 243.

(2) Idem pág. 252.

(3) Idem pág. 252.

(4) Véase CAÑAVATE NAVARRO E. (1974).

(5) Ibidem Opus Cit. (1) pág. 263.

(6) Véase Archivo Histórico Municipal de Cartagena. Libro de Actas 1.839. Pág. 43 (A.H.M.C.).

(7) Idem. Pág. 151.

(8) Idem. Págs. 211, 212.

(9) Idem. Pág. 269.

(10) Idem. Pág. 144.

(11) Véase A.H.M.C. Caja 246 Expediente 21.

(12) Véase Archivo Casa de Misericordia. (A.C.M.).

(13) Ibidem Opus Cit (1) Pág. 261.

(14) Ibidem Opus Cit (12).

(15) Ibidem Opus Cit (11).

(16) A.C.M. Carta de la superiora al Sr. Director General del Rrala Noviciado de las Hijas de la Caridad 11-1-1863.

(17) Ibidem Opus Cit (11).

- (18) Ibidem Opus Cit (12).
- (19) Véase Eco de Cartagena.- Año XV nº 3997. (1875).
- (20) Véase La Constitución.- Año II nº 52. (1875).
- (21) Véase Avisos.- Año I nº 24 (1877).
- (22) Archivo Parroquial de la Iglesia de Santa María. Libro 29 de Enterramientos. Pág. 262.
- (23) Véase A.H.M.C. Libro de Actas de 1859. Pág. 170.
- (24) Ibidem Opus Cit (12).
- (25) Idem.
- (26) Idem.

BIBLIOGRAFIA.

REVISTAS

- Diario de Avisos. 27 octubre 1.877. Año I. nº 24.
- Dominical la Conciliación. 17 enero 1.875. Año II. nº 52.
- Diario Eco de Cartagena. 15 enero 1.875. Año XV. nº 3997.

LIBROS

CAÑAVATE NAVARRO E. (1974) "Historia de Cartagena desde su fundación hasta la Monarquía de Alfonso XIII". Cartagena. Excelentísimo Ayuntamiento de Cartagena.

MARTINEZ RIZO I. (1894) "Fechas y fechos de Cartagena". Cartagena. Hipólito García e Hijos.

MEDIANO DURAN J. (1984) "Perfiles cartageneros" (Nuestras calles) Cartagena. Secretaría de Cultura del Partido Cantonal.

DISTRIBUCION DE LOS INGRESADOS POR SEXO CADA DIEZ AÑOS.-

<u>DECADA.-</u>	<u>♂</u>	<u>%</u>	<u>♀</u>	<u>%</u>	<u>TOTAL</u>
1875 - 1884	3 . . .	16.66%	15 . . .	83.83%	18
1885 - 1894	140 . . .	53.23%	123 . . .	46.77%	263
1895 - 1904	456 . . .	52.73%	407 . . .	47.17%	863
1905 - 1914	402 . . .	50.25%	400 . . .	49.75%	802
1915 - 1924	349 . . .	52.40%	317 . . .	47.60%	666
1925 - 1934	409 . . .	54.38%	345 . . .	45.62%	754
1935 - 1944	459 . . .	58.99%	319 . . .	41.01%	778
1945 - 1954	257 . . .	58.41%	183 . . .	41.59%	440
1955 - 1964	232 . . .	58.73%	163 . . .	41.26%	395
1965 - 1974	261 . . .	51.08%	259 . . .	48.92%	511
1975 -	22 . . .	70.97%	9 . . .	29.03	31

TABLA II
=====

DISTRIBUCION DE LOS INGRESADOS DE 1875 - 1975 SEGUN DECADE DE LA VIDA

<u>AÑO</u>	<u>0-10</u>	<u>11-20</u>	<u>21-30</u>	<u>31-40</u>	<u>41-50</u>	<u>51-60</u>	<u>61-70</u>	<u>71-80</u>	<u>81-90</u>	<u>91-100</u>	<u>101-110</u>	<u>sin datos</u>
1875 - 1975	3588	977	81	65	76	105	156	128	42	7	1	283

TABLA III

EDAD MEDIA DE LOS INGRESADOS CADA AÑO

1875	12	1900	16	1925	21,48	1950	8
1876	0	1901	19,8	1926	13,58	1951	8,33
1877	22	1902	16,5	1927	10,79	1952	9
1878	16,75	1903	20,5	1928	10,92	1953	10
1879	21	1904	16,1	1929	9,38	1954	9
1880	22	1905	17,45	1930	14,78	1955	7,85
1881	0	1906	18,57	1931	17	1956	8,81
1882	0	1907	22,95	1932	16,62	1957	7,51
1883	7	1908	18,17	1933	15,54	1958	7,82
1884	12	1909	22,6	1934	17,21	1959	,1
1885	14,3	1910	19,56	1935	14,96	1960	8,1
1886	14,8	1911	19,86	1936	15,38	1961	7,7
1887	12,4	1912	20,95	1937	10,17	1962	8,22
1888	16,2	1913	11,97	1938	10,25	1963	7,02
1889	13,8	1914	18,01	1939	14,19	1964	8,58
1890	7,9	1915	14,01	1940	13	1965	10,22
1891	17,4	1916	15,14	1941	17,7	1966	10,41
1892	15,6	1917	21,29	1942	17	1967	8,96
1893	17,1	1918	18,01	1943	17,7	1968	8,5
1894	17	1919	16,7	1944	17,7	1969	9,13
1895	19,7	1920	25,18	1945	8,06	1970	8,93
1896	18,2	1921	17,84	1946	9,25	1971	8,47
1897	19,5	1922	15,5	1947	12,63	1972	5,7
1898	12,8	1923	18,78	1948	9,7	1973	8,5
1899	14,9	1924	18,01	1949	8,9	1974	8,7

16

TABLA IV

DISTRIBUCION DE LOS INGRESADOS SEGUN DECADA DE LA VIDA Y SEXO

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
VARONES	2051	488	28	13	32	52	82	60	16	2
HEMBRAS	1537	489	53	52	44	53	74	68	26	5

TABLA VI

DISTRIBUCION DE LOS INGRESADOS SEGUN EDAD PEDIATRICA DESDE 1875-1975

<u>AÑOS</u>	<u>RECIENTE NACIDOS</u>	<u>1ª INF.</u>	<u>2ª INF.</u>	<u>3ª INF.</u>	<u>TOTAL</u>
1875-1975	3	57	1226	3135	4421

TABLA VI
=====

RECONOCIMIENTOS MEDICOS GLOBALES

Glaucoma	1	Manco	1
Bronquitis	1	Albujó en un ojo	1
Esclerosis medular	1	Incontinencia de orina	1
Lesión cardiaca	3	Parálisis lado derecho	1
Meningitis	1	Embotamiento de sus	
Tuberculosis	4	facultades mentales	1
Debilidad senil	2	Oftalmia aguda y	
Cancer	1	contrigiosa	1
Linfatismo	1	Mudo	4
Parálisis agitante	1	Flebitis	1
Ceguera	9	Imosdida	1
Baldada	1	Inutil	1
Coja	1	anormal	1
Tonto	7	Subnormal profundo	1
Paludismo	4	Desnutrido	2
Enfermo de pecho.	1	Sordo, ciego, tonto	1

TABLA VII
=====

RECONOCIMIENTOS POR APARATOS

P. ocular	13	M. infecciosas	4
P. respiratoria	6	Cancer	1
P. cardiaca	3	P. urinaria	1
P. digestiva	2	P. sistema locomotor	5
P. sistema nervioso	17	Otorrinolaringología	5
p. circulatoria	2		

DISTRIBUCION DE LOS FALLECIMIENTOS POR APARATOS.-

PATOLOGIA RESPIRATORIA.-

Tuberculosis.-	50	53%
Enfisema.-	1	1.06%
Difteria.-	1	1.06%
Hemoptisis.-	1	1.06%
Pulmonia.-	5	5.3%
Grippe.-	8	8.48%
Coqueluche.-	1	1.06%
Derrame.-	4	4.24%
Bronquitis cronica.-	3	3.18%
Neumonia sarampinosa.-	1	1.06%
Asma senil.-	1	1.06%
Bronquitis fétida.-	1	1.06%
Congestion pulmonar.-	1	1.06%
Consumición.-	15	15.9%
C R U P (placas de difteria)	1	1.06%
TOTAL	94	21.81% (1)

(1) Percentage del total de muertes por aparatos.

PATOLOGIA CARDIOCIRCULATORIA.-

Purpura hemorrágica.-	4	6.15%
Lesión orgánica del corazón.- . . .	24	36.92%
Colapso.-	4	6.15%
Hemorragia cerebral.-	7	10.11%
Endocarditis infecciosa.-	2	3.08%
Anemia.-	1	1.54%
Insuficiencia valvular.-	1	1.54%
Embolia cerebral.-	4	6.15%
Hipertrofia cardíaca.-	2	3.06%
Arterioesclerosis.-	5	7.69%
Asma cardíaco.-	2	2.06%
Anasarca.-	1	1.54%
Miocarditis.-	2	3.08%
Asistolia.-	3	4.61%
Flebitis.-	1	1.54%
Infarto de miocardio.-	1	1.54%
Pericarditis.-	1	1.54%

TOTAL65 15.08%(1)

PATOLOGIA DEL SISTEMA NERVIOSO.-

Microbiosis cerebral.-	1	1.96%
Hemiplegia.-	3	5.88%
Apoplegia.-	4	7.84%
Meningitis.-	13	25.49%
Ataxia locomotriz.-	1	1.96%
Esclerosis medular.-	4	7.84%
Reblandecimiento cerebral.-	15	29.41%
Mielitis.-	1	1.96%
Paraplegia.-	1	1.96%
Anemia cerebral.-	1	1.96%
Reblandecimiento cerebral.-	2	3.92%
Congestión cerebral.-	3	5.88%
Encefalitis.-	1	1.96%
Derrame cerebral.-	1	1.96%
Desequilibrio nervioso.-	1	1.96%

TOTAL51 11.83%(1)

PATOLOGIA DIGESTIVA.-

Enteritis.-	4	8.88%
Catarrro intestinal.-	2	4.44%
Fenomeno de la dentición.-	2	4.44%
Gastroenteritis cronica.-	11	24.44%
Tifus.-	4	8.88%
Disenteria.-	5	11.11%
Diarrea.-	2	4.44%
Paratífus.-	1	2.22%
Gastritis ulcerosa.-	1	2.22%
Ascitis.-	1	2.22%
Oclusión intestinal.-	1	2.22%
Inanición.-	4	8.88%
Tabes mesenterica.-	1	2.22%
Cólico por indigestión.-	2	4.44%
Cáncer de estómago.-	1	2.22%
Infección intestinal crónica.-	1	2.22%
Tuberculosis mesentérica.-	2	4.44%

TOTAL. 45 10.44%(1)

ALIMENTA FLUOROSA.-

Viruela confluenta.-	3	.....	15.79%
Varanión.-	2	.....	10.53%
Escrofulismo.-	2	.....	10.53%
Vacuna.-	1	.....	5.26%
Infección.-	1	.....	5.26%
Úlcera gangrenosa.-	1	.....	5.26%
Varanión.-	1	.....	5.26%
Erisipela flemonosa	1	.....	5.26%
Piemia.-	1	.....	5.26%
Septicemia.-	2	.....	10.53%
Sífilis.-	1	.....	5.26%
Calenturas infecciosas.-	1	.....	5.26%
Parotiditis.-	1	.....	5.26%
Gangrena de la boca.-	1	.....	5.26%

TOTAL 19 4.41%(1)

PATOLOGIA DEL APARATO URINARIO.-

Uremia aguda.-	2	10.57
Nefritis.-	1	51.31
TOTAL	2	1.02(1)

PATOLOGIA OSTEOARTICULAR.-

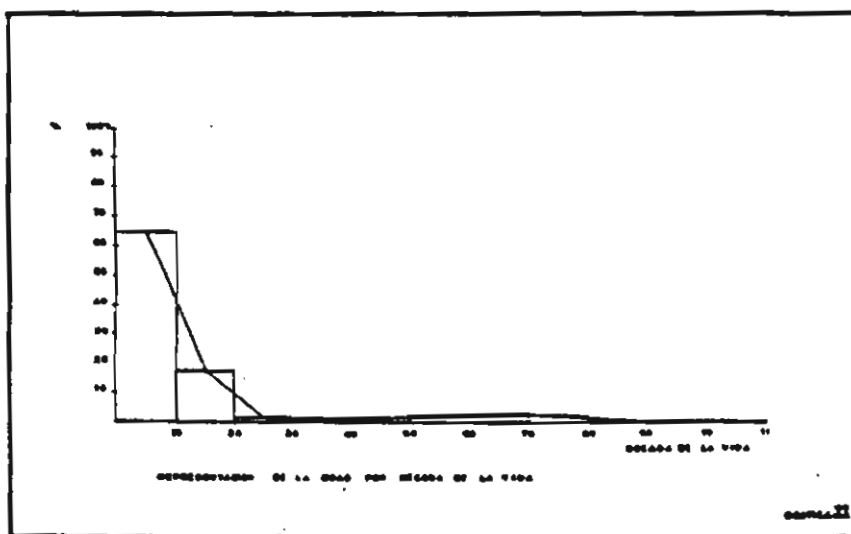
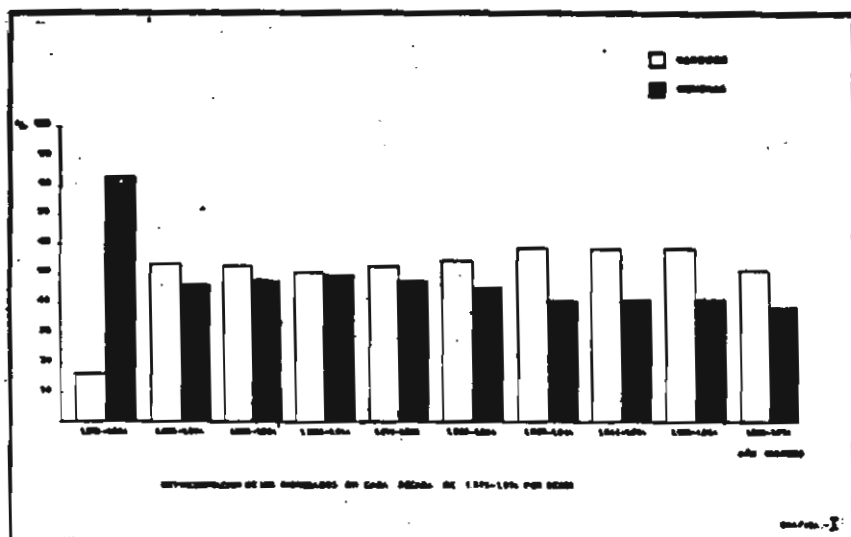
Traumatismos.-cerebral.-	1	20.91
Raquitismo.-	2	40.00
Osteomielitis de fémur.-	1	20.00
Mal de Pott.-	1	20.00
TOTAL	5	1.18(1)

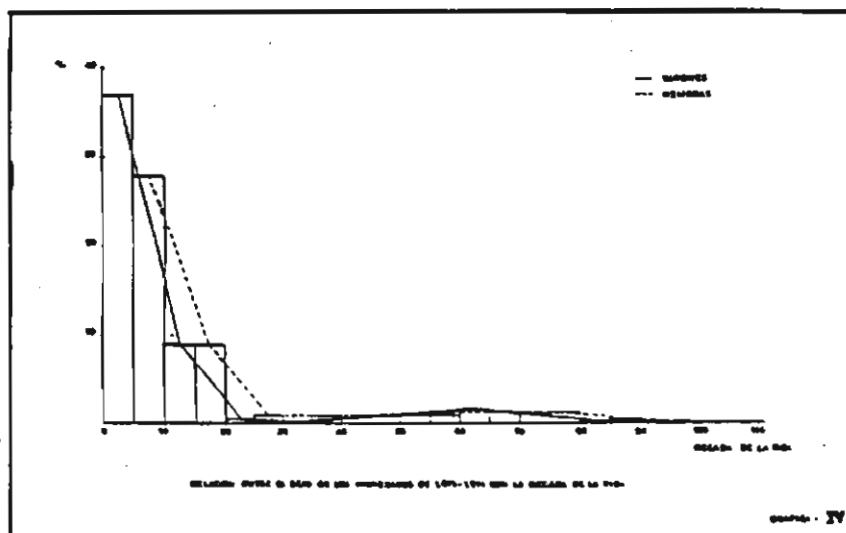
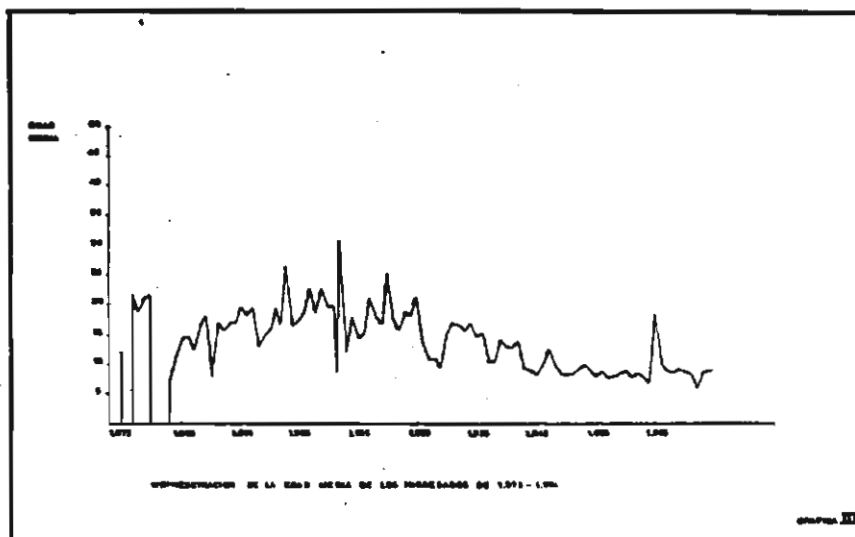
OTRAS CAUSAS.-

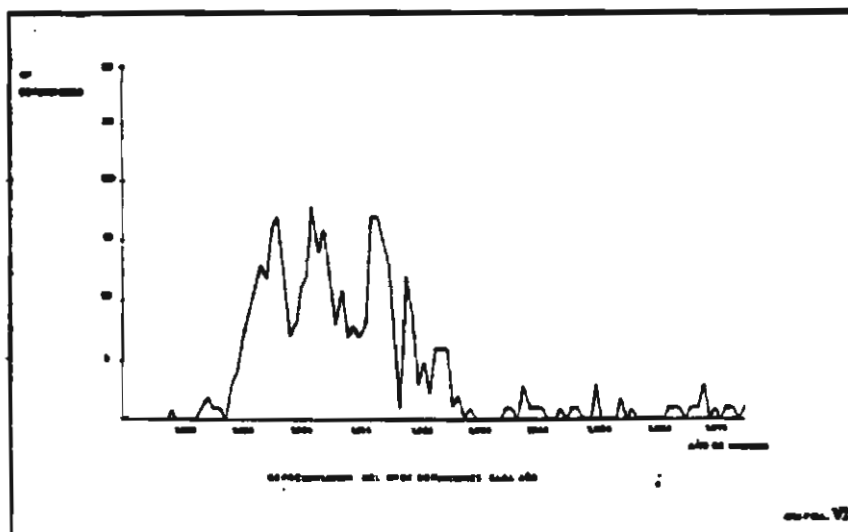
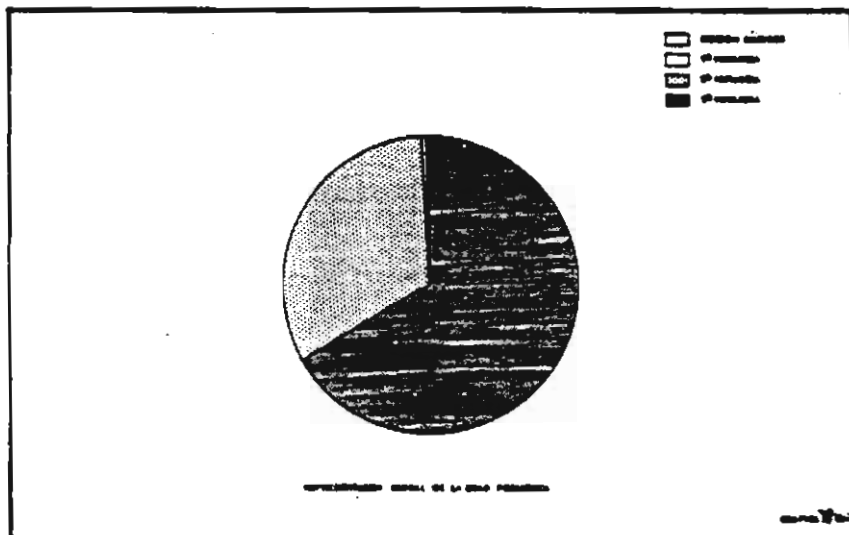
Debilidad senil y senectud.-	58	94.74
Ahogado en el mar.-	1	0.25
Cáncer.-	4	0.93
Diabetes.-	1	0.25
Pneumonia.-	1	0.25
Úlcera por decúbito.-	1	0.25
TOTAL	61	15.94(1)

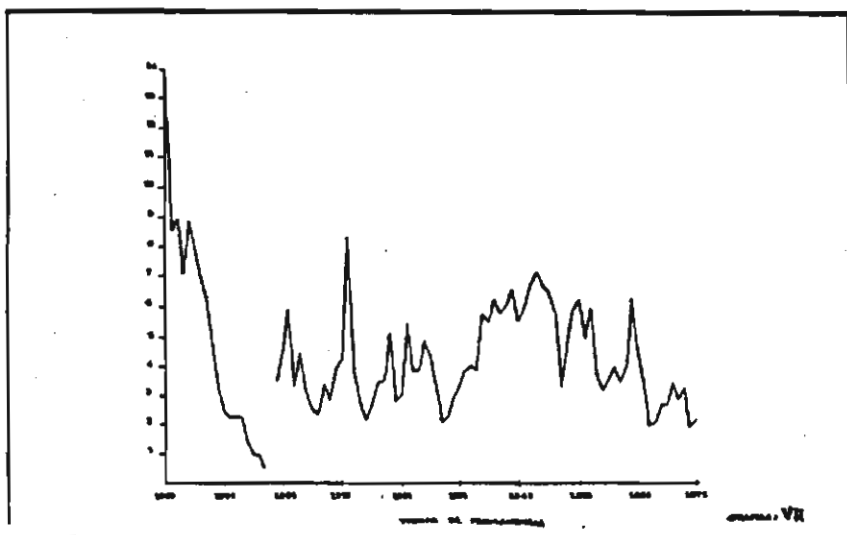
PAUTA DESCONOCIDA.- 24 19.493 (1)

TOTAL FALLECIMIENTOS 431.









EL LORQUINO DOMINGO CASTILLEJOS Y SU PRODUCCION CIENTIFICA EN EL REAL COLEGIO DE CIRUGIA DE CADIZ

Cabrera Afonso, J.R.; Márquez Espinós, C.; Fuentes Ximénez, J.L.
Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

En los distintos estudios que estamos realizando para ampliar el conocimiento del Real Colegio de Cirugía de Cádiz y de su personal, tanto docente como discente, durante el siglo XVIII, nos ha llamado la atención la persona y obras de Domingo Castillejos, alumno primero y profesor después, en dicha Institución Ilustrada, de cuya personalidad hacemos un estudio previo que presentamos como un avance de una investigación en curso, que esperamos dé futuro frutos.

Domingo Castillejos Muñoz (1), natural de Lorca, de la Diócesis de Murcia, entró como colegial en el Real Colegio el cinco de mayo de 1759. Durante su estancia en él fue un buen alumno, como lo demuestra el haber obtenido la máxima aplicación y ser propuesto para premio de fin de carrera, así como la inexistencia de deméritos en su expediente, en el cual sólo constan las calificaciones de 1761, en que obtuvo censura de "Bueno" en Anatomía, Fisiología y Patología; en 1762 también fue "Bueno" en la "classe de operacio^s ." -que incluía las materias de Osteología, Anatomía, Fisiología, Higiene, Patología, Terapéutica y Operaciones-; el 29 de septiembre de 1763 realizó una disertación pública, como era preceptivo para los alumnos de los últimos cursos, en la que expuso las diferencias que existen entre el empiema y los abscesos que se forman en el pecho. En la "Lista" del examen general, enviada a la Corte este año, firmada el 13 de octubre por el Cirujano Mayor, Francisco Nueve Iglesias, se refiere que Castillejos, junto con tres colegiales más, tuvieron "exámenes públicos" ante la asistencia de "personas de distinción de todos los Cuerpos" que favorecían al Colegio, haciéndolo los cuatro tan sumamente bien y a satisfacción de asistentes y Maestros que Nueve Iglesias solicita que se les dé a los cuatro, en lugar de a los dos de costumbre, el premio de Primer Cirujano de la Armada, ya que asegura él "...que entre los quatro reconosco poca ô ninguna diferencia...". Parece ser que no se premió a ninguno, probablemente para no alterar la norma de dar sólo dos premios cada año, por lo tanto, ascendió a Cirujano Segundo, al parecer, antes

del 14 de mayo de 1764, fecha en que se le da viaje para ir a La Habana en el Navío "San Cristobal", mercante, bajo las órdenes del Capitán D. "Antt.^o Fernánde" y repitió viaje en 1765.

En el año de 1764 se le confirió el Grado de Bachiller en Filosofía por el Real Colegio, del que era Profesor en 1771.

Las últimas noticias que de él tenemos corresponden al 17 de noviembre de 1786, por lo que hubo de fallecer con posterioridad a esta fecha.

Durante su estancia en el Real Colegio, Domingo Castillejos produjo un impreso y colaboró con ocho "Observaciones" manuscritas en las Asambleas Colegiales, siendo además censor de otras 18. No existe ningún otro escrito referido a las bio-bibliografías usuales (2), ni aún el impreso localizado está referido en ellas ni lo recoge Palau (3), por lo que constituye una primicia que el primer firmante de este trabajo tuvo ocasión de localizar durante la realización de su Tesis de Licenciatura (4).

En el primer Libro de Actas del Real Colegio de Cirugía de Cádiz están reproducidas las "Actas o acuerdos de la Asamblea extraordinaria celebrada el día 24 de septiembre de 1764", en cuyo punto primero dice literalmente:

"Se determinó, que todos los años se abriesen los estudios comenzando por una Oración inaugural, y exhortativa pro Colegio la que será pronunciada por aquel Mrô. en quien recaiere la pluralidad de votos de los demás, debiendo ser electivo, y se tendrá presente, que dhâ. Lección se debe hacer con una año de anticipación.." (5).

Este acuerdo particular del Colegio de Cádiz se cumplió en los tres Colegios, de tal forma que, a partir de este año, en la apertura de cada curso leía su "lección magistral" uno de los Maestros, por turno, y el tema solía ser generalmente para fomentar las ansias de estudio de los colegiales y su aplicación a la cirugía o para apologiar el progreso que supusieron las Instituciones de que hablamos, "pro Colegio".

Sabemos que al menos veinte de estas Oraciones Inaugurales se imprimieron.

Pues bien, a consecuencia de ésto en 1772, Domingo Castillejos publica el Discurso (6) que pronunció en el acto de apertura de Curso, el 5 de octubre de 1771, presidido por el Cirujano Mayor y Vice-Presidente del Colegio, Francisco Canivell y Vila.

Las 94 páginas del libro están estructuradas en una Introducción y dos capítulos, que vamos a tratar de desglosar.

Inicia su trabajo indicando que: "Nada hay para los hombres (...) mas util, y precioso que la Salud" y a su adquisición y conservación debe dedicarse un particular estudio; esta función de conservación y defensa de las enfermedades la desempeña el "Industrioso Profesor de la Medicina", que trata de hacerlo con rapidez y seguridad, para lo cual es imprescindible conocer los medios necesarios para su consecución, elegirlos adecuadamente y aplicarlos con cautela, actuando así con prudencia, que es "maestra de las virtudes" ya que la Medicina es la Ciencia que necesita la mayor prudencia en su tarea, y así lo manifestó Hipócrates al expresar que el Profesional "...en la asistencia de los Enfermos debe saber lo pasado, entender lo presente, y alcanzar lo futuro", y sólo será buen profesor el que cumpla esto "...porque el conocimiento de las cosas pasadas sirve de antecedente para fundar el discurso, el de las presentes es necesario para poder comprender todas las circunstancias que acompañan la enfermedad que se presenta, y el de lo futuro es indispensable para prevenir los accidentes que puedan resultar, y predecir el suceso" (pp. I-IV).

Añade que para proceder con prudencia en el aprendizaje de dicha Profesión es imprescindible el conocimiento y enlace de todo lo que conduzca a tal fin, "...por lo que siendo la Cirugía la parte más principal, y util de la Medicina, el modo de adquirirla merece toda nuestra atención, y mas siendo nuestro principal instituto" (pp. IV-V).

La Cirugía, dice, es el Arte que se origina cuando el hombre necesita ser auxiliado por la operación de una mano inteligente para sus males, y añade que, considerando el orden natural de las cosas, la Cirugía es la primera parte de la Medicina "...que logró ser tratada methodicamente, y que supone los conocimientos mas seguros", porque se funda sobre principios ciertos y sus efectos son palpables; sin embargo y por el contrario, cuando se cura una enfermedad interna siempre se puede dudar si la salud se obtuvo por la Medicina o por la naturaleza. De otra parte, la Farmacia ha sido sólo empirismo que elige el medicamento mediante tanteo de su virtud curadora, pero en realidad no se sabe el modo de obrar de los remedios (pp. V-VII).

Las enfermedades externas, por apreciarse directamente por los sentidos, nos indican los medios más adecuados para curarlas, pero sólo la razón y el entendimiento nos permiten hacer una aplicación justa de ellos,

determinándonos la conducta a seguir en cada caso (pp. VII-VIII).

En un momento de su historia, -indica- la Medicina era muy extensa, por lo que hubo de dividirse en varios ramos, apareciendo entonces la Cirugía entre otros, quedando el tratamiento de las Enfermedades Internas para los Físicos "...que profesaban la parte dietetica...", y para "...los Medicos conocidos despues con el nombre de Cirujanos..." el tratamiento de las enfermedades que necesitan de "la mano". La Farmacia, por su parte, auxilia a unos y a otros (pp. VII-IX).

Tras expresar que esta división de la Medicina es aceptada en muchos países y por muchos sabios, informa que también existen profesionales que están titulados en ambas ramas, siendo doblemente útiles a los pacientes, como pueden ser Geiger, Plazzoni, Le Cat, Quesnay, Heister, Petit, Albino, etc., así como "...muchos de los Maestros de este Real Colegio" (p. IX-X).

Luego expresa que la cualidad de Médico es común al Cirujano y al Físico, porque Médico viene de Medeor o Medicor, esto es, curar; como todos ellos curan, todos son Médicos y se diferencian sólo en la forma de actuar, no debiendo existir superioridad de ninguno de sus profesionales en relación a los otros, aunque "...por la certidumbre la Cirugía se hace superior a la Medicina", para cuya corroboración cita a Jan van Horne (pp. X-XI).

A continuación manifiesta que esta "Medicina" (la Cirugía), tras largo tiempo, floreció en Francia y luego en España, pero con más fuerza y vigor a pesar de llevar menor número de años de fundado el Colegio; y tras esta apología de su Institución, hace otra del Monarca (Carlos III), del Vicepresidente (Canivell) y del fundador (Virgili). Finalmente enfatiza sobre la Cirugía y la preparación y el honor con que debe ejercerse, hablando de su historia, cuyo origen situa en el Centauro Quirón, y cuya definición, según Castillejos, es: "Aquella parte de la Medicina que da los preceptos, y reglas para el conocimiento, y Curación de las Enfermedades que piden la Operación de la mano". Por último dedica buen tiempo y espacio a dividir la Cirugía en dos partes: la Teórica, o docente, que él considera coencias; y la Práctica, o docente, que considera Arte, "...de donde se infiere que puede haver buenos Cirujanos Theoricos, sin serlos practicos, pero no lo contrario pues les falta los conocimientos Scientificos para dirigirse segun las reglas dictadas por la recta razon..." (pp. XII-XVIII).

Para apoyar todo lo antedicho aconseja que se lea a los autores de este largo texto, entre los que se encuentran Cicerón, Hipócrates

tes, Celso, Jan van Horne, Guy de Chauliac, Giovanni Andrea della Croce, Geiger, Plazzoni, Le Cat, Quesnay, Heister, Petit, Albino, etc.

Finaliza esta especie de Introducción expresando que pretende convencer al auditorio de la utilidad y necesidad de dominar la Cirugía tanto en cuanto a Ciencia, como en cuanto a Arte.

En la "Parte Primera" (pp. XXI-XL) se propone demostrar la necesidad de "...juntar las letras a la Cirugía como ciencia", para poder dominarla convenientemente.

Dice que todas las ciencias tienen por base una colección de principios que se denomina Teórica, y que para aprender esos principios se necesita un buen Método. Por lo tanto, debe explicar ambas cosas para demostrar "...que con las letras se alcanza con más facilidad, se adquiere con mas perfección, y se posee con mas solidez" el conocimiento de la ciencia quirúrgica.

En el primer apartado titulado "Theorica" (pp. XXII-XXVII) trata de enumerar los pasos que ha de seguir el joven que quiera convertirse en un verdadero Cirujano Latino.

Indica que tras las generalidades, lo más importante es el cuerpo humano, sin cuyo exhaustivo conocimiento anatómico y fisiológico no puede proseguir el estudio, a los que unirá los conocimientos higiénicos.

Tras estas bases se iniciará en la "Patología" y sus problemas diagnósticos y pronósticos, aprendido lo cual se acercará a la práctica en el estudio de la "Terapéutica", entre cuyos medios están los Medicamentos, la aplicación del hierro o del fuego y la Cirugía.

Una vez perfectamente conocido todo lo anterior, se podrá pasar a estudiar las enfermedades que necesitan de la mano, esto es, las "Operaciones", las complicaciones que en ellas puedan ocurrir.

En el segundo apartado de "Methodo" (pp. XXVII-XL) intenta explicar cómo y con qué orden se debe estudiar lo anterior y la utilidad de las "letras" para obtener un buen método en la "Theorica de la Cirugía".

Indica primero que debido al rico vocabulario quirúrgico es conveniente dominar el Griego y el Latín o, al menos, con éste último ser suficiente porque: Eruditorum vinculum, Eruditionis vehiculum. Por lo tanto, el primer estudio será el de las lenguas que permitirá leer más y mejor los libros de Cirugía.

Se sigue el estudio de la Medicina y de la Fisiología.

la cual la Física es la más esencial para el cirujano, a fin de aplicarla a la Anatomía; otra parte importante de la "Philosophía" es la Lógica, sobre todo cuando se pase a estudiar la Patología, ayudando a deducir un Pronóstico.

Castillejos explica distintas circunstancias por las que considere estos estudios básicos para el futuro cirujano, no sólo para explicarle bien al enfermo lo que tiene y que éste le deje actuar sin alarmarse; o para convencer a sus colegas en caso de una consulta, que piensen la conveniencia de un cambio de tratamiento, sino también cuando sea consultado por los Tribunales sobre algún caso dudoso o raro, en que si explica su dictamen claramente se evitarán males mayores. En su apoyo, el autor menciona a personalidades como Cicerón, "Vido-vidio" (Vidus Vidius) y Heister.

En la "Segunda Parte" (pp. XLI-XCIV) pretende, Domingo Castillejos, demostrar la necesidad de las "letras" en la Cirugía considerada como Arte, como práctica.

Comienza con una apología del Real Colegio sin nombrarlo (p. XLI-XLVII), alegando que el cirujano, si no tuviese conocimientos teóricos, sería un mero practicón que dependería del Médico o del Cirujano Latino para exterminar la causa antecedente que puede retardar la curación. Si malo es sólo ser práctico, también lo es ser sólo teórico, puesto que se encontrará problemas a cada momento de su ejercicio profesional; "...es menester pues tener la Ciencia en el ojo, y el Arte en la mano".

Expresa que si las "letras" no le vienen mal a los prácticos de cualquier arte, menos le vendrá mal al cirujano, aunque hipotéticamente lo desprendiéramos de la Teórica, y sin su concurso no podría avanzar la práctica quirúrgica.

A partir de la página LIII, podemos considerar que se trata de un largo Epílogo que se inicia ensalzando al Colegio en que ingresan los jóvenes a quienes se está dirigiendo, así como manifiesta que, debido a los estudios previos a que se ha referido anteriormente, podrán obtener el Título de Cirujano Latino.

Continúa haciendo un desglose de todas y cada una de las asignaturas que cursarán a lo largo de la carrera: Física, Matemáticas, Anatomía (Osteología y Sarcología), Fisiología, Higiene, Patología (Etiología, Nosología, Semiótica, Sintomatología, Uroscopia y pulso), Terapéutica, Enfermedades de las mujeres (Preñadas o no), Enfermedades de los niños, Operaciones y Enfermedades de Huesos.

Luego dedica una gran extensión a tratar de demostrar la superioridad y mayor antigüedad de la Cirugía en relación a la Medicina, entendida ésta como Dietética y Farmacia, para lo que utiliza autores como Hipócrates, Cornelio Celso, Galeno, Platner, van Horne, Andres de la Cruz, etc, e incluso mencionando repetidas veces el Génesis. Así mismo expresa ejemplos prácticos por lo que es necesario tener un conocimiento total médico-quirúrgico y de ahí el que se estudien ambos en el Colegio, añadiendo a los anteriormente referidos, las materias de Química, Farmacia, Materia Médica y Botánica. (pp LVIII-LXXXVII).

Finalmente, habla de las posibles salidas profesionales tras la carrera, en la Armada, Ejército, Carrera de Indias, Maestros de los Reales Colegios, Reales Hospitales, o incluso en la práctica privada.

Y para terminar arenga a los alumnos para que aprovechen el tiempo y la oportunidad de una enseñanza tutelada por los Maestros.

Con respecto a las observaciones y censuras que Domingo Castillejos presentó en las Asambleas o Juntas Literarias semanales que se celebraran en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, recordemos que fue autor de ocho observaciones y coautor de 18 censuras, presentadas entre los años 1771 y 1785 (7), período de tiempo comprendido en lo que Ferrer (8) denomina "etapa de estabilización" en la vida cultural y económica del Real Colegio, la cual abarca desde 1759 a 1795.

Todas sus observaciones tienen, lógicamente, una estructura común. En primer lugar, realiza una introducción en la que justifica por qué ha elegido el caso clínico en cuestión. Continúa con el relato de la enfermedad, que se ajusta al canon de la historia clínica de Boerhaave (9); siguen unas reflexiones y, posteriormente, la censura realizada por autores distintos.

En estas observaciones, Castillejos intenta realizar docencia, al contrario de lo que ocurre con otros autores de observaciones. Generalmente, pretende establecer cuan necesario es indagar las causas de las enfermedades para poder proporcionar los medios más propios para destruirlas, según el axioma "cognitio morbi, est inventio remedii".

Como él mismo confiesa: "...la experiencia radicada en las continuas observaciones ilustra nuestro espíritu para fecundizarnos en las curaciones de las enfermedades y arraigarnos en la doctrina que nos han instruído. La observación sola ha caracterizado los casos en que son inestables las

operaciones quirúrgicas desengañando en los que son superfluas y declarando en los que la naturaleza sola puede, ayudada del artífice, sin recurrir, a operaciones..." (10).

La materia que trata en estas ocho observaciones es heterogénea; así en la primera (11) expone un caso de una niña de ocho años "que le había acometido un accidente del que perdió el habla", hallándola "lethárgica". Tras explorarla encontró un tumor debajo de la lengua, diagnosticando una rá-nula.

En la segunda (12), expone un caso de una mujer de 36 años a la que diagnosticó "gonorrea" y en cuyo tratamiento recurrió al ungüento de mer-curio.

En las observaciones cuarta (13) y quinta (14) expone tres casos de traumatismos craneoencefálicos con la actitud terapéutica seguida. Dos de los pacientes fallecieron y les practicó la necropsia.

Otras dos observaciones corresponden a abscesos en la pared del abdomen (15) (16), otra a una fístula de año (17) y, la última, corresponde a la observación de una herida con sección "de la arteria brachial, vena y el nervio mediano" (18). En este caso no se amputó el brazo falleciendo el paciente y tras la descripción de la necropsia, Domingo Castillejos reflexio-na sobre la oportunidad o inoportunidad de amputar el brazo a este paciente in vivo, llegando a la conclusión de que el exitus se hubiera producido de igual forma si se hubiera amputado. El censor, Francisco Martínez, se muestra de acuerdo con el proceder y las reflexiones de Castillejos.

En cuanto a las 18 censuras de observaciones realizadas por Domingo Castillejos, en todas se muestra conforme con el proceder de los distintos autores, por lo que relativamente carece de interés su aportación personal, dado lo cual obviamos su referencia.

Con este trabajo, hemos intentado, únicamente, dar conocimiento de un apunte previo sobre un estudio más profundo de la biografía y aportacio-nes de este alumno y profesor del Real Colegio de Medicina y Cirugía de la Armada en Cádiz, natural de Lorca, que destaca entre otras cosas por las im-bricaciones docentes de sus escritos, quizá no suficientemente valorados.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Actualmente conocemos pocos datos acerca de su biografía. Cf.: Libro de Matrículas 1. p. 132. Arch. Fac. Med. Cádiz (en lo sucesivo A.F.M.C.); Libro de Matrículas 6 (Processus Collegiarum). f. 97 v. A.F.M.C.; Libro de Matrículas 7 (Processus Collegiarum). f. 144 (201). A.F.M.C.; "Lista de Examen de los Colegiales existentes en este Real Seminario, en el presente año de 1763". Arch. Gral. Simancas. Sec. Marina. Leg. 220; Libro de Actas. Año de 1751. pp. 71-72. A.F.M.C.; FERRER, Diego: Historia del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz, segunda edición fac-símil. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz, 1983 pp. 118 y 278; MARQUEZ ESPINOS, Carlos: Las Juntas Literarias del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Catálogo de las "observaciones" manuscritas (1742-1836). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz 1986, pp. 100 a 122.
- (2) Hemos consultado: GRANJEL, Luis S., SANTANDER RODRIGUEZ, María Teresa: Indice de Médicos Españoles. Salamanca, 1962; GRANJEL, Luis S.: Bibliografía Histórica de la Medicina Española. 2 vols. Salamanca, 1965-66; CHINCHILLA, Anastasio: Anales Históricos de la Medicina en General y Biográficos-Bibliográficos de la Española en particular. Historia de la Medicina Española. 4 vols. Edición facsímil de Johnson Reprint Corporation. New York and London, 1967; HERNANDEZ MOREJON, Antonio: Historia Bibliográfica de la Medicina Española. 7 vols. Edición facsímil de la Johnson Reprint Corporation. New York and London, 1967; LOPEZ PIÑERO, J.M.; PESET REIG, M.; GARCIA BALLESTER, L.: Bibliografía histórica sobre la Ciencia y la Técnica en España. Valencia-Granada, 1973. 2 vols.; FERRANDIZ ARAUJO, Carlos: Bibliografía Histórica de las Ciencias Médicas en Murcia. Primera Selección. Academia Alfonso X el Sabio. Murcia, 1977; OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Bibliografía Médico-Científica Gaditana. "Casi no Gaditano". Cádiz, 1981; LOPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, Th.F.; NAVARRO BRÓTONS, V.; PORTELA MARCO, E.: Diccionario histórico de la Ciencia Moderna en España. Península. Barcelona, 1983. 2 vols.
- (3) PALAU Y DULCET, Antonio: Manual del Librero Hispano-Americano. Bibliografía General Española e Hispano-Americana desde la invención de la imprenta hasta nuestros tiempos con el valor comercial de los impresos descritos, por 2ª edic. corr. y aum. Antonio Palau y Dulcet. Barcelona, 1948-1977. 28 vols.
- (4) CABRERA AFONSO, Juan Rafael: La Producción Bibliográfica de los Reales Colegios de Cirugía durante el siglo XVIII. Catalogación y Estudio Crítico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de Cádiz. 1984.
- (5) Libro de Actas. Año de 1751. p. 68. A.F.M.C.; Cf.: LOPEZ RODRIGUEZ, Antonio: El Real Colegio de Cirugía de Cádiz y su época. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla, 1969. p. 5.
- (6) CASTILLEJO, Domingo. Discurso, que para la renovación de los estudios dixo en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz el día 5. de Octubre de 1771 Don ---, uno de sus Maestros; presidiendo este acto Don Francisco Canivell, Cirujano Mayor de la Real Armada, y Vice-Presidente de dicho Cole-

gio; Sale a luz a expensas de dicho Real Colegio. Con licencia: En Cadiz en la Imprenta Real de Marina de Don Manuel Espinosa de los Monteros. Año de 1772. 1 h. XCIV pp. 1 h. 24 x 16,5 cm.

- (7) MARQUEZ ESPINOS, Carlos: Las Juntas Literarias del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Catálogo de las "observaciones" manuscritas (1742-1836). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz, 1986. pp. 164 y 166.
- (8) FERRER, Diego: Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, segunda edición facsímil. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz. Cádiz, 1983. p. 338.
- (9) LAIN ENTRALGO, Pedro: La Historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico, 2ª edic. Salvat. Barcelona, 1961. pp. 144 y 190.
- (10) CASTILLEJOS, Domingo: Observación sin título. ("La experiencia radicada con las continuas obserbaciones ylustranrô spiritû..."). "Cadiz El Coleg^o à 11 de 1776". 12 pp. (205 x 150 mm.). p. 1. A.F.M.C. Observación nº 146
- (11) IDEM: Observación sin título. ("Se presentan à ocasiones las enfermedades..."). "Cadiz 1773". 12 pp. (200 x 150 mm.). A.F.M.C. Observación nº 126.
- (12) IDEM: Observación sin título. ("En el mes de Febrero de 1769..."). 1774. Cuadernillo de 16 pp. (205 x 145 mm.). A.F.M.C. Observación nº 137.
- (13) IDEM: Op. cit. en (n. 10).
- (14) IDEM: Observación sin título. ("Observacion. Son tales y tan diferentes los estragos q^e se siguen a las heridas de cabeza..."). "Cadiz 11 de Abril de 1782". Cuadernillo de 16 pp. (210 x 150 mm.). A.F.M.C. Observación nº 162.
- (15) IDEM: Observación sin título. ("En Agosto de 177(roto)(lle)gando a V(e-ger), villa de este Obispado..."). "9 de Feb^o de 1775". Cuadernillo de 12 pp. (210 x 150 mm.). A.F.M.C. Observación nº 139.
- (16) IDEM: Observación sin título. ("Es tan provida naturaleza..."). "Cadiz 11 de Mayo de 1786". Cuadernillo de 10 pp. (210 x 150 mm.). A.F.M.C. Observación nº 184.
- (17) IDEM: Observación sin título. ("El dia catorze de Junio de este año...") "Oct^o 18 de 1780". 8 pp. (200 x 160 mm.). A.F.M.C. Observación nº 155.
- (18) IDEM: Observación sin título. ("Entre el prodigioso numero de enfermed^s. .."). "Real Colegio de Cirugia a 25 de Enero e 1781". Cuadernillo de 8 pp. (210 x 150 mm.). A.F.M.C. Observación nº 157.

EL CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS EN LOS DISCURSOS PHYSICO-MEDICOS (1752), DE FRANCISCO CERDÁN

Báguena Cervellera, M.J.

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Valencia.

El problema de la contagiosidad de la tuberculosis suscitó una gran polémica en el siglo XVIII, dando lugar a una abundante literatura sobre el tema. Francisco Cerdán, en su obra "Discursos physico-médicos, políticos-morales, que tratan ser toda calentura héctica contagiosa esencia del universal contagio, y medios para percaverlo", escrita en 1752, defendió la contagiosidad de la fiebre héctica. Desde su antisistemático rebatió las tesis anticontagionistas, basado en la observación clínica de múltiples casos. Fiel representante de la medicina escéptica encabezada por Martín Martínez, defendió la experiencia según la tradición hipocrática y rechazó frontalmente la especulación.

Francisco Cerdán fue natural de Villena. Tras estudiar la carrera de medicina en Valencia, ejerció como médico titular de las Villas de Monteaigre, Fabara, Villena y Bonilla. Ocupó asimismo el cargo de examinador subdelegado del Real Protomedicato y fue socio honorario de la Real Academia médica matritense y de la de N. S. de la Esperanza de Madrid.

En 1752, año de publicación de la obra analizada, estaba en vigor el decreto de 6 de octubre de 1751 que obligaba a los médicos a hacer declaración de las fiebres hécticas y establecía normas para la preservación de todos los contagios, entre ellos el héctico. La rigurosidad de esta ley, que cien años después seguía vigente, hizo que médicos anticontagionistas diagnosticaran en falso para preservar a los enfermos y sus familiares del cumplimiento de dichas normas.

Los "Discursos physico-médicos..." es una obra en 4º que consta de 151 páginas. El ejemplar consultado pertenece a la Biblioteca Peset, de los fondos de la Biblioteca Histórico-médica de Valencia. Está dedicada a D. Fernando García Díaz de Almansa, párroco de Fabara, de donde Cerdán era titular al escribir la obra. Tanto en la censura de la obra, realizada por Sebastián Ximénez de Quesada, como en la aprobación y dictamen de Antonio Thomás, ambos médicos murcianos, se defiende la postura del autor sobre la contagio-

sidad de las fiebres héticas. que Cerdán expone claramente en el proemio de la obra: "La experiencia pues. junta con la repetida observación, son los dos caminos para errar menos en esta Apolínea Facultad, según lo predixo el gran Chanciller de Inglaterra Bacon de Verulamio, y por éstos he de encaminar mis Discursos, declarando por nada constantes, ni eficaces los fundamentos de los Autores, que defienden no ser toda hética contagiosidad" (1).

El primer discurso, titulado "qué sea contagio y sus diferencias" comienza con una alusión a la obra de Fracastoro De morbis contagiosis, la primera en hablar del contagio desde un punto de vista moderno. Estas ideas eran seguidas en la época por médicos como Virrey y Mange, Baguer y José Antonio Bernabeu (2) quienes, sin embargo, excluían el contagio entre hombres y animales, posibilidad admitida por Cerdán. El médico murciano, apoyado entre otros en Bernardino Ramazzini (3), cree que si hombres y animales tienen la misma composición (partes sólidas, líquidas y aéreas) pueden infectarse unos a otros. Un mecanismo de transmisión podían ser los alimentos. El autor vuelve así a su favor un argumento utilizado por Miguel Etmulero (4), para quien "la peste de los irracionales" provenía de alimentos dañados con erugo, anublo o arroya. Cerdán opinaba que el consumo de animales infectados era una fuente de contagio para el hombre. Hoffmann, en su obra Medicina reationalis systematica había hablado de "... una perenne evaporación de diversas pinguedinosas partecillas de todos los sublunares vivientes, como a beneficio de el Microscopio hizo patentes el ya citado Leuwenoeck...". Unidas estas partículas a una supuesta sal azufrosa universal y a otras sales de los minerales y de las plantas, impregnaban las "fibras elásticas" del aire. El rocío las disolvía y destiladas por el sol, caían sobre las plantas, corroyendo los frutos y secando la planta (5). Era el "agua cáustica" de Ramazzini. Según Hoffmann, el hombre se infectaba con tan sólo pisar el rocío con los pies desnudos. Para Leuwenhock, la causa de esta enfermedad vegetal, el anublo, era el peso del rocío que rompía los estambres y privaba a los frutos de su nutrición. Cerdán se inclinó por la opinión de Hoffmann ya que en las plantas dañadas "...aparece una especie de erumbre demonstrativa de la mezcla de dichas sales" (6). Si estos alimentos con anublo eran los que ocasionaban las enfermedades pestilentes en los irracionales, el autor se pregunta por qué no pueden contagiar también a los racionales.

El contagio directo entre los animales y el hombre era fruto de unos humores venenosos engendrados en los primeros y que al pasar al hombre

le ocasionaban la misma enfermedad. Esta hipótesis de Cerdán no era compartida unánimemente en la época y una "constitución epidémica" de animales y hombres era atribuida a una causa común, como aire infectado o alimentos contaminados (7). Fracastoro y diversos autores con él, solo admitían como enfermedades contagiosas aquellas transmitidas por fómites y no por contacto físico. Su ejemplo de la rabia como modelo de enfermedad no contagiosa según este principio, fue rebatido por Cerdán, quien con ejemplos sacados de Etmulero, Palmario y Zacuto Lusitano entre otros demostraba la contagiosidad de la rabia por fómites (8).

El resto del discurso está dedicado al estudio de la esencia del contagio. Difiere de Virrey, Baguer y otros autores que con Fracastoro consideran inseparables del fermento contagioso las cualidades de "lentor y viscosidad" (9). Se apoyan en el hecho de que en verano cesan las epidemias debido a que el sol disminuye hasta hacer desaparecer lo "lentoroso" de los corpúsculos contagiosos. La experiencia demuestra a Cerdán que las constituciones epidémicas contagiosas son hijas de agentes sutiles y colicuativos, pues entre sus manifestaciones están hemorragias copiosas, diarreas, etc., que no pueden responder a un agente "lentoroso y viscidolente" (10). Una enfermedad admitida universalmente como contagiosa, la tisis, se caracteriza por la extenuación, definida en la época como falta de aglutinación entre las diversas partes vivientes. En su tratamiento se utilizaban remedios viscosos, lo que para el autor agravaría la enfermedad si el fermento contagiante fuera viscoso (11). Baglivi había afirmado que aunque en la enfermedad aparecieran efectos de "lentor y viscosidad", no por ello el agente causal debía de gozar de estas propiedades. La opinión de Hoffmann era que por los efectos tan sólo podía verificarse la aplicación de los remedios, pero no la esencia del veneno (12).

También rechaza el médico murciano la afirmación de que las epidemias cesan en verano: "Si los inviernos son lluviosos, no empiezan a elevarse vapores podreídos, que inficionan la atmósfera hasta el verano; y por con siguiente, quanto mas calor tanta mayor elevación havrá, y de necesidad en el rigor del verano ha de tener mas fuerza la epidemia (13). Con el calor el cuerpo se llena de humedad y las fibras pierden su elasticidad, por lo que no pueden aumentar sus movimientos para expulsar a las partículas contagiosas introducidas introducidas mediante la inspiración. Este es para Cerdán el origen de una constitución epidémica (14).

Por todo lo anterior, el autor define el contagio del modo siguiente: "Un cuerpo sutil circulatorio, capaz de imprimir en otros las mismas características disposiciones, que dexó en el sujeto de quien se despidió según las disposiciones" (15). De esta definición se desprende la afirmación de Cerdán de que el contagio puede causar los mismos accidentes en los animales que en el hombre. Defiende asimismo el contagio de los irracionales y con Valles está de acuerdo en que todas las cosas expuestas a la corrupción tienen una misma naturaleza con las animadas y, por tanto, una razón común de padecer (16).

Más adelante vuelve a definir el fermento contagioso como "... cuerpo sutil, y volatil, en cantidad minima capaz de quaxar, o desleir, según las disposiciones de el passo" (17). Cita a su favor nuevamente las opiniones de Etmulero y Hoffmann: "...a ninguno sigo de los Systematicos con aquella cervicosidad, que ellos pretenden, pero parece se explican mejor los efectos mencionados de las enfermedades contagiosas por esta idea, que por la viscidéz y lentor" (18).

El segundo discurso lleva por título: "Dáse alguna idea de la calentura héctica pthisiquez, y sus diferencias, y se declaran todas por contagiosas". El autor comienza rechazando la definición de Galeno de la fiebre héctica: "Un calor ultimado en las partes solidas o cimientos de el viviente", que también rechazaron Etmulero y Martín Martínez entre otros. Tampoco sigue la división de esta fiebre primaria o secundaria a otra enfermedad ni que la fiebre fuera consumiendo cada una de las tres humedades del cuerpo (19): "De estas soñadas humedades, y consumiciones por el calor, han resultado otros tantos delirios, que solo han servido de atraso para la curación" (20).

Para Cerdán, la fiebre héctica es: "Aquella irregularidad pulsátil disposición, que con su duración larga extenúa al que la padece hasta dexarlo en esqueleto" (21). Sigue a Etmulero en la patogenia: "crudezas de primera entraña" dan lugar a malas quilificaciones. El quilo espeso que se produce circula mal, se estanca y origina obstrucciones, por lo que el poco jugo que se introduce en la sangre está cargado de sales poco hermanables con la textura de los líquidos, y su yuxtaposición es imposible. Ello lleva a diversos accidentes antes de que empiece la calentura. De ahí la afirmación de Cerdán de que la fiebre héctica no es primaria, sino sintomática.

Todos los cuerpos, al estar en continuo movimiento, despiden mul-

titud de partículas hasta que se aniquilan. En el hombre se da también esta evaporación, según la afirmación de Leuwenhoeck confirmada con su microscopio (22). Para el autor, no sólo se evaporan los líquidos, sino también los sólidos y ello se hace patente en la vejez. En los héticos, el continuo movimiento fermentativo acelera la evaporación de sólidos y líquidos, que no pueden reemplazarse, bien porque los caminos por los que circula la sustancia nutritiva están obstruidos, bien porque la sangre por la que ha de introducirse esta sustancia tiene tanta sal que en lugar de dulcificarla la pone acre. De este modo, no puede yuxtaponerse a las partes vivientes y las corroe, ayudando a una mayor evaporación, seguida en breve de extenuación.

Cerdán pasa a probar a continuación que la fiebre hética es contagiosa, en contra de la opinión de Virrey en su "Palma febril" y de Baguer en su "Floresta febril". El primero se basa en que todo contagio nace de la putrefacción, originada en los líquidos; en la fiebre hética, lo afectado son las partes sólidas, luego no es contagiosa. Cerdán arguye por su parte que es falso que el calor asentado en las partes sólidas no afecte también a los líquidos. Tanto Virrey como Baguer habían defendido que en la fiebre hética no se producían partículas contagiosas que, saliendo del enfermo, pudieran penetrar en otro organismo. Para el médico murciano, la existencia de estas partículas es evidente en la saliva de los tísicos y encuentra contradicciones en Virrey y Baguer que favorecen su opinión. El primero había encontrado la saliva de estos enfermos "viscosa y glutinosa" y ambos hablaban de un "miasma seminal" como causa de esta fiebre (23).

Tampoco creía Virrey que la tisis cancerosa fuera contagiosa: "...pues lo urente del calor de la parte cancerosa desfigura la viscosidad y lentor del contagioso miasma" (24). Según Cerdán, la práctica había demostrado lo contrario, pues en la úlcera cancerosa, las materias fétidas producidas manifiestan inequívocamente la podredumbre. Apoya sus argumentos en Bonet, que en su *Sepulchretum*, había expresado la misma opinión.

Este discurso termina con una dura crítica de Cerdán a Virrey por su opinión de que no había autores que defendieran la contagiosidad de la fiebre hética y cita entre otras las manifestaciones de Pablo Zacchia, Carlos Musitano y Martín Martínez a través de las obras que defendían este hecho. Como argumento final cita el decreto de 1751 ya mencionado, que establecía diversas providencias para preservar del contagio, entre otras, de la fiebre hética (25).

El tercer discurso se titula "Propónense algunos documentos político-médicos, que se deben observar en tiempo de contagiosas epidemias, y también en las particulares contagiosas epidemias" (26). Recuerda el autor la obligación del médico de declarar una enfermedad contagiosa y también, la de tomar las medidas necesarias para evitar la propagación. Cerdán es de la opinión de que el contagio se puede evitar "con el gobierno arreglado y uso debido de las cosas no naturales" (27). El enfermo ha de controlar "las pasiones del ánimo", pues el temor hace que el cuerpo no sea capaz de eliminar el contagio al alterarse el movimiento de los líquidos y producirse estancamientos que favorecen la acción del fermento. Estas alteraciones del ánimo tienen, para Cerdán, una gran fuerza patógena, opinión que también sustentaron Hoffmann y Willis entre otros autores. El aire impuro es para el autor el gran aliado de las enfermedades contagiosas: "...en el tiempo de epidemias (el aire) recibe entre sus elásticos estambres la semilla contagiosa, y éste es propagativo de ellas, llevando el contagioso fermento ... á muchas, y dilatadas Provincias" (28). El médico debe purificar el aire y evitar la putrefacción de aquello que pudiera después evaporarse y ayudar a la infección y originarla de nuevo. Alude a la costumbre impuesta por Hipócrates de encender fuegos para purificar la atmósfera. Cerdán es contrario a esta práctica, ya que el calor ayuda a que el agente contagioso se haga más corrosivo y acre. Además, el fuego origina vientos y el contagio se propaga a otros lugares. Sí defiende, en cambio el riego de las calles, que impide la elevación de cuerpos salinos, disminuye el calor y evita el estancamiento del agua, ya que ésta puede sufrir putrefacción y evaporarse, con lo que "exhalaciones podridas" infectarían el aire. El autor cita varias enfermedades originadas por esta causa (29). Sólo en casos de constituciones epidémicas producidas por aire espeso cargado de "vapores podrecidos" recomienda encender fuegos, siempre y cuando en las poblaciones vecinas se hiciera lo mismo, y remite a Silvio y Pablo Zacchia para mayor información sobre remedios que purifiquen el aire (30).

Deben escogerse, prosigue el autor, alimentos de fácil digestión que eviten un "quilo grueso". Advierte del peligro de comer carne de animales tuberculosos, un medio seguro de contagio de la tisis (31).

Recomienda a las autoridades que separen a los infectados de la población y los reúna en hospitales al efecto. Para acabar con el contagio, se quemarán todas las pertenencias del enfermo y se blanquearán las habita-

ciones. El autor relata su propia experiencia con enfermos contagiados por no haberse tomado las medidas anteriores y cita casos similares tomados de Willis y Zacchia entre otros (32).

En la segunda parte de este discurso, da Cerdán algunos consejos para prevenir las enfermedades contagiosas, con especial hincapié en la calentura hética. Refiere nuevamente algunos casos de contagio por no tomarse las debidas precauciones y se enfrenta una vez más a la opinión de Virrey, que hace a la hética no contagiosa.

Concluye Cerdán esta obra afirmando que aunque no se tenga noticia cierta de la esencia del contagio tanto pestilente como hético, la experiencia demuestra la contagiosidad de la hética: "¿...serán por ventura menos probables los argumentos propuestos por los Médicos Virrey, etc. que las alegadas experiencias?" (33).

NOTAS

1. CERDAN, F. (1752). Discursos Physico medicos... p. 5.
2. Op.cit., p. 7.
3. Op.cit., p. 8.
4. Op.cit., p. 8.
5. Op.cit., p. 10.
6. Op.cit., p. 11.
7. Op.cit., p. 12.
8. Op.cit., p. 13-14.
9. Según la doctrina de Boerhaave, se habla de lentor de los humores cuando éstos han aumentado la cohesión de sus moléculas por cualquier causa.
10. Op.cit., p. 17.
11. Op.cit., p. 18.
12. Op.cit., p. 18-19.
13. Op.cit., p. 19-20.

14. Op.cit., p. 22.
15. Op.cit., p. 23.
16. Op.cit., p. 23-24.
17. Op.cit., p. 25.
18. Op.cit., p. 25.
19. Según esta teoría, en el organismo habría tres humedades por las que había de pasar la sustancia nutritiva para asemejarse a las partes vivientes, aumentarlas y conservarlas.
20. Op.cit., p. 28.
21. Op.cit., p. 29.
22. Op.cit., p. 34.
23. Op.cit., p. 41.
24. Op.cit., p. 44.
25. Op.cit., p. 58. (En el ejemplar consultado hay un fallo de paginación. La página 45 se sigue de la 56).
26. Op.cit., p. 59.
27. Op.cit., p. 61.
28. Op.cit., p. 63.
29. Op.cit., p. 66-67.
30. Op.cit., p. 68.
31. Op.cit., p. 70.
32. Op.cit., p. 71.
33. Op.cit., p. 76.

BIBLIOGRAFIA

Fuentes:

CERDAN, F. (1752). Discursos phisico-medicos, politico-morales, que tratan ser toda calentura hectica contagiosa, essencia del universal contagio, y medios para precaverlo. Valencia, en la imprenta Agustín Laborda, 151 p.

Bibliografía crítica:

CHINCHILLA, A. (1841-46). Anales históricos de la Medicina en general y biográfico-bibliográfica de la española en particular. Valencia, vol.III, p.380-399.

GRANJEL, L.S. (1979). La medicina española del siglo XVIII. Salamanca, Universidad de Salamanca, p. 177-179.

GRANJEL, L.S. Panorama de la medicina española durante el siglo XVIII. Revista de la Universidad de Madrid, 35.

HERNANDEZ MOREJON, A. (1842-1852). Historia bibliográfica de la medicina española, vol. VII, p. 162-168.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1961). Los sistemas nosológicos del siglo XVIII. Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina, 13, 65-93.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1973). La mentalidad antisistemática en la medicina española del siglo XVIII. La influencia de la "Alte Wiener Schule". Cuadernos de Historia de la Medicina, 12, 193-212.

PEÑUELAS HERAS, E. (1948). El problema del contagio de la tisis en el siglo XVIII. Un médico español no contagionista. Medicamenta, 9, 03-07.

FRANCISCO DE TENESA, NATURAL DE CARTAGENA (MURCIA): PRIMER PROTOMEDICO DE LA HABANA

Salvador Vázquez, M.: Martínez Pérez, F.

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Sevilla.

Surgiría la institución del Protomedicato de manera efímera al principio con el nombramiento de Francisco Muñoz de Rojas, quien presentaría su título al Cabildo en 1634 (1).

Con la desaparición de Rojas terminó la existencia, corta, del Protomedicato en el siglo XVII. Habría que esperar a una Real Cédula de 9 de Julio de 1709, expedida por Felipe V (2), donde se concedía esta responsabilidad a D. Francisco de Tenesa, quien tendría a su cargo La Habana y su jurisdicción. La zona oriental de la Isla gozaría de una considerable independencia en este sentido durante bastante tiempo.

Este documento Real surgiría como consecuencia de las cartas que envió el Cabildo habanero denunciando los "muchos excesos que se cometen en ella por los médicos, cirujanos phebantomianos y otros de la misma facultad que se introducen en ocurrencia de Armadas sin títulos suficientes ni medicamentos precisos...". Se ordenaba al Protomédico vigilar este intrusismo, así como visitar las boticas y establecer un arancel de los precios a cobrar por los exámenes de los sanitarios.

En el nombramiento no cabe duda que influirían recomendaciones como la del Prior de los religiosos del Hospital de San Juan de Dios, que sería uno de sus más encarnecidos enemigos en el futuro (3):

"Fray Sebastián de la Cruz, Prior Presidente de este Convento Hospital de San Felipe y Santiago, Orden de nuestro Padre de San Juan de Dios, certifico donde convenga en la mejor forma que puedo y a lugar como el Dr. D. Francisco Tenesa uno de los médicos de la ciudad a asistido por tiempo de nueve años con toda puntualidad y amor a todas las veces que se le a ocupado y llamado a la curación de los enfermos de este dicho Hospital así en las ausencias del médico del: como en su compañía por rason de la multitud de enfermos que en distintas ocasiones han concurrido y concurre, así en las Armadas españolas y francesas: como en las epidemias que acontecen a esta dicha ciudad todo sin estipendio alguno la cual dicha asistencia está actualmente ejerciendo y tiene prometido continuarla en adelante".

El cargo de Protomédico no implicaba ningún tipo de sueldos a excepción de los honorarios que se cobraban por los exámenes o las visitas de las boticas.

Tenesa era natural de Cartagena (Murcia), había estudiado Filosofía y Medicina, según decía, en la Universidad de Orihuela, donde se graduó de Bachiller en ambas materias (4). En 1689, nuestro médico se graduó de Doctor, recibiendo también en ese año el título de "examinador" y la licencia del Protomedicato de la Corte para practicar.

Se enroló en 1695 en la Armada como "médico principal" con destino a Nueva España, pero al hacer escala en La Habana llegó enfermo y

continuar el viaje, se quedó en esta ciudad. Cuatro años más tarde, había sido nombrado Familiar del Santo Oficio.

Pronto llegarían los problemas. Su genio conflictivo le llevó, poco tiempo después de ser nombrado Protomédico, a arremeter contra el popular Carlos el Rey, cirujano radicado en La Habana desde 1693 y que ejercía como médico práctico habilitado por la Corona debido a la escasez de facultativos. Una Real Cédula de 11 de Diciembre de 1713 confirmaría a D. Carlos su licencia para seguir ejerciendo. Sería la primera derrota de D. Francisco.

La creación de la plaza de médico del Hospital Real en 1716 aumentaría los ingresos del Protomédico, ya que a partir de esa fecha se vincularía ésta de manera definitiva al cargo. El sueldo era de 50 escudos al mes, justificándose "por ser ésta una ocupación que a mañana y tarde le impedía el estipendio de otras visitas particulares de enfermos" (5).

El Capitán General y gobernador de La Habana, marqués de Casas Torres, justificaba así, un año antes, la necesidad del nombramiento de Tenesa como médico del Hospital (6):

"Señor: Hallándose el Hospital de esta ciudad a donde se cura la infantería del Presidio y sus Castillos, forasteros y demás pobres que concurren a él, sin médico asalariado que les asista por la estrechez y pobreza de los vecinos que no permiten la cobranza de sus rentas, ni censos, ni la atención a la curación de los muchos enfermos que concurren a él a curarse, en que se gastan aún más de las rentas que perciben, valiéndose siempre de la caridad y asistencia de algunos de los médicos que quieren ejecutarla cediendo en perjuicio grave de la salud común de esta plaza y teniendo criado VM al Dr. D. Francisco de Tenesa, Protomédico de ella sin más emolumentos que los exámenes, que en su desinterés son ningunos, me ha parecido informar a VM y poner en su Rl noticia que siendo servido será muy conveniente para la puntual asistencia del referido hospital y obviar los perjui-

cios que pueden resultar de no tener médico cierto asalariado que el referido Protomédico y los que le sucedieren en este empleo obtenga y goce el sueldo y entretenimiento librado y pagado en la dotación del situado en este presidio y demás honores que gozan los Protomédicos de las Reales Armadas y Ejércitos de VM por reputarse los Presidios ejércitos y en... guerra para que mediante el referido sueldo, entretenimiento y honores asista diaria y puntualmente al referido Hospital conociendo la bondad de las medicinas que se les aplican a los enfermos, la idoneidad de los barberos y cirujanos del y el tratamiento de aquellos si es con limpieza y regalo necesario y preciso y si las camas son suficientes y lo demás que pertenece a la recta curación de los enfermos por ser muy del Rl servicio de VM esta atención y cuidado y del mío ponerlo en su real mente para que se sirva dar las mas debidas providencias que fueran del Rl agrado de VM..."

Las obligaciones de Tenesa como médico del Hospital Real, o sea, el de San Juan de Dios, eran las siguientes:

- Asistir diaria y puntualmente para ordenar y distribuir las medicinas que había que aplicar a los enfermos. Asimismo, tenía que vigilar que éstas se elaborasen con la puntualidad y calidad necesarias.
- Cuidar de que los barberos, cirujanos y practicantes fueran los idóneos, vigilando que asistieran "con limpieza y regalo que tanto importa".
- Estar al tanto de que las camas fueran suficientes, etc.

Esta plaza de Tenesa como facultativo oficial del San Juan de Dios, daría lugar a bastante literatura jurídica y a multitud de expedientes por sus desavenencias con los religiosos.

En 1714, como había ordenado el Rey, el Cabildo, Tenesa y el Gobernador, redactan, en el domicilio de éste último, el Arancel o tarifa de precios (7) que el Protomédico debía llevar por la inspección de boticas, exámenes de personal sanitario y visitas de lazarinos.

En 1718, el Protomédico sería cesado como médico del Hospital Real por falta de títulos, nombrándose en su lugar a D. Francisco del Barco, facultativo que asistía, antes de la llegada de Tenesa, sin emolumento alguno. Al parecer, esta decisión la tomó el Monarca a instancias de los religiosos juaninos apoyados por el Obispo. Tenesa explicaba así el comportamiento de los frailes (8):

"es así que por haver fuerza de su obligación notado falta de providencia en los religiosos en quanto al sustento, aseo y limpieza de camas, por estos se concibió contra el suplicante enemiga, y por desviarle del hospital porqué no hubiese quien les censurase la menor aplicación y falta de asistencia ocurrieron a VM, por fines de 1718, suponiendo que el Real Despacho, y nombra-

miento de médico hecho en el suplicante hera enperxuizio de la regalía de los religiosos, por tocarles la elección de médico a que supusieron tener dicho Hospital..."

Se le restituiría su empleo en 1722 (RD 8-IX-1722), pidiendo Tenesa, rápidamente, se le abonaran todos los haberes atrasados, que se le pagara mensualmente y que los Jefes de Armadas y dueños de navío contribuyesen con una soldada a su persona cada vez que entrase un barco en el puerto. Añadía además la matización de que los 50 escudos de sueldo estipulados se entendiesen que eran de a 10 reales de plata (9).

El Consejo acordó que sólo se le pagasen los 600 pesos anuales convenidos, pero D. Francisco volvería a insistir, años más tarde, reclamando 600 pesos más de aumento, y argumentando que se habían incrementado los habitantes de la ciudad, así como el precio de las casas y bastimentos, no pudiendo asistir a los enfermos "ni servir a los cargos anejos a su empleo ni a su manutención sin exponerse a quitar tiempo a los pobres para acudir a las visitas particulares" (10).

Las autoridades de la metrópoli volverían a negarle sus peticiones y esta vez se le ordena que no falte ni un momento a sus obligaciones. Las relaciones del Protomédico con la Península no debían de marchar muy bien cuando en 1725 el Monarca ordena al Gobernador de La Habana (11):

"sobre el Dr. D. Francisco Tenesa al hallarse no ser legítimo su título de médico le suspendieseis del ejercicio de tal Protomédico y estuviereis a la mira para que Tenesa cumpliera con su obligación en el empleo sin consentir la venta de medicamento a algunos médicos en su casa ni concurrir a los excesos que se le imputaban de no asistir a los Reales Hospitales ni a la que ma de la ropa de los contagiosos..."

Tenesa presentaría el original de su título. "aunque maltratado y roto", permitiéndole el gobernador seguir ejerciendo en su cargo (12).

Las disputas con los religiosos del Hospital Real, los frailes juaninos, no escasearon desde que D. Francisco comenzó a realizar sus visitas reglamentarias al centro benéfico. Estos roces, que ya esbozábamos al principio, fueron a veces de gran intensidad. Uno de sus principales enemigos fue el Prior fray Manuel Bermúdez, que viajó a la Península, según Tenesa (13), sólo para explicar el encono contra su persona. Acusaba además al religioso de ser el autor de un libelo impreso donde se le atacaba y ridiculizaba.

Años más tarde, el Prior del Convento (14), exponía los graves inconvenientes que existían en la asistencia de Tenesa al Hospital. Le criticaba al médico que ordenase la elaboración de medicinas caras para luego aban

donarlas al cabo de uno o dos días: incluso a veces, se olvidaba de haberlas mandado hacer. Se le achacaba también el confundir un enfermo con otro en las visitas, realizando estas últimas lo mismo de madrugada cuando no había luz ni para ver al paciente, una orina o hacer una receta, o, por el contrario, llegaba por las tardes teniendo que interrumpir los religiosos sus funciones religiosas. El Prior estaba convencido de que la causa de este desorden estaba en la total supeditación del Protomédico a sus enfermos particulares.

Los mismos religiosos reconocían que Tenesa era un hombre que "vive ordinariamente de promover inquietudes en todos los tribunales y en todas clases de personas". Otro motivo de discordia era que el médico faltaba mucho a sus visitas, sustituyéndolo un practicante. Pero el peor de todos los males era para ellos su incapacidad para:

"curar y visitar enfermos pues prescindiendo de sus extravagancias en otros fines como entender de leyes y teología moral, se halla corto de vista, tan perdida que llega a las camas donde no hay enfermos a pedir el pulso, y donde lo hay es preciso que el enfermo se lo ponga en la mano porque no tiene el tino para buscarlo... y si va por el día en su calesa no sabe si pasa gente por la calle si no se le avisa..."

No sabemos la objetividad de este informe de los religiosos de la Orden de San Juan de Dios, enemigos declarados, pero sí conocemos que Tenesa cometió la "extravagancia" de graduarse de Bachiller y Doctor en Leyes por la Universidad de La Habana, y además con el deseo de ejercer la abogacía en aquella ciudad (15).

El Protomédico se defendió bien de las anteriores acusaciones alegando que los juaninos le calumniaban porque no podían soportar el "yugo" del Patronato que tenía el Rey sobre el Hospital (16): que la "sequedad" que se le imputaba no se podía demostrar, ya que era médico de los conventos de S. Juan de Letrán, Santa Catalina y Santa Teresa. Añadía que si era cierto que no tenía vista no podría hacer Teología y que las sustituciones de los practicantes se habían realizado por haber estado él enfermo y con el consentimiento de los religiosos. Con respecto a sus posibles atolondramientos, contesta Tenesa que se debían al vocerío que existía cuando él recetaba, lo que le habría obligado incluso a dar gritos para imponer silencio.

Fue también Tenesa médico del Hospital de San Lázaro, donde malvivían los leprosos, elaborando su administrador un informe también desfavorable, indicando que sólo había ido el médico a visitar el establecimiento

tres veces en dos años, siendo su obligación hacerlo diariamente (17).

Estos informes salían a la luz pública por las continuas disputas que sostenía en varios campos a la vez nuestro médico, a consecuencia de las cuales se granjeó una buena cantidad de enemigos, como en el gremio de los boticarios, debido a las obligadas visitas de inspección a sus farmacias.

Causó mucho revuelo en La Habana su controversia con el boticario Lázaro del Rey, a quien el Protomédico mandó quemar, en virtud de sentencia suya del 3 de Febrero de 1723, los polvos llamados "antihécticos de Pedro Poterio" por "ser adulterados, falsos y nocivos" y que "vendía por buenos y según arte dicho Lázaro". A esta acusación se sumó contra el boticario la "riña que tuvo con D. Carlos del Rey, médico y cirujano, por haberle reprobado éste una poca de resina de pino que vendía aquél en su botica por tremen-tina de abeto" (18). Además tuvo que formarle también autos por los "palos que dió, resistencia que tuvo a Diego Gómez de Velasco, alguacil Fiscal del Protomedicato".

Las desavenencias con el boticario dieron lugar a un larguísimo expediente que terminó en una sentencia del Consejo de 1724 que fallaba a favor de Lázaro del Rey. Parece que todos estos trámites burocráticos se volvieron contra Tenesa, ya que el Consejo encontró ciertas incongruencias entre la relación de méritos de Tenesa y los datos que constaban en la Escribanía del Protomedicato de la Corte, volviéndosele a pedir una vez más mostrase su título de médico (19).

Apartándonos del mundo hospitalario y de la botica y recordando su función como Juez examinador del personal sanitario, Tenesa había solicitado, desde que tomó posesión del Protomedicato, que se examinasen los barberos flebotomianos de la ciudad, muy incontrolados y a los que hizo más de 60 requerimientos (20). En este sentido hizo también algunos llamamientos a cirujanos, incluyendo al principal del Batallón, boticarios e incluso a compañeros suyos, habiendo acudido sólo a las pruebas unos pocos. Hacía responsable de este comportamiento a la falta de colaboración de los gobernadores. Estimaba en 1726 que había más de 200 personas sin examinar en toda la Isla, calculando que podían entrar en las Cajas Reales más de 1000 pesos si se conseguía que se presentaran. Aportaba asimismo una lista de los examinados desde 1711 hasta 1726.

Como la mayoría de los médicos de su época, Tenesa fue incrementando su propiedad inmobiliaria, teniendo nosotros constancia de la concesión

por parte del Ayuntamiento de unos terrenos que solicitó en 1721 para hacer unas salidas en la Punta Brava y la cesión en régimen de alquiler de unas tierras que poseía el Hospital de San Lázaro y de cuyas rentas se mantenía el referido centro (21).

En 1734 (22), manifestaría al Rey su avanzada edad, sus "achaques habituales" y la falta de visión que padecía. Pediría que, sin afectar a sus derechos y sueldos, le sustituyera el que ya era segundo en el Protomedicato, Dn. Luis de Fontaine, con el que también tuvo no pocos altercados a la hora de realizar los exámenes y sobre los que no nos podemos extender. Aunque debió costarle un gran esfuerzo, el facultativo más polémico, audaz y pintoresco de la primera mitad del XVIII había pedido su jubilación.

"El Dr. D. Francisco Tenesa García de Cáceres, Ramón de Moncada y Rubira, Familiar del Santo Oficio de la Inquisición, Juez Mayor Alcalde Examinador, Protomédico de dicha Jurisdicción de La Habana y de los Reales Ejércitos de SM, Mayoral Administrador del Hospital del Sr. Lázaro y médico del de San Felipe y Santiago Orden del Sr. San Juan de Dios", como le gustaba firmar, moriría en 1742, ocho años más tarde.

Fue el primer Protomédico definitivo que tuvo la Isla, por ello y por su personalidad y su obra, nos hemos extendido sobre su persona. Aunque poco aportó a la Medicina, sí estableció un orden en su práctica, "su" orden, pero orden al fin y al cabo, intentando controlar el intrusismo en las diversas profesiones sanitarias, así como el curanderismo en su jurisdicción que, indudablemente, disminuyó. Pero a nuestro juicio, aún le debemos algo más importante, y es que gracias a su personalidad inquieta y conflictiva originó multitud de expedientes que nos han abierto las puertas para conocer mejor la sanidad cubana del siglo XVIII.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

(Abreviaturas utilizadas: ACAH: Actas Capitulares del Ayuntamiento de La Habana; AGI: Archivo General de Indias; RC: Real Cédula; SD: Audiencia de Sto. Domingo)

(1) Presentación en el Cabildo del título de Protomédico de Francisco Muñoz de Rojas, ACAH, 9-IX-1634.

- (2) RC 9-VII-1709 nombrando Protomédico de La Habana a Dn. Francisco de Tenesa.
- (3) Certificado sobre Tenesa del Prior de San Juan de Dios, 23-III-1707, SD 483. AGI
- (4) Relación de méritos de Francisco de Tenesa, 20 de Noviembre de 1708. SD 483. AGI
- (5) Nicolás del Valle y Lorenzo Hernández, Protomédicos de La Habana, al Capitán General, 9 de Junio de 1813, sobre el Protomedicato. SD 1607. AGI
- (6) El Gobernador de La Habana, marqués de Casas Torres, al Rey, 1 de Junio 1715. SD 483. AGI.
- (7) Arancel o Tarifa de precios que ha de cobrar el Protomedicato, 19-II-1714. SD 1607. AGI.
- (8) Francisco de Tenesa al Rey. Copia de instancia, sin fechar, contenida en informe del Consejo de 26-IX-1721. SD 483. AGI.
- (9) El Consejo al Gobernador de La Habana sobre Tenesa. 22-XII-1725. SD 881. AGI.
- (10) El Consejo sobre las peticiones de Tenesa. 2-I-1729, SD 551. AGI.
- (11) RC al Gobernador de La Habana aprobando las diligencias realizadas por esta autoridad sobre Tenesa, 20-VI-1725. SD 551. AGI.
- (12) El Gobernador de La Habana al Rey, 20-XII-1726. SD 370. AGI.
- (13) Tenesa al Rey sobre el Prior Bermúdez. 25-II-1722. SD 453. AGI.
- (14) El Prior de San Juan de Dios, sobre los inconvenientes de Tenesa, al Gobernador, 1-I-1730. SD 422. AGI.
- (15) Francisco de Tenesa pide se le examine en Leyes en el Ayuntamiento de La Habana, 17-XII-1729. SD 422. AGI.
- (16) Tenesa al Rey defendiéndose de las acusaciones de los religiosos de San Juan de Dios, 2-I-1730. SD 422. AGI.
- (17) Certificado del administrador del Hospital de San Lázaro sobre el mal cumplimiento de su médico, el Dr. Tenesa, 1724. SD 489. AGI.
- (18) Expediente sobre controversias Lázaro del Rey versus Tenesa, 1723-1724. SD 489. AGI.
- (19) Sentencia del Consejo sobre el expediente Lázaro del Rey-Tenesa, 19-XII-1724. SD 489. AGI.
- (20) Tenesa al Rey sobre los exámenes realizados, 16-IV-1726. SD 422. AGI.

- (21) Tenesa pide la confirmación de la merced de tierras en el monte Vedado a sotavento del Puerto de La Habana, Consejo, 28-VII-1713. SD 418.
- (22) Tenesa pide la jubilación, 6-I-1734. SD 424. AGI.

APORTACION DE DON JOAQUIN LAFARGA, MEDICO DE CARTAGENA, A LA SOCIEDAD MEDICO-QUIRURGICA DE CADIZ

Doña Nieves, F.

Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

Estudiando la historia de la medicina gaditana es posible observar, con relativa frecuencia, la existencia de cordiales y fructíferas relaciones entre los médicos y sus asociaciones de esta provincia y aquellos que ejercían su labor en la Región de Murcia.

Una de las páginas más brillantes de dicha historia, sin duda alguna, es la que recoge el nacimiento y las actividades de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, creada en esta ciudad, el año 1815, por un grupo de médicos-cirujanos, animados por el dinamismo del ilustre cartagenero Francisco Javier Pérez Lasso de la Vega y Orcajada (1). Desde entonces, y durante los tres lustros siguientes a la mencionada fecha —es decir, entre los años de 1815 y 1831, periodo en el que se enmarca nuestra investigación— muchos fueron los trabajos desarrollados por la Sociedad, y muy variadas las aportaciones que recibió de sus socios y corresponsales, entre ellos los murcianos. En una de estas aportaciones habremos de fijarnos de un modo especial: se trata de la Memoria titulada Indicación de un nuevo método de curar los tumores escirrosos de los pechos por un medio específico, debida a la pluma de D. Joaquín Lafarga, médico-cirujano de Cartagena, que fue remitida a Cádiz en 1828 (2).

Pero, antes de centrar nuestra atención en el escrito de Lafarga, creemos conveniente apuntar unas breves notas sobre la Sociedad Médico-Quirúrgica gaditana y sus vínculos con la medicina y los médicos de Murcia.

Era el 12 de agosto de 1815 cuando Francisco Javier Lasso de la Vega reúne a algunos profesores del Real Colegio de Cirugía de la Armada y les propone la creación de una sociedad médica, idea que fue favorablemente acogida. En seguida, el 26 de ese mismo mes, comenzaron las sesiones científicas en los locales del propio Real Colegio, contando con la protección de Carlos Francisco Ameller, director del mismo, y de los maestros Juan Manuel Aréjula y Manuel Padilla, ya que Fernando VII tenía prohibidas las reuniones públicas. Se elaboró un Reglamento que fue presentado a la autoridad

competente para su aprobación. Pero la Junta Superior Gubernativa no hizo mas que poner inconvenientes; hasta que, por fin, en 1817, y con ciertas modificaciones en el Reglamento original, entre las que se incluía la de cambiar la primitiva denominación de "Sociedad Médica de Cádiz" por la de "Sociedad Médico-Quirúrgica", fueron aprobados sus estatutos. Siete años después, en 1824, por Orden de 23 de septiembre, se suspenden todas las sociedades y academias médicas del reino, que volverían a reinstalarse en marzo de 1828, ahora bajo la "protección real", pasando a ser la de Cádiz "Real Academia Médico-Quirúrgica". Después, en 1830, adoptaría el nombre de "Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz", que perdura hasta nuestros días (3).

Durante aquel tiempo, en la Sociedad Médico-Quirúrgica gaditana, existían cuatro clases de socio (exceptuando a los protectores): socios de número, que habían de tener su domicilio en Cádiz; socios supernumerarios, paso obligado para llegar a ser de número, entre cuyas tareas se encontraban las de efectuar la descripción topográfica de su lugar de residencia, historiar las enfermedades endémicas, describir las aguas mineromedicinales y ocuparse del estado de las vacunaciones; y socios honorarios, título que se concedía a personas eminentes o socios de número que se trasladaban a otro país (4).

La labor más importante de la Sociedad queda reflejada en el que fuera su órgano de expresión, el Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, al que Orozco no duda en calificar como "el más importante de su tiempo en España" (5). Su primer número vio la luz en enero de 1820, y se inicia con un discurso del entonces presidente de la Sociedad, Leonardo Pérez, en el que se exaltan los valores científicos del siglo XIX y donde, entre otras cosas, dice: "Es imposible que la práctica, la experiencia de un hombre solo, por sabio y experimentado que sea, baste para conocer las diferencias de todos los males, y por esta razón se deja ver que la asociación de médicos es el único y verdadero medio para adelantar y consumir nuestro arte..." (6). Este mismo número recoge el discurso de Lasso del 26 de agosto de 1815, posiblemente el primero que se leyó tras la constitución de la Sociedad, que versaba sobre si "La administración de la quina en los primeros accesos de las fiebres intermitentes es contraria a los principios de la medicina" (7).

No puede extrañarnos que la existencia de un periódico cuyo nacimiento había coincidido con el inicio del trienio liberal, que hacía gala continuamente de expresiones ilustradas, y que representaba a una Sociedad que

contaba entre sus miembros con liberales tan destacados como Aréjula (que en 1823 hubo de exiliarse a Londres, donde fallecería el 16 de noviembre de 1830), corriese peligro al concluir dicho periodo histórico. Efectivamente, su publicación quedó interrumpida durante 1823. En enero de 1824 surge de nuevo, ahora con carácter mensual en vez de trimestral —que era como aparecía antes— y con veinticuatro páginas en cada número; de los que salieron a la calle los doce correspondientes al año, a pesar de que, como ya hemos dicho, en septiembre fueran suspendidas todas las sociedades médicas de España. Desaparece otra vez a partir de 1825; aunque, con evidente riesgo para la Sociedad, ésta, publicó entre 1824 y 1826 las Investigaciones anatómo-patológicas sobre el encéfalo y sus dependencias, de F. Lallemand, traducidas por Lasso en forma de cuatro "cartas" de cerca de doscientas páginas cada volumen. Reinstaladas las sociedades médicas en 1828, ya como Reales Academias, el "Periódico" de la gaditana reaparece en 1829, ahora con el nombre de Actas y Memorias de la Real Academia Médico-Quirúrgica de Cádiz, pero como tomo V, en señal de continuidad con la publicación anterior. Vuelve a suspenderse una vez más su publicación en 1830, para volver a ver la luz en 1831 (tomo VI); aunque sólo durante dos meses, desapareciendo luego definitivamente (8).

En todo este tiempo, Cádiz y Murcia mantuvieron estrechas relaciones científicas.

Lasso de la Vega, el año de 1831, en su Resumen histórico de los trabajos literarios y demás objetos de que se ha ocupado la Rl. Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, desde su creación en 1515 (9), aludiría a su Cartagena natal cuando hablando de las sociedades médicas afirma: "...no fue la España la última que las vio formarse en su seno. La antiquísima de Sevilla, las de Barcelona, Madrid, Málaga, Cartagena, Valladolid, otra de Cádiz y más que omito, acreditan que la medicina española se ha sostenido al nivel de las luces de su respectivo siglo...", y algo más adelante, en esta misma obra, exclamaría: "¡Cuán fraternal y fructuosa ha sido nuestra correspondencia con las demás Academias médicas del Reino, señaladamente con la de Barcelona y la extinguida de Murcia!".

Murcia, por su parte, se hizo eco de lo que sucedía en Cádiz desde el mismo momento de fundarse la Sociedad médica en esta ciudad. Así, por ejemplo, sabemos por Ferrándiz Araujo que Manuel Navas escribió una Oda de la instalación de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, impresa en Cartagena, por Puchol, en el año de 1819 (10).

Ya en 1821, de los 125 socios corresponsales con que contaba esta Sociedad gaditana, 20 eran de la región de Murcia: 16 de la propia capital, 2 de Cartagena y otros 2 de Lorca (11).

A través del Archivo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz y del Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica, tenemos constancia de algunos de los trabajos de esos corresponsales murcianos. Entre ellos podemos citar el "Discurso sobre las causas que hacen endémico el histerismo en el bello sexo de Cartagena de Levante", cuyo autor era D. Fernando Jiménez, impreso en dicha ciudad el año de 1815 y presentado a la Sociedad de Cádiz en el primer semestre de 1821 (12), o el escrito de D. José Furio, fechado también en Cartagena, el 30 de enero de 1823, e impreso en Murcia por la viuda de Santamaría e hijo, donde se critica un informe de Diego Conejo y Quiroz sobre el no contagio de la fiebre amarilla (13).¹

Sería algún tiempo después, en 1828, tras el restablecimiento de las sociedades médicas en nuestro país bajo la denominación de Reales Academias, cuando la de Cádiz invita a las de "Barcelona, Madrid, Murcia y Sevilla, a estrechar por medio de una correspondencia literaria los vínculos de confraternidad que deben unir a estas corporaciones, por la identidad de los objetos de su instituto, y por su recíproco y esforzado deseo de contribuir al adelantamiento y propagación de las mejores ideas de la ciencia saludable", contestando tan sólo -según se expresa en el periódico de la Academia gaditana- las de Murcia y Barcelona "muy atenta y expresivamente aceptando aquel ofrecimiento" (14).

Entre las producciones que se recibieron en relación con dicho ofrecimiento, se encontraba, la "Indicación de un nuevo método de curar los tumores escirrosos de los pechos por un medio específico, inventado por el profesor médico-cirujano D. Joaquin Lafarga, corresponsal residente en Murcia", la cual fue remitida para su estudio a la sección de Cirugía de la Academia gaditana (15).

El hecho de encontrarnos, al parecer, ante la respuesta de Murcia al llamamiento realizado desde Cádiz, y sobre todo, por la circunstancia de que este escrito sea -de todos los que conocemos de aquella procedencia, durante la época que hemos estudiado- del que mayor información poseemos, son los motivos principales que nos han llevado a centrar nuestra atención en él.

Por desgracia, no conocemos más datos para la biografía de Lafarga que el lugar donde escribió esta Memoria: la ciudad de Cartagena. Por ello, pasamos directamente a comentar su obra y exponer lo que de ella se de-

cía en otras fuentes contemporáneas.

Se trata de un manuscrito en forma de cuadernillo de 16 páginas (210 x 153 mm.), estando las páginas 2 y 16 en blanco, que fue firmado por D. Joaquín Lafarga en Cartagena, a 28 de enero de 1826, y remitido a Cádiz en 1828, conservándose en el Archivo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de esta ciudad.

El escrito, en sí, consta de dos partes. La primera es teórica y en ella, el autor, entra en una serie de consideraciones tanto sobre la etiología como sobre la fisiopatología del proceso que le ocupa: los tumores escirrosos de los pechos. En la segunda, práctica, presenta dos casos clínicos sometidos a tratamiento mediante un "medio específico" de su invención.

Lafarga, da inicio a su trabajo como las siguientes palabras:

"La serie no interrumpida de aciagos acontecimientos que con rápida violencia se han sucedido, de guerras, epidemias y transtornos políticos gravitando todos sobre vidas, haciendas y destinos: objetos, demasiado apreciables por la sociedad; han producido pasiones de ánimo deprimentes, causas ocasionales de un sin número de enfermedades, teniendo sobre todas las que afligen a la especie humana un influjo tan directo".

Esta situación, afirma a continuación, afectaba particularmente a la juventud, sobre todo "del bello sexo", que por tales motivos habían sido "criadas en desgracias", sin la tranquilidad necesaria para conseguir su "debido desarrollo". Si a esto se sumaba la influencia nociva que suponían ciertas tendencias de la moda, como es el caso de "la violenta comprensión de los corsés", origen de alteraciones de causa traumática, podía asegurarse, según Lafarga, que la incidencia de los tumores escirrosos de los pechos había aumentado en un 20% durante los últimos veinte años.

Una vez producida la enfermedad -explica luego- ésta se ve agravada tanto por el pudor mal entendido, que hece a las mujeres afectadas ocultarla y resistirse a ser examinadas, como el hecho de creerse presas de un mal -el cancer- cuyo espantoso cuadro ya conocen por oídas o por la publicidad. En consecuencia, cuando la violencia de los dolores las obliga a no poder guardar su secreto sin que sus familiares más próximos lo adviertan, ya es tarde para plantear batalla a un mal que, en un principio podría haberse remediado, "removiendo o en todo, o en parte, las causas ocasionales"; quedando reducidas a la dolorosa y temible situación de tener que someterse a una operación cruenta, la cual es muchas veces impracticable, "ya por la existen-

cia de grandes adherencias, ya por degeneración en cancer". Y, como resultado final, entran en un lamentable estado "de desesperación, al ver de cerca una muerte cierta, rodeada de terribles y horriblos tormentos".

Las causas antes mencionadas -prosigue- fundamentalmente las "violetas pasiones de ánimo" actúan sobre la generalidad del organismo, dando lugar a "una imperfección absoluta en todas las secreciones y excreciones", es decir, a un "desarreglo en todas sus funciones". Pero afectan de manera muy significativa (por su especial sensibilidad) a los pechos y los órganos de la generación. En las mamas se producen obstrucciones glandulares que facilitarían la formación del "escirro", las cuales, "según su mayor o menor violencia", conducirían a "su rápida terminación o degeneración en cancer". Asimismo, se producirían alteraciones "humorales" que afectarían a la circulación de la sangre "privando de elasticidad a los vasos" que al no poder "retraerse sobre los líquidos favorecen la estancación humoral" y la obstrucción de los cuerpos glandulares.

Dicho esto, escribe: "Penetrado de los principios ya expuestos fijé mi idea de inquirir medios para paliar al menos los fenómenos que observaba en unos accidentes tan frecuentes y trascendentales: ensayé remedios simples y compuestos que pudiesen tener analogía, y según los autores más célebres, paliasen o calmasen los síntomas". Comenzó así a efectuar pruebas con diversos preparados, hasta que por fin halló uno que producía muy favorables resultados.

Para demostrarlo, expone dos casos clínicos.

En el primero de ellos se trataba de una mujer de 22 años de edad, casada, que "a consecuencia de un gran golpe en la mamila derecha se me presentó con una dureza extraordinaria que la ocupaba toda ella". Informado de la causa "y no resultando según relato y apariencia complicación alguna humoral", le ordenó su untura -puesto que el medicamento se usaba por vía tópica- "con las precauciones regulares, administrándosele de tiempo en tiempo un ligero purgante minorativo...". La enferma mantuvo este tratamiento por más de tres meses, "cubierta la parte con una piel de liebre". Una noche, sin teniendo más dolor del acostumbrado, observó -con la lógica preocupación- que tenía el pecho y las ropas muy mojadas, y examinándose con mayor detenimiento comprobó que se trataba de una especie de sudor copioso, de color verdoso, "el cual continuó por 40 ó 50 horas, disminuyendo la tumefacción y dureza en términos que cuando vino a verme y participarme en el fenómeno -manifiesta

Lafarga- había enteramente desaparecido". Esta mujer tuvo luego varios hijos, añade, pudiendo criarlos con ese mismo pecho sin complicación alguna.

El otro caso es distinto, pues aunque D. Joaquín Lafarga pretendía con su tratamiento evitar las intervenciones quirúrgicas, en esta ocasión no hubo más remedio que practicar una operación. La enferma era una labradora de 58 años, casada, de robusta constitución, temperamento sanguíneo y sin hijos, que había disfrutado de completa salud toda su vida, y solo manifestaba haberse afectado por "los continuos sobresaltos de la aproximación de los enemigos en la Guerra de la Independencia, época en que los menstros desaparecieron". Dicha señora, notó que se le había "infartado una glándula" en el pecho izquierdo, tomando un incremento tan extraordinario en el espacio de 6 a 8 meses, que necesitaba usar un suspensorio que pendía del cuello para poderlo sostener. Reconoció haber consultado a varios profesores médicos "que pusieron en práctica cuantos auxilios prescribe el arte, mas fueron infructuosos". Desesperada "se entregó a la turba desenfrenada de curanderos y charlatanes, que no dejaron de apurar sus secretos", pero el mal seguía aumentando rápidamente, llegando hasta Lafarga en lamentable estado, "desconfiada a la verdad de hallar consuelo".

Examinada la enferma, presentaba un "tumor escirroso de treinta y seis pulgadas y media en su base, con fuertes adherencias hasta la espalda y en ello participando el brazo que estaba sin acción, con manchas encarnadas (...), dolores vivos y lancinantes, pulso duro, ansiedad extraordinaria por el peso y dificultad de acomodarlo en postura menos incómoda, manchas lividas en la circunferencia del pezón y un punto en la parte superior de éste blando y edematoso".

El primer tratamiento que le prescribió consistía en una "evacuación de sangre general y suaves atemperantes", y convocando a consulta a otros médicos de la ciudad, estuvieron todos de acuerdo en no "proponer operación alguna". Por aquellas fechas -confiesa Lafarga- ya había ensayado su "específico" en dos o tres casos, pero siempre "había sido en escirros pequeños o más bien tumefacciones glandulares que felizmente había resuelto...", aunque nunca lo había empleado en un tumor con tales dimensiones. Ahora, animado, aunque "con algún temor", decidió aplicárselo. No mucho tiempo después, a los 19 ó 20 días, el tumor había disminuido de tamaño y, convocada nueva consulta médica, decidieron que le practicara una operación, la cual "se verificó en el mes de Octubre, época que se esperó por más a propósito".

Con la narración de la intervención quirúrgica y de las curas a las que, con posterioridad, se sometió a la paciente, completa Lafarga su escrito: manifestando al final que, a los 30 días, tuvo la satisfacción de verla "sana y su herida completamente cicatrizada", siendo el peso del tumor extraído de "trece libras y una onza".

Este era, en apretado resumen, el contenido del escrito que desde Cartagena remitió a Cádiz D. Joaquín Lafarga. Como ya hemos dicho, su Memoria fue enviada a la sección de Cirugía de la Academia gaditana. Dicha sección emitió "Dictamen" -firmado por el secretario de la misma, el que fuera catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz, D. José Gabarrón- el cual fue publicado en las páginas del periódico de la Corporación, llevando al pie las iniciales "F.J.L.", o sea, Francisco Javier Lasso (16).

El "Dictamen", ciertamente, resulta bastante crítico con el autor, pues, tras un escueto sumario de la memoria, entre otras cosas dice: "Dando a este suceso toda la veracidad que merece el historiador, y que es el carácter más preciso que deber tener las relaciones clínicas, ¿qué ilación se puede deducir de este hecho?. No se conoce la naturaleza del remedio aplicado, ni el médico según el cual fue puesto en uso con las precauciones regulares, ni la marcha intermedia de los accidentes que ocurrieron desde el principio hasta el fin de la administración...¿Está en las reglas de la lógica médica el aplaudir ni el blasfemar de este que llama específico el señor Lafarga? ¿Por qué, en la franca comunicación que debe estar con este cuerpo académico, en el convencimiento de que sus individuos habían de respetar la propiedad y el secreto, y siguiendo los pasos regulares para este género de investigaciones? ¿por qué no envió una cantidad de aquel remedio y una instrucción explicativa acerca de su administración? ¿No está en el derecho santo de la humanidad el exigirnos nuestro tributo para su alivio y bienestar, con ciertas garantías que no defrauden la posesión?.

No obstante la severidad de estos juicios, el informe finaliza con las siguientes palabras: "...la sección reconoce muy de cerca las prendas recomendables que distinguen al Sr. Lafarga, y ve en esto un testimonio de su laboriosidad y del celo con que contribuye por su parte a dar a la cirugía española el impulso que necesita para recobrar el concepto con que poco hace tenía la superioridad en la Europa, por la destreza de los Virgilis, Gimbernat, Canivell y Villaverde. Así, concluye recomendando a la consideración de la Academia una producción literaria que halla digna de ser colocada en sus archivos".

Quede así el testimonio de esta página de la historia de la medicina española, escrita en un periodo tan difícil para nuestro país como fue el reinado de Fernando VII. Pero, sobre todo, sirva para que tengamos presentes las afectuosas relaciones que siempre han existido entre la medicina y los médicos de Murcia y Cádiz.

NOTAS

- (1) OROZCO ACUAVIVA, A. (1980). El Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (1820-1831). Bol. Inf. Excmo. Col. Of. Med. Prof. de Cádiz, 2, p. 5. Para la biografía de Lasso Cf.: QUESADA SANZ (1944). Francisco Javier Lasso de la Vega y Orcajada. Murcia; FERRANDIZ ARAUJO, C. (1979). Biografía del médico cartagenero F. J. Lasso de la Vega y Orcajada. Cartagena. Sobre algunos aspectos de su obra Cf. también: LOPEZ PINERO, J.M. (1960). Francisco Javier Lasso de la Vega y la introducción de la auscultación en España. Arch. Iberoamer. Hist. de la Med. y Antrop. Med., XII, 157-167; Idem (1962). F. Javier Lasso de la Vega y la introducción del Método Anatomoclínico en España. Bol. Soc. Esp. Hist. de la Med., II, 2; Idem (1973). La escuela de Cádiz y la introducción en España de la medicina anatomoclínica. IV Congr. Soc. Esp. Hist. de la Med. Granada, T.1, pp. 239-248; PESET REIG, R. (1963). La patología cardiorrespiratoria en la primera mitad del siglo XIX español. Arch. Iberoamer. Hist. de la Med. y Antrop. Med., XIV, 165-262; OROZCO ACUAVIVA, A. (1980). Francisco Javier Lasso (1785-1836) propagandista de la vacuna. An. R. Acad. Med. y Cir. Cádiz, XVI, 1, 75-85; Idem (1980). Francisco Javier Lasso (1785-1836) primer historiador del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Estudio de un manuscrito inédito de 1828. An. R. Acad. Med. y Cir. Cádiz, XVI, 2, 63-91; Idem (1981). Francisco Javier Lasso historiador de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz. An. R. Acad. Med. y Cir. Cádiz, XVII, vol. extraordinario, 7-15; MUÑOZ FERRER, F. (1981). La faceta obstetricoginecológica de Francisco Javier Lasso de la Vega. An. R. Acad. Med. y Cir. Cádiz, XVII, 19-24.
- (2) LAFARGA, J. (1828). Indicación de un nuevo método de curar los tumores escirrosos de los pechos, por un medio específico inventado por el profesor médico y cirujano D. -, socio corresponsal. Cartagena de Levante. Cuadernillo manuscrito de 16 pp. (210 x 153 mm.) estando las pp. 2 y 16 en blanco. Arch. R. Acad. Med. y Cir. Cádiz. Legajo XI-2.
- (3) OROZCO ACUAVIVA, A. (1981). Francisco Javier Lasso historiador de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz. An. R. Acad. Med. y Cir. Cádiz, XVII, vol. extraordinario, 12-15. Teniendo en cuenta los cambios de nombre que sufrió esta corporación médica gaditana y, aunque en realidad el trabajo de Lafarga fue presentado a la "Real Academia Médico-Quirúrgica" hemos preferido titular nuestro estudio con el de "Sociedad Médico-Quirúrgica" por entender que esta denominación es más representativa de toda la época en que se enmarca.

- (4) Cf.: MARAVER EYZAGUIRRE, F. (1982). El "Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz" (1820-1831). Indización y estudio crítico. Tesis de Licenciatura. Cádiz, pp. 8-9.
- (5) OROZCO ACUAVIVA, A. (1980). El Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (1820-1831). Bol. Inf. Excmo. Col. Of. Med. Prof. de Cádiz, 2, p. 5.
- (6) PEREZ, L. (1820). Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, I, p. VII.
- (7) LASSO, F.J. (1820). La administración de la quina en los primeros accesos de las fiebres intermitentes tercianas es contraria a los principios de la medicina. Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, I, 34-39.
- (8) Cf.: OROZCO ACUAVIVA, A. (1980). El Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (1820-1831). Bol. Inf. Excmo. Col. Of. Med. Prof. de Cádiz, 2, pp. 6-7.
- (9) PEREZ LASO, F.J. (1831). Resumen Histórico de los trabajos y demás objetos de que se ha ocupado la Rl. Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, desde su creación en 1815: leída en sesión pública el día 30 de Mayo de 1831. Por el Dr. Dn. -, secret^o de gobierno de esta Rl. Academia, (Ms. 58 pp.).
- (10) Cf.: FERRANDIZ ARAUJO, C. (1977). Bibliografía histórica de las ciencias médicas en Murcia. Primera Selección. Murcia, p. 62.
- (11) Lista de los individuos que componen la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, formada según las diferentes clases en que se halla dividida. Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, II(1821), 409-415.
- (12) v.: Nota de las memorias, discursos y demás obras presentadas a esta Sociedad durante el primer semestre del presente año. Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, II(1821), 319.
- (13) Cf.: OROZCO ACUAVIVA, A. (1981). Relación de las Memorias y Discursos leídos en la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (1815-1831) y conservados en el Archivo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. An. R. Acad. Med. y Cir. Cádiz, XVII, vol. extraordinario, p. 122.
- (14) Extracto de las Actas de la Real Academia Médico-Quirúrgica de Cádiz, correspondientes a las sesiones que celebró en los meses de marzo, abril, mayo y junio del año de 1828. Actas y Memorias de la Real Academia Médico-Quirúrgica de Cádiz, V(1829), 30-31.
- (15) Ibidem, p. 31.
- (16) F.J.L. (Francisco Javier Laso): Dictamen de la dicha Sección de cirugía acerca de una Memoria confiada a su examen y remitida a esta real Academia por su corresponsal el médico-cirujano don Joaquin Lafarga: con este título: Indicación de un nuevo método de curar los tumores escirrosos de los pechos por un medio específico. Un manuscrito firmado en Cartagena de Levante. Actas y Memorias de la Real Academia Médico-Quirúrgica de Cádiz, V(1829), 171-173.

Guillén Grima, F.; San Eustaquio Tudanca, F.

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Murcia.

En la segunda mitad del siglo XVIII la política naval de Ensenada favorece el florecimiento de la Ciudad de Cartagena. Se construye el Arsenal de Cartagena (1,2), que se convierte en la principal empresa industrial de la región. El Arsenal es uno de los polos del crecimiento regional, ya que como base de la flota y astillero, provoca una distribución local de salarios, encargos de materias primas para barcos y víveres para una población en fase de rápido aumento, y una animación de los ejes comerciales que convergen hacia el puerto (3). Junto con el Arsenal se construyó el Real Hospital Militar de Cartagena y diversos cuarteles. La Marina de Guerra estableció en 1786 un Jardín Botánico, se creó una imprenta y en 1786 se inició la publicación del primer periódico (4,5). Este desarrollo económico, demográfico y cultural, provocó alteraciones en el ecosistema que tuvieron repercusiones directas sobre la mortalidad en Cartagena, que han sido estudiadas por J.J. Guillén (6).

El libro que presentamos es la principal obra de un médico militar, en la que se hace un relato de la aplicación del método de Masdevall en la ciudad de Cartagena.

ESTUDIO BIOGRAFICO DEL AUTOR Y GENESIS DE SU OBRA

Las únicas referencias biográficas que hemos encontrado han sido extraídas de la propia obra, de Chinchilla (7) y de Riera (8). Rodón y Bell se declara "Maestro en Artes, Doctor en Medicina, Médico Supernumerario del Real Hospital de este Departamento y Substituto por S.M. del primero, Socio de la Real Sociedad del Reyno de Murcia y Secretario de la Academia Médico-Práctica de esta ciudad" (9). Martín Rodón y Bell es un cartagenero ilustre y amante de su tierra, ya que empieza el Capítulo primero de su obra con la siguiente frase "Cartagena mi amada Patria, tanto por su antigüedad, como por su excelente Puerto, es reputada por una de las principales ciudades de España" (10). Rodón y Bell ejerce su profesión en el Hospital Militar, y es autor también de dos libros de Botánica titulados Exercicios públicos de Botánica y

"Discurso pronunciado en los ejercicios de Botánica" (11), así mismo es autor de un manuscrito no publicado que se titula "Manifiesto sobre algunas reflexiones ventajosas al bien de la humanidad y mejor estado de la Medicina" (12).

La obra que estudiamos la describe Chinchilla como una "topografía médica de la Ciudad de Cartagena" en la que el autor relata la serie de epidemias acaecidas en la ciudad desde finales del siglo XVII a 1785 y "discurrir sobre las causas de aquellas, refiere un gran número de epidemias y los métodos más provechosos..." (13).

En la introducción Rodón y Bell expone los objetivos de su trabajo explicar las causas de las epidemias que ocurrieron en Cartagena desde 1737 hasta 1786 y exponer los resultados del método curativo de Masdevall que fue probado "en mas de diez y ocho mil individuos, que se han curado en el Real Hospital de esta Plaza, desde primeros del año de 1786 hasta el día de la fecha ..." (14).

TOPOGRAFIA MEDICA DE CARTAGENA

En el primer capítulo Martín Rodón hace una descripción de la situación geográfica de Cartagena, su longitud y latitud, (a través de la cual se deduce que existía en Cartagena un Observatorio (15)), de su orografía, estudiando de forma muy detallada la laguna del Almarjal y de las condiciones meteorológicas: vientos predominantes en las diversas épocas del año, lluvias y clima. También hace referencia a la agricultura cartagenera "sus campos son muy fértiles y abundantes" (16).

Por último Rodón y Bell incluye unas notas sobre la población en Cartagena "No es Cartagena uno de los pueblos más populosos de España, pero por su admirable y singular Puerto y por las grandes obras que se han fabricado para la Marina Real, (...). El número de almas que la habitan se regula a unas cincuenta mil, sin contar la Tropa de los Batallones de Infantería de Marina, que seran unos quatro mil Soldados; las Brigadas del Real Cuerpo de Artillería; un crecido número de individuos del Mar; mas de dos mil presidarios que existen en el Real Arsenal; otro crecido número de esta clase en Quartel de los Reos rematados a Presidio; una Guarnición compuesta de uno, o dos Regimientos de Infantería; diferentes partidas de otros, &c." (17). En estas notas se refleja el crecimiento demográfico experimentado por Cartagena en el siglo XVIII, debido a la influencia de la Marina Real que trae como

consecuencia la existencia de una elevada población flotante.

A continuación Rodón y Bell hace una descripción de las epidemias que afligieron a Cartagena desde 1631 a 1787, describiendo las condiciones meteorológicas que las propiciaban, los meses o estaciones en que aparecían. También estudia la localización geográfica de los casos destacando que la mayor parte eran vecinos de los barrios inmediatos al Almarjal. Martín Rodón relata que en la epidemia de 1637, los médicos de Cartagena, junto con los de Alicante afirmaron que la causa de las tercianas radicaba en la putrefacción de las aguas estancadas en el Almarjal, por lo que se procedió a desagüarlas y desecar totalmente la laguna, el mismo autor refiere en otro lugar del texto que estos esfuerzos muchas veces eran vanos, porque en cuanto llegaban lluvias abundantes la laguna se volvía a llenar, encharcándose las aguas y por tanto se repetía el ciclo.

LAS EPIDEMIAS Y SUS CAUSAS

Además de la epidemia de 1631, se describen epidemias en 1727, en 1740, 1743, 1760, 1763, 1764, 1768, 1771, 1772, 1776, 1778, 1779, 1781 y 1785. Según el autor uno de los lugares más fuertemente castigados por las epidemias era el Convento de San Diego, inmediato al Almarjal. La epidemia de 1772 alcanzó tal magnitud que se organizó una reunión en casa del "Cavallero Comandante General de Marina, y Gobernador de esta Plaza" a la que asistieron los principales médicos cartageneros, que no lograron ponerse de acuerdo sobre las medidas preventivas más efectivas para la lucha contra el paludismo, por lo que se repitió la mortalidad.

Con motivo de una nueva epidemia en 1778, Rodón y Bell, junto con otros dos médicos del Real Hospital, Calderón de la Barca y Claver, y un prestigioso médico cartagenero Francisco de Toro, presentaron un escrito al Ayuntamiento de Cartagena en el que explican las causas de las epidemias atribuyéndolas al estancamiento de las aguas de la laguna del Almarjal. En el Ayuntamiento de Cartagena se organizó una reunión a la que acudieron todos los médicos de la ciudad, dos Caballeros Capitulares y los miembros de la Junta de Sanidad, muchos de los médicos ridiculizaron las acusaciones de que las aguas del Almarjal fueran dañinas como causas de epidemias. Ante la falta de acuerdo entre los médicos del Ayuntamiento de Cartagena, remitió el escrito presentado por Martín Rodón al Consejo de Castilla, el cual resolvió que se desaguase y desecase el Almarjal, si bien según el autor esto no siempre se

puede conseguir, ya que cada vez que llueve se rellena la laguna.

... Durante los veranos de 1779, 1781 y 1782, el Real Hospital Militar tuvo que contratar médicos provisionales, ya que con los propietarios no podía atenderse a todos los enfermos (18).

La epidemia de 1785, según Rodón y Bell superó a todas las anteriores, afectando a todos los vecinos del Almarjal en la parte alta de la Serrera, Puerta de Madrid, Salitres y Barrio de San Diego, etc. El número de enfermos fue tan alto que "el Real Hospital Militar llegó a tener unos mil cuatrocientos noventa y seis (...) y el de la Caridad más de trescientos..." (19).

La población estaba desmoralizada, "el Viatico estaba a todas horas por las calles, (...), las campanas tocaban a difunto: por las calles no se veían más que cadáveres, lutos, malos semblantes, y cortinas negras, había rogativas públicas en todas las Iglesias" (20) y se hizo una solemne procesión encomendándose a la Virgen del Rosell y a los Cuatro Santos patronos de Cartagena. Ante este estado de cosas, el Intendente General de Marina de Cartagena, ordenó el 26 de Octubre que hiciesen "disecciones de cadaveres para examinar la causa de la que provenian las enfermedades" (21).

Pese a la utilización de las rogativas y otros recursos tradicionales tales como quemar en las calles botas alquitranadas, encender hogueras de enebro, quemar pólvora o calentar ollas con vinagre para purificar la atmósfera y ante el mal cariz que tomaba la situación el Intendente de Marina, solicitó ayuda al Monarca, que ordenó a Masdevall, Inspector de Epidemias de Cataluña, que estudiase la situación (22). Masdevall delegó en su sobrino Llorens, para que inspeccionase la situación de Cartagena y utilizase el método curativo bajo su supervisión. Una Real Orden puso a todos los médicos de Cartagena bajo las ordenes de Llorens, ordenándoles que aprendiesen el método de Masdevall. Llorens llegó a Cartagena el 31 de Diciembre de 1785, convocó a una reunión en el Real Hospital a todos los médicos y Cirujanos tanto de la ciudad, como de los Hospitales y de la Armada. En la reunión les comunicó su nombramiento, y los poderes que le conferia, para instruir a todos los sanitarios en el nuevo método. Una comisión de tres médicos formada por un médico del Hospital de Caridad, uno del Real Hospital Militar y otro de la ciudad, expuso la situación en Cartagena.

A continuación Llorens hizo una breve disertación sobre las posibles causas de las epidemias y describió someramente el método de Masdevall,

deteniéndose en los métodos de elaboración, de los preparados (míxtura anti-monial, opiata antifebril, enemas antifebriles, rosella, y corteza peruana). Llorens recorrió las Salas del Hospital Militar (23) acompañado por todos los médicos, visitando a los enfermos y supervisando los tratamientos. Los buenos resultados obtenidos con la aplicación de este método movieron a la Academia Médico-Práctica de Cartagena a escribir al Conde de Floridablanca, para comunicarle los excelentes resultados, la Academia Médico-Práctica de Cartagena nombraría Presidente a Masdevall el 21 de Mayo de 1786.

LAS CAUSAS DE LAS EPIDEMIAS

Para Rodón y Bell es evidente que las causas de todas las epidemias estan en el estancamiento de las aguas del Almarjal. Frente a los médicos que dicen que las epidemias atacan a los pobres porque llevan una mala alimentación, Rodón y Bell recurre a estudiar las diferencias geográficas y sociales entre los enfermos rechazando que la epidemia se deba a la mala alimentación con el siguiente razonamiento "...aunque puede discutirse que los infelices de estos barrios no seran los más arreglados en sus alimentos, y demás regimen; no debe, ni puede creerse, que sean menos arregladas y comedidas las Comunidades de San Diego y San Francisco de Paula que las otras que siempre han estado libres; ni tampoco, que la gente pobre de lo interior de la Ciudad, y barrios de Gomera, Puerta de la Villa y Santa Lucia, cometa menos desarreglos, que la de San Antonio Abad, Serreta, etc" (24). Es una constante el estudio que hace el autor de la localización de los casos dentro de la geografía urbana de Cartagena y su distribución por estaciones (25).

Para explicar las causas de las epidemias Martín Rodón recurre a las teorías atmosféricas y miasmáticas, llegando a afirmar que posee la certidumbre de que la causa de las tercianas radicaba en el Almarjal (26).

MEDIDAS PREVENTIVAS

Martín Rodón se preocupa por la higiene y la vivienda "...poca o ninguna limpieza se observa, y es indispensable en muchas Casa húmedas de esta Ciudad, por lo pequeñas que son, y en las que Privadas, los Sumideros y dormitorios están juntos (...) Las Calenturas pútridas y malignas, principian de ordinario por los que habitan en caxas de techos baxos, cerradas, humedas y desaseadas" (27).

También, al igual que Howard en Inglaterra aborda el tema de la

higiene en las prisiones, motivado por los numerosos presidiarios existentes en las cárceles, presidios y calabozos de los cuarteles de Cartagena, los cuales "...andan desnudos, o hecha pedazos toda su ropa, sin mudarse de ella, llenos de inmundicia, piojos, etc" (28) Rodón recomienda que los presidiarios "deben estar bien vestidos, y alimentados (...) sus Cuarteles y o alojamientos (...) conviene esten secos, ayrosos y que los enfermos esten separados de los sanos..." con un criterio utilitarista afirma que "...será muy oportuno ocuparlos algunas horas del día, al raso en las obras públicas para que disfruten de la libre ventilación, y con el trabajo corporal adquieran robustez" (29).

Otro foco de enfermedades que estudia son los hospitales, en donde para disminuir las enfermedades, los enfermos tienen que "...mudarse sus ropas y vestidos muy a menudo, peynarse, lavarse, afeytarse, frotarse, etc" (30).

Por último estudia una serie de medidas de policía sanitaria encominadas a la mejora del medio ambiente urbano, y a crear una ciudad más saludable, mediante el control de los alimentos "...que en sus calles no haya animales muertos, muladares, basuras, ni inmundicias; que los mataderos esten lejos de las poblaciones; que los Presos en las Carceles se muden, y laven sus ropas a menudo, que ellas y sus calabozos tengan la suficiente ventilación, para que no hechen mala y pestilencial olor; que no se introduzcan frutas sin sazonar; que el Pan no se amase con agua de Pozos; que se alejen los Cementerios (...) debiendo vivir persuadidos, que la limpieza es un poderoso remedio contra todo género de males" (31).

LA CRITICA CONTRA EL USO EXCESIVO DE SANGRIAS Y VEJIGATORIOS Y OTROS TRATAMIENTOS TRADICIONALES

Las enseñanzas de Masdevall no se limitaban a unos nuevos preparados a base de quina, sino que también incluían fuertes críticas a la terapéutica tradicional basada en sangrias, purgas y vejigatorios. La sangria seguía siendo un remedio habitual, y pese a las disputas entre los médicos sobre su efectividad, gozaba de gran popularidad entre la población que demandaba esta terapéutica (32,33).

Cartagena no era ajena a este fenómeno, los médicos prescribían generosamente esta terapéutica hasta el punto que durante la epidemia de tercianas de 1785, un sangrador hizo una media de cuarenta sangrias diarias, "...

el crecido número de más de siete mil sangrias, que hizo solo el Sangrador de esta Ciudad Fulgencio Saura, en seis meses de la ultima epidemia, prueba un abuso..." (34). Las sangrias se recomendaban frecuentemente en las tercianas "...se observa tan ordinariamente a muchos tercianarios, que sufren quatro, seis, ocho, diez, doce sangrias, y aun más (que no numero por no causar horror) (...) no extinguen otra cosa con semejante método que las fuerzas y con ellas la vida" (35), con lo que al añadir a la hemólisis provocada por el plasmodio, la sangria el estado del enfermo empeoraba. Martín Rodón no es un enemigo acérrimo de las sangrias, sino que es partidario de que se utilicen en un reducido número de casos en los que estan indicadas, y critica duramente la utilización de las mismas en las tercianas: "...las vanas y fútiles razones, que intentan alegar algunos en favor del método sanguinario (...) son, que la terciana se hizo continua, que la sangre se arrebató a la cabeza; que se hizo maligna y contagiosa, etc. Pero si se hiciesen las maduras reflexiones que merecen semexantes pretextos para sangran aseguro que de cien Enfermos, no se sangrarían cinco" (36). Rodón y Bell, piensa que la sangria es un arma terapéutica que debe emplearse en contadas ocasiones (37,38), y como norma general aconseja que "siempre deberíamos preferir el no sangrar" (39).

Martín Rodón y Bell dedica todo un capítulo al empleo masivo e indiscriminado de vejigatorios que perjudican al paciente y le producen un sufrimiento innecesario, "...pues hubo enfermos a quienes les pusieron siete de ellos, a saber, dos en las piernas, dos en los muslos. dos en los brazos, y uno en la nuca; y no contentos con estos tormentosos martirios, les mandaron también algunas ventosas sajas, (por lo que) presentaban el aspecto más compasivo, que pudiera ofrecer un martirizado entre los más crueles bárbaros: muriendo los más de esos, después de haber experimentado tanta inhumanidad que horroriza al corazón más duro..." (39). Aunque esto no significa que Martín Rodón los elimine de su arsenal terapéutico, pero lo deja como un remedio con muy pocas indicaciones.

También se dedica otro capítulo a criticar a una miscelanea de remedios que Martín Rodón considera inútiles: absorbentes, cordiales, piedras preciosas, oro, vinos, aplicar animales vivos en las plantas de los pies de los enfermos, etc.

La conclusión final del autor, es que se debe ser muy prudente en la aplicación de estos tratamientos tan agresivos, recurriendo a Hipócrates

tes para indicar que cuando se prescriba un tratamiento se tenga en cuenta que "si no aprovecha lo que se administra al Enfermo, a lo menos que no le dañe." (40).

METODO DE MASDEVALL

Rodón y Bell hace una relación de la inmensa cantidad de curaciones observadas al aplicar en el Hospital la opiata antifebril de Masdevall, (un compuesto formado por tártaro emético y quina). Se presenta una relación de observaciones y casos de pleuresía para testimoniar la efectividad de estos preparados, aportando como prueba de la eficacia del mismo el que solo fallecieron 3 enfermos de un total de 58 pleuríticos tratados con este procedimiento en Real Hospital. También se incluyen los buenos resultados que tuvieron otros médicos cartageneros con este método. Al describir sus ventajas, se introducen algunos conceptos que son precursores de la administración sanitaria y la gestión hospitalaria "No menos consideración merece, los pocos días que consumieron los dichos Enfermos en sus curaciones, (...) ¿Que ahorros no siguen a la Real Hacienda de las pocas estancias en los Hospitales?. Se consigue el que vuelvan prontamente las Tropas a hacer sus respectivas fatigas (...) y en fin se consigue, que en los Hospitales haya corto número de Enfermos" (41).

CONCLUSIONES

Rodón y Bell realiza una topografía médica de la ciudad de Cartagena. Utilizando las teorías atmosféricas y miasmáticas y basándose en la localización geográfica de los casos en la epidemia, señala como causa de las epidemias de paludismo, la laguna del Almarjal, participa de las ideas sanitarias de su época, se centra en el estudio de las prisiones, hospitales y cementerios como foco de enfermedad, siendo partidario de mejorar la higiene en las prisiones y hospitales, y alejar los cementerios de las ciudades.

Es importante la aparición del contexto de efectividad de un tratamiento por la disminución de las estancias en un hospital. Así mismo hay ciertos indicios de los comienzos del pensamiento anatomopatológico, ya que cuando se realizan anatomías se van buscando alteraciones que indiquen porque se ha producido la enfermedad.

La obra de Rodón y Bell, es subsidiaria de la de Masdevall, siendo muy elevado el número de enfermos en los que se probó este método, más de

18.000, la influencia de Masdevall también se refleja en las críticas contra los tratamientos cruentos, sangrias y vejigatorios.

En resumen nos encontramos frente a un médico ilustrado que introduce en Cartagena los conceptos y las técnicas de la epidemiología de la segunda mitad del siglo XVIII.

NOTAS

1. PEREZ PICAZO (1984)
2. MERINO (1978)
3. LEMEUNIER (1985)
4. En el Jardín Botánico, fundado en 1788, estudiaron Botánica, los médicos y cirujanos de la Armada. FERRANDIZ ARAUJO (1981). pag. 51.
5. CAÑAVATE NAVARRO (1954) pag. 245.
6. GUILLEN PEREZ (1983)
7. CHINCHILLA Y PIQUERAS (1841-1846)
8. RIERA (1980)
9. RODON Y BELL (1787) pag. 1.
10. Ibid., pag. 1.
11. RIERA, op.cit., pag. 52.
12. El título completo del manuscrito es "Manifiesto sobre algunas reflexiones ventajosas al bien de la humanidad y mejor estado de la Medicina, que al Excmo. Señor Conde de Floridablanca, Primer Secretario de Estado, presenta el Doctor D. Martín Rodón y Bell, Protomédico que fue en las últimas expediciones contra Argel y en el día Primer Médico interino por S.M. del Real Hospital de esta Plaza". (A.G.S., Gracia y Justicia, 990). Citado por RIERA, op.cit., pag. 52.
13. CHINCHILLA, op.cit., Tomo IV, pag. 121.
14. RODON Y BELL, op.cit., pag. 111.
15. "Según el Observatorio de esta ciudad se halla a los 37 grados y 36 minutos de latitud y a los 3 grados y 18 minutos de longitud al Oeste de París". Ibid., pag. 1.

16. Ibid., pag. 2
17. Ibid., pag. 3.
18. Ibid., pag. 8.
19. Ibid., pag. 9.
20. Ibid., pag. 9.
21. Ibid., pag. 10.
22. "...se conmovió S.M. a tantos clamores, y fixo muy particularmente su pia-
dosa generosa atención en la curación de las enfermedades que tanto afli-
gían a esta Ciudad (...) se sirvió de mandar al Inspector de Epidemias y
su Médico de Cámara Don Josef Masdevall (...) atendiendo al conocimiento
que tenía adquirido en el importantísimo ramo de las epidemias (...) no
pudiendo el referido Inspector (...) mando S.M. al (...) Secretario de
Estado y del Despacho Universal de Marina que hiciese pasar a esta Ciudad
al Dr. D. Francisco Llorens, (...) sobrino y discípulo de Masdevall".
Ibid., pag. 76.
23. Estas salas tenían el nombre de un santo y a todos los enfermos se les
asignaba un número.
24. Ibid., pag. 23.
25. "...los Barrios de la Purísima Concepción, (¡alias Quitapellejos!), S.
Antonio Abad, las orillas de esta ciudad, altos de la Serreta, Parque de
Artillería, calles de San Fernando, y Santa Florentina, Salitre, Plazuela
de los Carros, etc". Ibid., pag. 20.
26. "Vivo convencido, que la causa productora de las epidemias (...) es la
viciosa crasitud de la atmósfera diamanada de la vecindad a el sitio del
Almarjal, donde se mantienen las aguas detenidas, hasta los terminos de
su corrupción...". Ibid., pag. 17.
27. Ibid., pag. 34.
28. Ibid., pag. 34.
29. Ibid., pag. 36.
30. Ibid., pag. 35.
31. Ibid., pag. 35.
32. GRANJEL (1979) pag. 233.
33. "...algunos (...) por dexarse llevar de la corriente de un preocupado vul-
go tan afecto a las sangrias, hicieron demasiado abuso de ellas". Ibid.,
pag. 43.
34. RODON Y BELL, op. cit., pag. 43.

35. Ibid., pag. 50.
36. Ibid., pag. 50.
37. "...vivo persuadido, que puede muy bien encontrarse al facultativo en la precisión de mandar sangrar a un Enfermos tercianario alguna vez pero no muchas, y entonces será la sangria accidentalmente oportuna".Ibid., p. 54.
38. "...no hallaba yo tan amenudo la ocasión oportuna de sangrar a mis enfermos, notando con particular admiración que apenas escapaba algun enfermo de las manos de algunos Facultativos, sin haber sufrido a lo menos un par de sangrias". Ibid., pag. 61.
39. Ibid., pag. 67-68.
40. Ibid., pag. 70.

BIBLIOGRAFIA

CAÑABATE NAVARRO, E. (1955). Historia de Cartagena desde su fundación a la Monarquía de Alfonso XIII. Cartagena.

CASAL MARTINEZ, F. (1951). Dos epidemias de peste bubónica en Cartagena en el siglo XVII (1648-1676) y una terrible de paludismo en 1785. Murcia.

CASAL MARTINEZ, F. (1952). La Academia Médico-Práctica de Cartagena. Murcia.

CHINCHILLA Y PIQUERAS, A. (1801-1867). Anales Históricos de la medicina en general y biográfico bibliográficos de la Española en Particular. Valencia, López Cervera.

FERNANDEZ, R. ed. (1985). España en el siglo XVIII. Barcelona, Crítica.

FERRANDIZ ARAUJO, C. (1981). Historia del Hospital de la Caridad de Cartagena Murcia, Impr. Provincial.

GRANJEL, L. (1979). La medicina española del siglo XVIII. Salamanca, Universidad.

GUILLÉN PEREZ, J.J. (1983). Evolución de la mortalidad en Cartagena durante el siglo XVIII. Murcia. Tesis de Licenciatura.

LAIN ENTRALGO, P. (1981). Historia de la Medicina. Barcelona. Salvat.

MARSET, P. (1983). Aspectos sanitarios de Murcia en los siglos XVIII y XIX una aproximación. Cuadernos de Historia, X, 279-301.

MARSET, P.; RAMOS, E. (1975). Aspectos sociales y económicos de la asistencia sanitaria en el Hospital de Cartagena para el período 1780-1930. Actas IV Congreso Español de Historia de la Medicina. 1973, 3, 163-171.

PEREZ MOREDA, V. (1982). El paludismo en España a finales del siglo XVIII: La epidemia de 1786. Asclepio, XXXIV, 295-316.

RIERA, J. (1980). José Masdevall y la Medicina Española Ilustrada. Valladolid, Universidad.

RODON Y BELL, M. (1787). Relación de las epidemias que han afligido a la ciudad de Cartagena... Cartagena, Pedro Ximenez.

ROSEN, G. (1958). A History of Public Health. New York, M.D.

SIGERIST, H. (1981). Mitos en la Historia de la Salud Pública. México, siglo XXI.

SOLER CANTO, J. (1970). Cuatro siglos de epidemias en Cartagena. Cartagena.

TORRES SANCHEZ, R. (1986). Componentes Demográficos de una ciudad Portuaria en el Antiguo Régimen: Cartagena en el siglo XVIII. En: TORRES SANCHEZ, R.; MARTINEZ CARRILLO, M^a.LL.; PIÑAR LOPEZ, J.J. I Concurso de Historia de Cartagena "Federico Casal". Cartagena, Concejalía de Cultura.

URTEAGA, L. (1976). Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. Geocrítica, 29.

VILLALBA, J. (1803). Epidemiología española... Madrid, Villalpando.

Barona Vilar, J.L.

Departamento de Historia de la Ciencia. Universitat de València.

El trágico desenlace de la contienda civil española provocó una crisis importante en el cultivo de numerosas áreas significativas de la ciencia española, que con anterioridad habían alcanzado un nivel de desarrollo considerable en el panorama internacional. Y esto no sólo por las crisis sociales y económicas características de la historia europea durante la etapa central del presente siglo, sino muy especialmente por la ruina social del país y por la "caza de brujas" desencadenada por la Dictadura de Franco, que provocó la obligada salida del país de buena parte del contingente humano español consagrado a la actividad científica. Aunque el tema posee una complejidad indudable que exige su planteamiento desde una perspectiva global capaz de delimitar las consecuencias que sobre la actividad científica en su conjunto tuvo el triunfo del fascismo en nuestro país, es sin duda una de las áreas de la medicina que se vio más seriamente perjudicada por el desenlace de los acontecimientos políticos fue la fisiología; baste recordar, entre otros, la figura frustrada del que fuera Jefe de Gobierno de la República Española, Juan Negrín o, de modo paralelo, la trayectoria biográfica del fisiólogo murciano José Puche Alvarez (1896-1979) (1).

José Puche nació en Lorca (Murcia) en 1896 y se trasladó a Barcelona para cursar los estudios de medicina; allí, ya durante su etapa de estudiante, se vinculó con el grupo de fisiólogos encabezado por August Pi i Sunyer y comenzó a colaborar en las tareas docentes e investigadoras que se desarrollaban en la Cátedra de Fisiología de la Universidad de Barcelona, labor que determinaría su posterior vinculación docente a la Universidad y su consagración definitiva como fisiólogo. Al poco tiempo de acabar sus estudios de medicina, en 1924, pasó a ocupar el puesto de ayudante de la mencionada Cátedra, donde, junto con su amigo y compañero J. Bellido Golferichs tomó parte en la práctica totalidad de las investigaciones de laboratorio desarrolladas en la Cátedra de Barcelona (2). Allí se integró plenamente en el círculo catalán de investigadores de la fisiología y la biología, y buena prueba de ello es su nombramiento como secretario de la Societat Catalana de Biologia,

cargo que desempeñó entre 1925 y 1929, año éste en que abandonó la ciudad catal para continuar su carrera académica.

En 1926, José Puche presentó en la Universidad de Barcelona su tesis de doctorado, que llevaba por título El sistema nervioso autónomo en la regulación de la glucemia, y que marcó una línea de trabajo en torno al tema del metabolismo de los glúcidos, que fue una constante en sus investigaciones posteriores (3). En el año 29 se presentó a oposiciones y obtuvo la Cátedra de Fisiología de la Universidad de Salamanca, donde apenas tuvo unos meses de permanencia, ya que en 1930 le fue concedido el traslado para ocupar la Cátedra de Fisiología de la Universidad de Valencia, como así consta en una Real Orden de 28 de abril de 1930, de la que se hace eco el "Libro de Catedráticos de la Universidad de Valencia: ...en virtud de oposición fue nombrado catedrático numerario de Fisiología general, comprendiendo la Química fisiológica y la Fisiología especial y descriptiva de la Facultad de Medicina de esta Universidad, con el sueldo anual de 6000 pesetas." Dos meses después, el 12 de junio, tomó posesión de su cargo y, según una Real Orden de 25 de junio, se le elevó el sueldo a 7000 pesetas, de las que ya disfrutaba como catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca (4). Puche permaneció como catedrático de la Universidad de Valencia hasta que el final de la Guerra Civil le obligó a exiliarse; los archivos lo resumen del siguiente modo: "Por orden de fecha 29 de junio de 1939 (Boletín Oficial del 18 de agosto, página 4541) fue separado definitivamente del servicio y dado de baja en el Escalafón de Catedráticos de Universidad" (5). Después Puche se vió obligado a vivir la lejanía del exilio mejicano, como testimonio de la desintegración de los grupos españoles más activos en el cultivo de la investigación fisiológica, a pesar de que en aquel país mantuvo su vinculación con la universidad como catedrático de fisiología, primero en la Escuela Politécnica Nacional (1943-1946) y después de la Facultad de Medicina de Méjico.

Así pues, durante el período 1930-1939, José Puche Alvarez desarrolló su labor profesional como catedrático de fisiología de la Universidad de Valencia. Se trata del inicio de su etapa de madurez, desvinculado ya institucionalmente, que no en cuanto a relaciones personales y científicas, del grupo de Barcelona, que junto con el grupo madrileño encabezado por Juan Negrín, constitufan los dos núcleos activos y de mayor prestigio en nuestro país. Buena muestra de su vinculación al grupo catalán es el hecho de que gran parte de su obra se publicara en los Treballs de la Societat Catalana

de Biología, o incluso su participación en algunos de los Congresos de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Tras su llegada a Valencia, Puche entró en contacto y se integró de inmediato con el grupo más innovador de médicos y profesores de la Facultad de Medicina, que se aglutinaba en torno a la revista La Crónica Médica -entre ellos, Luis Urtubey, Manuel Beltrán Báguena, Juan Peset Aleixandre...- de modo que en los números correspondientes a 1931, Puche ya figuraba entre el grupo de redactores de la revista y a partir de ese momento publicó en ella, junto con algunos de sus ayudantes, buena parte de sus trabajos de investigación experimental.

Durante esta etapa, Puche se encargó de la docencia de las asignaturas de fisiología general y química fisiológica, que se impartían durante el primer curso de la licenciatura de medicina con una frecuencia de una hora diaria, así como de la fisiología especial y descriptiva, que se explicaba a razón de seis horas por semana durante el segundo año de la licenciatura (6). De los trabajos de laboratorio realizados en la Cátedra de Fisiología durante esta etapa aparece una buena muestra entre los artículos que hemos recogido, publicados durante esta etapa en La Crónica Médica.

A comienzos de 1936, tras el triunfo del Frente Popular y siendo Decano de la Facultad de Medicina, Manuel Beltrán Báguena y Secretario de la misma, Rafael Campos Fillol, José Puche Alvarez fue nombrado Rector interino de la Universidad de Valencia (7), cargo que ocupó durante la mayor parte de la contienda civil española, en unos momentos de enorme responsabilidad social, ante el lógico y constante deterioro de la vida académica motivado por el desarrollo de la guerra. El resultado de las elecciones del 30 debía traducirse en cambios en el gobierno de la universidad. de manera que el hasta entonces rector, Fernando Rodríguez Fornos cesó en el puesto el 20 de febrero de 1936, fecha en que el Gobierno del Frente Popular nombró a José Puche Alvarez como Rector interino, tras las elecciones. A propuesta del Claustro de la Universidad fue nombrado Rector titular (Decreto 16/IV/1936) y la definitiva toma de posesión se celebró el 21 de abril de ese año (8). Al día siguiente de su nombramiento como Rector interino, el 27 de febrero, se celebró una Junta de Gobierno, en la que Fernando Rodríguez Fornos le hizo entrega del "Balance general y arqueo de la situación económica de dicho Patronato y demás fondos de la Universidad" (9). El 18 de marzo se celebró la primera Junta presidida por Puche, a la que asistían el Vicerrector, los decanos de las facultades (Medicina, Ciencias, Derecho y Filosofía y Letras) los secre-

tarios de las mismas, tres miembros de la F.U.E. y el Secretario General de la Universidad. Las trágicas consecuencias de la rebelión militar de julio y su papel al frente de los destinos de la Universidad de Valencia en una etapa de graves alteraciones del normal desarrollo de la vida académica (militarización de gran parte del contingente humano de la Universidad, situaciones de emergencia...) condicionaron considerablemente la producción científica de Puche.

Durante su etapa valenciana, mantuvo su estrecha relación con el grupo de fisiólogos catalanes encabezado por Pi i Sunyer y siguió publicando en la Revista Médica de Barcelona. No obstante, en su etapa de Rector la mayoría de los trabajos aparecieron ya en la revista valenciana La Crónica Médica y durante sus nueve años valencianos algunos de sus trabajos llegaron hasta los Comptes Rendues de la Société de Biologie de París. La línea principal de sus investigaciones siguió siendo la que había iniciado con motivo de su tesis doctoral, en torno al metabolismo de los hidratos de carbono, si bien realizó también otros trabajos sobre fisiología renal, respiratoria y especialmente del sistema nervioso. Como conclusión de esta nota de homenaje a un hombre representativo de la España que no debió morir, incluimos una bibliografía de José Puche, que incluye sus trabajos que circularon en el panorama internacional durante la etapa valenciana (1930-1939), de acuerdo con los datos recogidos en el Quarterly Cumulative Index Medicus (10), y el conjunto de sus trabajos publicados en La Crónica Médica de Valencia durante esa misma etapa.

BIBLIOGRAFIA DE JOSE PUCHE ALVAREZ QUE CIRCULO EN LA COMUNIDAD CIENTIFICA INTERNACIONAL ENTRE 1930 y 1939.

--- Influencia de la asfixia sobre la glucemia. Revista Médica de Barcelona, 12, (1929), 525-544.

--- y BOFILL, J. Contribución al estudio de la histofisiología del riñón. Modificaciones experimentales de las estructuras de los nefrocitos y de la secreción renal. Revista Médica de Barcelona, 13, (1930), 206-232.

--- y PI I SUNYER, A. La sensibilité chimique pulmonaire étudiée par la technique de la tête isolée. Comptes Rendues de la Société de Biologie, 103 (1930), 735-736.

--- y CARRASCO FORMIGUERA, R. Enervation des surrénales et diabète expérimental. Comptes Rendues de la Société de Biologie, 108, (1931), 171-173.

- Influencia de las soluciones hipertónicas sobre el centro respiratorio de la cabeza aislada. Revista Médica de Barcelona, 16, (1931), 142-148.
- Estudios sobre la acción de la insulina. Efectos de la insulina en la presión arterial y sobre la respiración. Revista Médica de Barcelona, 17, (1932) 358-367.
- Los reflejos reguladores de la presión arterial. La Crónica Médica, 36, (1932), 501-508.
- Investigaciones sobre el metabolismo de los glúcidos; la curva de hiperglucemia provocada en sujetos normales. Revista Médica de Barcelona, 21, (1934), 350-355.
- Estudios sobre el metabolismo de los glúcidos; curvas de glucemia en sangre capilar y venosa. La Crónica Médica, 38, (1934), 325-333.
- y USANO MARTIN, M. Investigaciones sobre el metabolismo gaseoso, La Crónica Médica, 39, (1935), 803-819.
- y USANO MARTIN, M. Estudios sobre el metabolismo de los glúcidos: Influencia de la insulina y glucosa sobre el metabolismo gaseoso y cociente respiratorio en sujetos sanos y en diabéticos. La Crónica Médica, 39, (1935), 983-1000.
- y USANO MARTIN, M. Estudios sobre fisiología del ejercicio muscular. La Crónica Médica, 41, (1937), 1-9.

TRABAJOS PUBLICADOS POR JOSE PUCHE ALVAREZ EN "LA CRONICA MEDICA" DE VALENCIA ENTRE 1930 y 1939.

- Diuresis provocada por reflejos condicionados. 35, (1931), 200-273.
- Acción de la hipoglucemia insulínica sobre el funcionamiento de la cabeza aislada, 35, (1931), 719-728.
- Los reflejos reguladores de la presión arterial. 36, (1932), 501-508.
- Estudios sobre el metabolismo de los glúcidos. II. Curvas de glucemia en sangre capilar y venosa, 38, (1934), 325-333.
- Estudio sobre el metabolismo de los glúcidos. III. Las curvas de glucemia capilarvenosa en sujetos diabéticos, 38, (1934), 657-668.
- y USANO MARTIN, M. Investigaciones sobre el metabolismo gaseoso, 39, (1935), 803-819.
- y USANO MARTIN, M. Estudios sobre el metabolismo de los glúcidos, 39, (1935), 983-1000.

--- y USANO MARTIN, M. Estudios sobre fisiología del ejercicio muscular, 41, (1937), 1-9.

NOTAS

- (1) Algunos datos acerca de la biografía de José Puche aparecen en: CALBET CAMARASA, J.M. y CORBELLÀ CORBELLÀ, J. (1982). Diccionari biogràfic de metges catalans. Barcelona, Universitat de Barcelona.
- (2) Buena prueba de ello son los trabajos que aparecen publicados en la serie de Treballs de laboratori de la Societat Catalana de Biologia correspondientes a esta etapa.
- (3) Vid la bibliografía recogida de sus trabajos posteriores.
- (4) Arxiu de la Universitat de València (AUV), Libro de Catedráticos, núm. 427.
- (5) AUV, Libro de Catedráticos, núm. 427.
- (6) AUV, Legajos sobre calendario académico de la Facultad de Medicina, curso 1936-1937.
- (7) AUV, Libro de Actas de la Universidad Literaria de Valencia. Años 1936-1942.
- (8) Cf. GARCIA MARTINEZ, S. y SALAVERT FABIANI, V.L. L'ocupació de la Universitat de València el 1939 pel quintacolumnista Manuel Batlle, Catedràtic de Múrcia. Afers, 3, (1986), 123-198.
- (9) AUV, Libro de Actas de la Universidad Literaria de Valencia. Años 1936-1942.
- (10) Quarterly Cumulative Index Medicus (1930-1939), Chicago, American Medical Association.

GENESIS DE LOS ESTUDIOS DE MINAS EN CARTAGENA

Diéguez González, A.

Escuela Universitaria Politécnica de Cartagena.

Hace ya casi tres años, que la Escuela Universitaria Politécnica de Cartagena, conmemoró solemnemente los cien años de vida fructífera e ininterrumpida de sus estudios de Minas. La presencia de importante número de autoridades, la celebración de un interesante ciclo de conferencias, y la erección de un monumento conmemorativo, representaron hitos verdaderamente significativos para su historia. Cuando se haya dejado suficiente margen al transcurrir del tiempo, ese castillete de extracción de mineral de casi diez metros de altura, fiel reproducción de los que antaño se plantaron a lo largo y ancho de nuestra sierra minera, evocará un largo rosario de recuerdos felices, de añoranzas y...de realidades.

Mirando retrospectivamente ese siglo dejado atrás, plagado de satisfacciones y de desventuras, portador de pujanzas y también de dificultades, merece la pena dedicar sosegadamente y con afecto unas líneas, para añorarlo con pinceladas decididamente coloristas y evocarle con el más entrañable de los recuerdos. Un centenar de años de actividad docente, dejan fuerte poso en una ciudad, en una comarca y en una región que siempre se han caracterizado por el apego a sus querencias.

La Escuela de Minas, como abreviada y familiarmente se la ha denominado siempre, y formando hoy cuerpo dentro de la Escuela Universitaria Politécnica, juntamente con los estudios de Ingeniería Técnica Industrial, Naval y Agrícola, ha formado profesional y humanamente a muchos de esos esforzados hombres, que han conseguido horadar nuestros montes con técnicas modernas, y que como respuesta al reto de la técnica, han hecho posible la extracción de la riqueza que avaramente escondieron a lo largo de milenios. Vaya por tanto a esos técnicos de la minería, para esos esforzados del barreno y del carburo, nuestro reconocimiento y admiración mas profundos, ya que ellos, solamente ellos, son los genuinos artífices de una historia en que, la leyenda y la realidad se entrecruzan con un difícil deslinde.

Podrían evocarse con cierta profundidad en la génesis de las actividades mineras de Cartagena, esos míticos incendios de sus bosques, y que

según Diodoro de Sículo, hicieron también que materialmente "ardiera" la tierra y liberara -hace ya miles de años- en verdaderos y deslumbrantes arroyos la plata que atesoraba en sus entrañas. Podría también dedicarse un recuerdo a esos esforzados griegos o romanos que con rudimentarias herramientas, descendían a grandes profundidades en busca del preciado y codiciado metal. Tampoco resultaría baldío, ofrecer tributo de admiración a esos 40.000 esclavos que -según Polibio- trabajaron sin descanso y sin horizonte de remisión, en los oscuros pozos, y que tenían un valor bastante inferior al de un sólo y minúsculo grano del ansiado metal. Pero estas rememoranzas sólo tendrían un valor de simple testimonio, resultando solamente válidas para una reconstrucción de la historia remota.

Tampoco voy a caer en la tentación de, aproximándonos en el tiempo, recordar a Enrique III de Trastámara haciendo "merced al Conde de Carrión para que explotara las minas de axebe de Cartagena", con excepción ¡bueno era D. Enrique!, de la plata, oro u otros metales que se encontrasen. Y menos, profundizaré en las Cédulas Reales otorgadas con similar fin, a Francisco de Cobos en 1527, a Martín de Soto en 1632, o a Ginés Martínez en 1696. Importantes y extraordinariamente documentadas publicaciones sobre estos temas, pueden ilustrar y deleitar al estudioso. Personalmente recomendaría a quienes deseen embeberse en estos temas, la lectura de "la minería en Cartagena-Historia sucinta", del que fue Cronista oficial de la Ciudad, D. Eduardo Cañavate Navarro, y que fue redactado precisamente, con motivo de las Jornadas Minero-Metalúrgicas, IV Nacionales y II Internacionales, celebradas en el mes de mayo de 1971.

Pero existen aspectos y condicionantes históricos, que inevitablemente tienen que servir de punto de arranque a este trabajo. Dentro del pasasiglo, al replantearse la minería de esta zona una adecuada y racional utilización de su riqueza, surgían dos tendencias claramente delimitadas. Una era la de continuar las directrices establecidas de antiguo por los romanos, recuperando sus obras, y limpiando sus abandonados pozos y galerías; y otra consistía en ensayar terrenos vírgenes, y buscar el filón de la suerte sin más bagaje que la intuición. Sinceramente hay que decir que ambas fallarían estrepitosamente. En unos casos por encontrarse ya literalmente esquilados los viejos filones y en otros, por ignorancia y desconocimiento. Y a ambos se sumaría el negativo factor de una inexistencia de espíritu de empresa, al circunscribir sus actuaciones a la explotación aislada e individualista.

Como lógica consecuencia de aquellos planteamientos simplistas, la zona minera de Cartagena, conocería en momentos relativamente próximos, esplendores y decadencias ruinosas, en extraño maridaje. Pero también y como contrapunto, surgiría de manera casi espontánea en esta incierta lucha, el interés de alcanzar rentabilidad y rendimientos económicos, aunando intereses puramente dinerarios con ideas formativas para los hombres que luchaban en las duras tareas de la extracción el mineral. Las visiones con panorámica más realista, advertían que esa plata, ese plomo, ese manganeso, ese estaño o esa calamina, habrían de surgir generosos, siempre que existieran ideas innovadoras para aumentar la producción, disminuir los costos, y como meta final, para crear trabajo y bienestar.

Y para poner al alcance de las manos esas metas, lógico resultaba que los hombres se prepararan en las aulas y en los laboratorios, al mismo tiempo que en la galerías y en los talleres. Se hacía preciso estimular las aptitudes de quienes peleaban a diario en ese mundo laboral, y dejaban importantes jirones de su existencia en el duro oficio. Resultaba, sencillamente imprescindible defender esa "cultura pública", que recordaría el alcalde cartagenero D. José Antonio Sánchez Arias, a primeros de este siglo.

Las primeras referencias positivas de que se dispone, en relación con el interés de promocionar la minería en Cartagena, datan del año 1862. La Reina Dña. Isabel II venía a Cartagena para visitar su arsenal e inaugurar el ferrocarril, y un 23 de octubre, dentro del denso programa de actos, se desplazaría a la sierra minera para conocer de forma directa su estructura y porvenir. Acompañada de su marido D. Francisco de Asís, del Príncipe de Asturias D. Alfonso, de la Infanta Dña. Isabel, y del Presidente del Consejo de Ministros General O'Donnell, recorrería detenidamente las explotaciones de Alumbres, El Garbanzal, y Herrerías, bajando inclusive a uno de los pozos. Esto nos lo cuenta con todo lujo de detalles, D. Fernando Cos Gayón, cronista oficial del viaje.

Aunque nada positivo saldría de la referida visita, quedó un germen que sería indestructible, especialmente y como más tarde veremos, en las ideas y proyectos futuros del que luego reinaría con el nombre de D. Alfonso XII.

El ariete, la catapulta que surgió en nuestra ciudad, para propiciar iniciativas docentes y profesionales en el campo de la minería, radicaría -como en tantas ocasiones- de la Real Sociedad Económica de Amigos del

País, esa institución filantrópica concebida por el gran Rey Carlos III. Sus metas resultaban enormemente nítidas: apoyar con vigor el desarrollo de la agricultura, comercio, bellas artes y artes industriales, recogiendo y asimilando las experiencias de la Vascongada de Vergara (fundada en 1765) y de la Matritense (nacida 10 años después). Una Real Cédula fechada el 9 de noviembre de 1833, autorizaba la fundación de la Sociedad Económica de Cartagena, y precisamente, ocupando la dirección de la misma D. Cirilo Molina y Cros (que la detentaría desde 1869 hasta 1904), se iniciarían las definitivas actuaciones que culminarían con la creación de la deseada Escuela. Una vez más quedaría demostrado el valor de las iniciativas privadas, siempre que vayan apoyadas por los esfuerzos de las instituciones oficiales.

Se hace preciso recordar para ser históricamente rigurosos, que ya en 1869, poco después de la visita de Dña. Isabel II, el Ayuntamiento de Cartagena había solicitado -junto con el restablecimiento de la Escuela Profesional de Náutica y del Instituto de Segunda Enseñanza- la creación de una Escuela de Capataces de Minas. Sus esfuerzos verdaderamente tesoneros, acompañados de infinidad de entrevistas, buen número de memorias justificativas, y no olvidando las "recomendaciones" a nivel político, se verían recompensados, surgiendo prometedor el Decreto de 21 de octubre de 1868, por el cual el Ministro de Fomento D. Manuel Ruiz Zorrilla declaraba libre la enseñanza en todos sus grados, autorizando a cualquier español para fundar establecimientos de tipo docente.

Consecuentemente, el Municipio cartagenero solicitaría con inusitado interés la instalación de la Escuela, bien respaldado por la ciudadanía influyente y de nivel cultural reconocido, así como por instituciones locales tan señeras como "La Económica" y el Ateneo. En enero de 1870, el citado Ministro de Fomento decretaría su instalación en los locales de la Real Sociedad Económica de Amigos del País, encargando de sus enseñanzas a los prestigiosos ingenieros D. Manuel Malo de Molina y D. Fernando de Castro. Pero muy poco duraría la alegría. De forma idéntica a la de todos los Centros que nacieron al amparo de la Ley que declaró libre la enseñanza, esta primera etapa -lógicamente experimental- resultaría desgraciadamente efímera. Con verdadero desencanto se recuerda en Cartagena el Decreto de 29 de julio de 1874, que la suprimiría de un plumazo. Igual camino seguirían la Escuela de Náutica y el Instituto de Segunda Enseñanza.

Producida la restauración borbónica (29 de diciembre de 1874),

nuevamente el Ayuntamiento volvería a la carga, insistiendo ante los poderes públicos solicitando el restablecimiento de la perdida Escuela de Capataces de Minas. Inicialmente se cosecharía un auténtico rosario de fracasos, aunque ¡eso sí!, endulzados con mil y una promesas. Pero de forma admirable, las voluntades se mantenían firmes y las intenciones inamovibles. Haría falta para conseguir el espaldarazo definitivo, que el soberano D. Alfonso XII, acompañado del Presidente del Consejo de Ministros, visitara Cartagena con motivo de la inauguración de las obras del muelle comercial.

D. Antonio Puig Campillo, notable historiador local, describe en una serie de artículos englobados con el título genérico de "La Cartagena que se fue", muy atinadamente esta visita regia acontecida un 23 de febrero de 1877, así como el interés del Alcalde y Presidente de la Junta de Obras del Puerto, D. Jaime Bosch y Moré, para hacerla fructífera, "tirando la casa por la ventana" como suele decirse de forma coloquial, y aprovechado la mollar coyuntura para solicitar un relanzamiento de diversas actividades locales, entre ellas: la de conseguir definitivamente la deseada Escuela de Minas. Cuentan las crónicas, que desde las Puertas de Murcia hasta el Palacio de Pedreño (donde se hospedó el joven Rey), se instaló un pavimento compuesto por relucientes barras de plata, que sirvieron de insólita calzada. En este viaje, D. Alfonso XII, volvería a conocer, y ahora como Rey, de una manera directa y realista, la riqueza minera de la sierra de Cartagena, y adquiriría conciencia de la necesidad de potenciarla con adecuados medios humanos y materiales.

La buena impresión que el Rey se llevó de nuestra ciudad y el admirable tesón de nuestro Ayuntamiento, conducirían, ¡finalmente!, al definitivo éxito, y este se haría tangible mediante el Real Decreto de 4 de septiembre de 1883 (publicado en la Gaceta de Madrid del 20 del mismo mes), por el que se creaba en "LA CIUDAD DE CARTAGENA UNA ESCUELA DE CAPATACES DE MINAS Y MAQUINISTAS".

Este Real Decreto, dado en San Sebastián, y respaldado por el entonces Ministro de Fomento D. Germán Gamazo, resulta sin duda alguna un documento de capital importancia para los ambientes culturales y docentes de la ciudad.

En su correcta y barroca redacción, muy al estilo de las comunicaciones oficiales de la época, se ofrecía una declaración de intenciones de verdadero interés. Transcripción literal de alguno de sus párrafos, es la que

a continuación se incluye:

"Señor: Sabido es, no sólo por los que consagran su inteligencia a seguir con asiduidad el desarrollo científico e industrial que de algunos años a esta parte viene realizándose en las naciones, sino también por los más alejados de estas esferas de la actividad humana, el notable crecimiento que ha llegado a alcanzar en España la industria minera, uno de los más poderosos veneros de la riqueza pública. Por lo mismo, es urgente que el Estado provea las necesidades de esa industria, difundiendo aquellos conocimientos con que ha de ser más útilmente conocida, y procurando de esta suerte secundar los esfuerzos de la actividad privada, cuya atención solicita preferentemente este ramo e la riqueza pública".

"...Hoy que la explotación minera no se limita a utilizar los productos que casi en la superficie de la tierra se encuentran, sino que arranca con vigorosa mano de las entrañas de la misma, los ricos tesoros que en ella se encuentran, es evidente que aquella explotación no puede ser fructífera y provechosa, si en vez de realizarse por los métodos rutinarios de antiguo conocidos, no se encomendase a los procedimientos señalados por la ciencia moderna y la dirección de los hombres que la cultivan. Comprendiéndolo así nuestros industriales mineros, solicitan a cada hora el concurso ilustrado del Cuerpo Nacional de Ingenieros de Minas, concurso que el Gobierno ha venido facilitando constantemente. (...). Pero esto no basta. Los Ingenieros de Minas necesitan del poderoso auxilio de funcionarios prácticos, que a la vez posean los conocimientos científicos necesarios para producir activa e inteligentemente los resultados apetecidos. Funcionarios que no son otros que los Auxiliares Facultativos y los Capataces y Maquinistas".

Queda por tanto, perfectamente claro, el espíritu de renovación surgido, la necesidad de potenciar la figura de los nuevos titulados (a los que se da, curiosamente, el caracter de "funcionarios práctico"), y el sentido de su formación simultáneamente lograda por caminos científicos y prácticos. También se deja patente la necesidad de abandonar viejas prácticas, y el deseo de una incorporación al mundo vanguardista en el campo minero.

La Escuela, según consta en el articulado del referido Real Decreto, se instalaría en los locales de la Real Sociedad Económica de Amigos del País, utilizándose "...el material de enseñanza que la misma posee, procedente de los suprimidos Instituto y Escuela de Maestros de Minas y Pilotos". También se deja constancia expresa, de su dependencia de la Escuela Especial de Ingenieros de Minas, exactamente igual que se había hecho con las de Asturias y Almadén. Por último, se prevee un rápido inicio de las actividades.

Convendra recordar, para dejar centrado el tema en su exacto lugar, que la entonces denominada "Escuela de Capataces de Minas y Maquinistas Conductores", se encuentra dentro del pelotón de cabeza de las establecidas

en España. Solamente Almadén (fundada en 1777) y Mieres (establecida en 1855) son anteriores a la nuestra. En el referido año fundacional (1777) de la Escuela de Almadén, se decía claramente que las Escuelas de Minas tenían como fin "...instruir en la Geometría subterránea y en la Mineralogía a los jóvenes matemáticos que se envían desde España y América".

Y ya, el caminar de la Escuela de Minas de Cartagena, resultaría firme y seguro. El día 20 de Febrero de 1884 se publicaría el Reglamento del Centro, en el que consignaban detallados planos de estudio, condiciones exigibles para el ingreso, régimen de examen, titulaciones a otorgar y profesorado adscrito. Unos cuantos días después se iniciarían las clases. Lamentablemente, en ninguno de los documentos manejados ha podido constatarse la fecha exacta, aunque por interpolaciones en anotaciones de libros de entradas y salidas, puede situarse en los primeros días del mes de marzo del referido año de 1884.

Buena parte del material manejado para este trabajo, ha podido constatarse gracias a la escrupulosidad y buen hacer del entonces primer Secretario del Centro D. Manuel Más. Resulta gratificante el ojear la Primera Memoria General de la Escuela, redactada en el año 1900, caligrafiada con una escrupulosa y cuidada letra redondilla en la que se expondría con todo lujo de detalles, la trayectoria y problemática surgidas después de quince años de actividad pacífica y sosegada, donde el único norte se centraba en el trabajo, y donde también se analizaba la panorámica que se intuía para el futuro.

Dicha Memoria, extensa y minuciosa, incluiría exposiciones como las siguientes:

"Los escasos recursos de que la Escuela dispone para cumplir su misión, no han permitido al personal encargado de la enseñanza, realizar por completo sus propósitos de que ésta sea esencialmente práctica, cual lo exige la índole de su objeto, si bien se ha procurado constantemente, con el mejor deseo, sustituir el sistema dominante en nuestro país, fundado casi exclusivamente en excesivos estudios teóricos, por aquel racional y práctico que parece más conforme con las exigencias de la vida moderna en todas las manifestaciones de la actividad.

Con la modesta instalación de la Escuela de Capataces de Minas y Maquinistas Conductores, se pretende poner de manifiesto los medios empleados en su organización y sistema de enseñanza, y los resultados obtenidos.

La exposición de medios comprende: Historia, Reglamento, Programas, y Organización interior; ejemplos de colecciones de estudio y los catálogos correspondientes de Mineralogía, Petrología, y Preparación mecánica de las menas; ejemplos de modelos de enseñanza y aparatos es-

peciales de Laboreo de Minas, Mineralogía, preparación de las menas y Maquinaria; libros de texto, fotografías de algunas cátedras, del laboratorio docimástico, y de interiores y exteriores del distrito; y la de resultados estadísticos y trabajos gráficos".

Es verdaderamente admirable que con una carencia tan importante de medios docentes, pudieran impartirse unas enseñanzas con loable dignidad. También hay que reseñar, el que lamentablemente, todo este material adicional relacionado, se halla perdido en su totalidad. De haber podido disponer de él, con seguridad que la historia de la Escuela se habría enriquecido notablemente. Pero por lo menos, la "Introducción" de esta Memoria, nos ha permitido sentar unas bases generales suficientemente sólidas y veraces.

Y ya, adentrándonos en aspectos casi anecdóticos, podremos comentar que en la especialidad de Maquinista-Conductor (que tenía un plan de estudios de dos años) los primeros alumnos que finalizarían en Junio de 1886 serían: Antonio Pérez Campillo, José Alonso Delgado, Ginés Rubio Martínez y Francisco García Monreal. En los Estudios de Capataces, la convocatoria de Junio de 1887 permitiría la expedición de los tres primeros títulos a nombre de: Ginés Orozco Mulero, Jesús de la Guardia Blanch y José Antón Cánovas. Estos Capataces Facultativos de Minas y Fábricas Mineralúrgicas y Metalúrgicas, se titularían después, con el paso de los años, de las concepciones docentes, y de los planteamientos ministeriales, Ayudantes Facultativos, más tarde Peritos de Minas, y por último, Ingenieros Técnicos de Minas.

Desde la época fundacional de 1884 y después de salvada la centuria, tiene especial encanto deleitarse en la evocación, tanto de sus Directores (15 en total, encabezando la relación D. Manuel Malo de Molina de 1884 al 88, D. Guillermo López Bienert de 1888 a 1913, y D. Ginés Moncada Ferro de 1913 al 16) de sus docentes (innumerables a lo largo de una vida tan dilatada) y de sus alumnos (esparcidos por toda la rosa de los vientos), de sus peripecias, y de sus locales sociales (Real Sociedad Económica de Amigos del País, Alameda de San Antón, y Paseo de Alfonso XIII). Pero la frialdad de las cifras y de los datos estadísticos no aconsejan introducirnos en sus parcelas, ya que el objetivo de esta comunicación, he pretendido centrarlo exclusivamente en recordar la gestación y época fundacional del Centro, primero que puede considerarse en la relación de los que años después, conformarían la Universidad de Murcia.

Como miembro de la Comunidad Universitaria murciana, y también como Secretario de la Escuela durante 24 años ininterrumpidos, creo sentirme

conectado indudablemente con los hombres de la minería. Pero tanto con los que aportan sus conocimientos, como con los que ponen sus manos en la tarea, porque todos ellos son directos protagonistas de una historia, en la que al fondo, en lontananza, aparece siempre una Escuela, la de Ingeniería Técnica Minera, que sin duda y a lo largo de más de cien años, ha luchado por conseguir una minería mejor.

A estos hombres, profesores, alumnos y profesionales a cualquier nivel, puede ir dirigida esta significativa minera, que la poetisa Juana Román Hurtado, dejó plasmada hace ya unos años, en su libro "Brisas de amistad":

Hay que tener corazón
para glosar al minero;
sentirse su compañero
y a los pozos de La Unión
haber bajado primero.

LA DIFÍCIL INSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS ESCUELAS NORMALES EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN DEL ESTUDIANTADO DE LAS ESCUELAS NORMALES DE MURCIA, SIGLOS XIX Y XX.

Cárdenas Olivares, I.ª; Marset Campos, P. **

* Prof. Titular Esc. Univ. Form. Prof. EGB Murcia.

** Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Murcia.

I. INTRODUCCIÓN

Creadas las Escuelas Normales en España a mediados del siglo XIX, arrastran una vida precaria condicionada por la constante insuficiencia de medios presupuestarios y por tener que actuar en una sociedad en la que no se lleva a cabo una reforma agraria profunda y en la que tampoco se desarrolla ampliamente la industrialización. La necesidad de limitar el analfabetismo obliga al Estado, a comienzos de este siglo, a prestar atención a la enseñanza primaria y por lo tanto a la preparación de maestros, desempeñando la I.L.E. un papel significativo en la tarea de potenciar este sector educativo. El esfuerzo que se realizó fue importante (creación de la Escuela Superior de Magisterio en 1909, remodelación de los estudios de magisterio mediante el plan 1914), pero al no estar conectado con reformas sociales más profundas y amplias, solo condujo a unos logros parciales, con limitada repercusión en la estructura educativa del país.

En el plan de 1914 los alumnos tenían una escasa consideración social, académica y personal. Se establece la separación de sexos como manifestación incuestionable de su inmadurez personal que se prolongará, como hecho social aceptado, durante casi todo este siglo (a excepción de los años republicanos); no podían participar tampoco en la vida académica de la institución. Todo ello coloca a los estudios de magisterio en una situación inferior respecto de los de bachillerato.

La implantación de la II República puso en evidencia el fracaso de un modelo de sociedad tradicional y, como consecuencia, la necesidad de constituir otro alternativo. Es lógico que, al centrarse una parte importante de la actividad republicana en los aspectos ideológicos, la estructura educativa experimentase importantes y rápidas modificaciones tendentes tanto a resolver la lacra histórica de incultura y analfabetismo, como a dar contenido positivo a la nueva moral que se quería forjar. En este

contexto, la reforma de las Normales y los estudios de magisterio va a tener dos componentes principales, en coherencia con los objetivos sociales que se persiguen: el ético, orientado a formar maestros que defendieran los valores democráticos republicanos, y el profesional, destinado a conseguir una formación correcta primando el componente pedagógico. En este plan de 1931 se establece la coeducación, se inicia la participación de los alumnos-maestros en el funcionamiento de la Escuela Normal, se les exige un alto nivel de esfuerzo y responsabilidad para superar los cursos, se fomenta la comunicación entre los profesores y alumnos mediante un modelo similar al de tutorías. Pero la tarea de la renovación educativa que progresiva y lentamente se había ido introduciendo en nuestro país y que durante la República pudo empezar a extenderse, fué interrumpida bruscamente por la guerra civil. Tras su terminación, pronto se puso de manifiesto la función que el gobierno del bando victorioso iba a imprimir a la profesión de maestro: ser vehículo legitimador de los nuevos valores que se pretenden inculcar a la población española: así en 1940 desaparece la coeducación y el plan de 1942 aún devalúa más los estudios de magisterio, pues no hará falta poseer el bachillerato para ingresar en las Normales: ello significa que los alumnos podían iniciar estos estudios con doce o trece años. Las Escuelas Normales se adaptarán en su funcionamiento y objetivos a las exigencias predominantemente ideológicas presentes en los planes de estudio: se desconectarán de la realidad social circundante y se limitarán a cumplir unas normas que se les imponen desde fuera, con marcado carácter centralista. Todo ello supone una profunda inadecuación de la estructura educativa a las propias necesidades materiales que el régimen había suscitado, por lo que se intentan modificar estos planteamientos durante los años finales del franquismo.

La necesidad de valorar la contribución del magisterio y de la labor normalista en la configuración de la cultura y, en nuestro caso, de la ciencia española de finales del siglo XIX y del siglo XX, motiva el creciente interés de los historiadores de la ciencia por estos estudios (1). Para lograr estos objetivos será necesario realizar múltiples trabajos que desde ángulos complementarios vayan desvelando las variadas y complejas relaciones existentes entre los datos provenientes del campo social, económico, educativo, científico e ideológico.

Formando parte esta comunicación de un amplio trabajo realizado

por la primer firmante (2) pretendemos contribuir a caracterizar a lo que a nuestro juicio es un componente de la "difícil institucionalización de las Escuelas Normales en España a lo largo de los siglos XIX y XX". Esta "difícil institucionalización" se comprueba a través de una gran variedad de aspectos que van desde la precariedad de los edificios que las albergan, insuficientes medios económicos, escasez de la plantilla docente, limitada regularización de la actividad interna como tal institución, hasta el bajo grado de las relaciones que mantienen con la sociedad circundante, pensamos que un componente condicionador de esta "difícil institucionalización" lo constituye el tipo de estudiantado que ha acudido a las Escuelas Normales, en el sentido de ser un colectivo humano que al compararlo con los otros dos colectivos estudiantiles existentes en España durante el XIX y parte importante del XX, el de bachillerato y el universitario, resulta desfavorecido. Esta "inferioridad" atribuida a la masa estudiantil del magisterio afectará negativamente, en una sociedad ideológicamente clasista, a la institución normalista. Solo cuando exista clara conciencia de este hecho y voluntad de hacer desaparecer tal condicionamiento las Normales podrán tener una fuerte institucionalización. Por ello el objetivo de esta comunicación es contribuir a elaborar el perfil que ha tenido el estudiante de magisterio a lo largo de este siglo, tomando las Normales de Murcia como modelo de referencia.

II. MATERIAL Y METODO

Debido a que los archivos de las Normales de Murcia ofrecen regularidad en la información sobre los estudiantes matriculados solo a partir de 1910, el grueso de la presente comunicación se referirá a nuestro siglo; sin embargo se ha podido recoger datos aislados referidos a algunos aspectos del funcionamiento de dichas Escuelas durante el siglo XIX.

Para obtener la información precisa se ha recurrido a dos tipos de fuentes, documentales y orales. Entre las documentales unas son secundarias, los datos estadísticos publicados por el gobierno español a lo largo de los siglos XIX y XX, y otras primarias, los expedientes de alumnos matriculados en las Escuelas Normales de Murcia desde 1914 hasta 1976 (final del franquismo). Las orales proceden de una encuesta realizada a una muestra aleatoria de maestros que ejercían en nuestra región en 1983, así como de diversas entrevistas realizadas a profesores y alumnos de dichas Escuelas.

Existen 15.540 expedientes pertenecientes al período que va desde 1914 hasta 1976 (en el que han funcionado ocho planes de estudio) y ante la dificultad que suponía el análisis de su totalidad se estimó oportuno el analizar una muestra aleatoria que fuese aproximadamente del 10% de estos expedientes. El tamaño de la muestra hubo de ser modificado en cada plan de estudios debido al número excesivamente pequeño de aquellos que poseían algunos planes de estudio. Con la intención de garantizar seguridad del 95% para unos márgenes de error en cada inferencia dentro del 5% y teniendo en cuenta que se introducían en el computo únicamente aquellos expedientes correspondientes a estudiantes que habían terminado la carrera (lo que no se corresponde automáticamente con el número de expedientes), se diseñaron muestras que oscilaban por encima o por debajo de este 10%. Se analizó un total de 1.569 expedientes, un 10.09% del conjunto de éstos. Para el plan de 1914, con 2.725 expedientes en total, la muestra representa un 9.5% lo que supone un total de 250 estudiantes, muestra que asciende a un 16% si tomamos en consideración que los alumnos en cuyos expedientes consta que finalizaron la carrera eran 950; para el de 1931 con 275 expedientes se seleccionaron 39, prácticamente la mayoría de los que acabaron hasta 1936; para el plan de 1940, con 2.150 expedientes, se incluyeron 201; para el de 1942 con 220 expedientes se seleccionaron 70; para los de 1945 y 1950, con 5.875 expedientes entre ambos, se eligieron los de 419 estudiantes; para el plan de 1967 con 2.004 expedientes, se estudió una muestra de 200 casos, y para el plan de 1971, con 2.291 expedientes hasta 1967, la muestra fué de 390.

El estudio realizado sobre los expedientes se ha centrado en cuatro áreas fundamentales con un total de 29 variables, que permitían una continuidad de información a lo largo de los sucesivos planes de estudio. A pesar de esta selección de datos, orientada a garantizar el análisis de su evolución en los distintos períodos del siglo, no se ha podido evitar que en ocasiones algunos de ellos falten al no estar registrados. El área de las características personales consta de cinco variables, sexo, fecha de nacimiento, lugar de residencia, y estado civil en el momento de ingreso. El área de las características de la familia del estudiante conta de diez variables: número de hermanos, pertenencia a familia numerosa, estudios del padre y de la madre, profesión del padre y de la madre, y la situación económica de la familia inferida a través de la presencia del certificado

de recursos económicos, la condición de becario, el tipo de residencia estudiantil, la constancia de ser hijo de funcionario. El área de las condiciones sociales del estudiante recoge diez variables, cuatro referentes a los estudios previos (tipo de institución pública o privada donde los realizó, nota obtenida en C.O.U., título exhibido para el ingreso en la Escuela Normal y constancia de haber realizado convalidación con otros estudios); dos variables recogen la existencia de algún tipo de control social ejercido en el momento del ingreso como presencia de autorización escrita del padre y la presencia de certificado de naturaleza sociopolítica; y existen cuatro variables referidas a aspectos estrictamente académicos como clase y tipo de matrícula, la existencia de traslados entre Escuelas de Magisterio y el hecho de solicitar y disfrutar dispensas de escolaridad. Finalmente, el área estricta del rendimiento académico consta de cuatro variables, la que indica el número de años que se ha empleado para acabar la carrera, la calificación obtenida en geografía en cada uno de los cursos, la convocatoria en que se ha obtenido dicha calificación y la valoración obtenida en la realización de la prácticas pedagógicas.

El análisis de este conjunto de variables se hizo de forma individual y para cada plan de estudios, así como a través de cruzamientos entre ellas para obtener una valoración de la posible influencia de los factores sociales, familiares o personales sobre el rendimiento académico. Estos cruzamientos se evaluaron estadísticamente con las pruebas del X², centrándose la descripción y valoración en aquellos casos en los que se da una significación con una probabilidad inferior al 5%. Para la presente comunicación solo utilizamos las variables relacionadas con la caracterización del perfil del estudiante, aquellas que analizan el rendimiento académico en geografía se exponen en la otra comunicación presentada a este Congreso. Por último, a partir del universo de 527 profesores de EGB que impartían ciencias sociales en la región de Murcia en 1983 se realizó una encuesta a una muestra aleatoria de 178 de los citados profesores con la finalidad de constatar los resultados de los expedientes (factores personales y rendimiento académico) y de analizar la influencia que la Normal, como institución, ejerce en el tipo de enseñanza desarrollada al salir de ella. Para una descripción de la encuesta consúltese la otra comunicación presentada a este Congreso (3).

III. RESULTADOS Y COMENTARIOS

Creada la Normal de maestros de Murcia en 1844 se puede afirmar que, durante los primeros 70 años de su existencia, fué una institución bastante externa, marginal a los intereses y preocupaciones de la sociedad murciana y no llegó a ser aceptada, asimilada, a pesar del protagonismo político de una parte importante de sus profesores (4). Influyó en ello, probablemente, la procedencia social de sus alumnos, fundamentalmente del medio rural, atrasado social, económica y culturalmente, y la poca relevancia profesional de la mayor parte de su profesorado.

La Normal de maestras, por su parte, no solo sufría estos problemas sino que experimentó en mayor medida la marginación e indiferencia sociales. La Ley Moyano posibilitó la creación de estos centros femeninos pero su existencia no será obligatoria hasta la promulgación de la ley 9 de diciembre de 1868. Aunque la Escuela de maestras de Murcia fué posiblemente una de las primeras que se abrieron en España, su funcionamiento fué extremadamente precario. No hemos hallado fuentes documentales que permitan conocer su evolución de manera precisa, pero los datos dispersos y puntuales localizados permiten afirmar que no existía estima profesional propia, pues no llegó a redactarse una Memoria sobre los principales aspectos de su evolución y docencia como la que redactó en 1895 el entonces director de la de maestros, Lorenzo Pausa; en las pocas actas que existen de comienzos de siglo pertenecientes a la escuela de maestros se encuentran numerosas faltas de ortografía; el número de profesoras numerarias con las que contó fué muy escaso por lo que predominaron, sobre todo, las auxiliares; además, desde 1877 se advierten irregularidades en su funcionamiento que motivan el cese de la directora en 1906 y el nombramiento del director de la de maestros, Lorenzo Pausa, como comisario-director encargado de poner orden. Únicamente hemos podido obtener información completa, y por ello conclusiones interesantes, del funcionamiento de la Escuela de maestros.

Los alumnos que ingresaron en la Normal murciana durante el siglo pasado, al igual que en otras Escuelas, experimentaron una selección condicionada sociológicamente por dos factores: la ausencia de tradición profesional en esta actividad y la marginalidad de su situación en la jerarquía social. En una sociedad rural la profesión de maestro significaba poco y por ello poseía escasa remuneración y prestigio, de ahí que presente un reclutamiento procedente de capas sociales que, deseando mayor movilidad social no puede, sin embargo, aspirar a las "carreras" universitarias.

Es revelador, en este sentido, el comprobar que entre los alumnos que tuvo la Escuela Normal de Murcia durante esta época, no se encuentra ninguna figura relevante de carácter nacional, mientras que alumnos estudiantes del Instituto de bachillerato "Alfonso X" sí la tuvieron, como Juan de la Cierva y Peñafiel, Juan de la Cierva y Codorníu, Antonio García Alix, José Echegaray, Andrés Vaquero Almansa, entre otros, como se señala en otra comunicación a este Congreso (5).

La precedencia social puede explicar el bajo rendimiento académico existente entre los alumnos normalistas murcianos durante el siglo XIX. De esta forma, teniendo la Normal de Murcia un número de estudiantes muy próximo a la media nacional, 4.7 estudiantes por 100.000 habitantes/año (y en España 4.8), el número de títulos expedidos en Murcia es tres veces inferior a la cifra media nacional por Escuela Normal entre 1856 y 1860. Desde 1844 a 1900 el promedio anual de maestros titulados en Murcia es únicamente de ocho, cinco elementales y tres superiores.

La procedencia de los alumnos es, dada las características de la provincia, mayoritariamente rural; llama poderosamente la atención el escaso número de estudiantes que proceden del municipio de Cartagena. Este comportamiento del citado municipio se va a mantener durante el siglo siguiente y puede indicar unas pautas culturales de orientación social y profesional totalmente distintas a las existentes en los demás municipios de la provincia.

Las Normales murcianas, desde 1914 hasta 1931, se enfrentarán con la necesidad de proveer de maestros y maestras a la región en mejores condiciones. La diferenciada evolución que habían experimentado las dos Normales las sitúa en posiciones distintas para lograr los objetivos mencionados. La Normal masculina posee en 1914 un mayor grado de regularidad en su funcionamiento, y mayor presencia social debido a su director, Lorenzo Pausa; por el contrario, la de maestras sufría unas condiciones más precarias, como se ha indicado; debido a ello, su evolución hasta 1931 perseguirá la consecución de cierto grado de solidez institucional. En este proceso de consolidación desempeña un papel importante la persona que ocupa la dirección de este centro durante estos años, Primitiva López.

Podemos distinguir tres períodos en la evolución de la institución normalista murciana desde 1914 a 1976. En el primer período, 1914-1931, se logra la consolidación y estabilidad en el funcionamiento de las Normales

de Murcia, particularmente de la femenina, aunque todavía perduran algunos rasgos de la anterior etapa decimonónica. El segundo período, 1931-1939, supone un profundo cambio en la vida de las Normales: se reunifican y aumenta su potencialidad, adquiriendo un auténtico protagonismo social y pedagógico que se mantiene incluso en los difíciles años de la guerra. Finalmente, en el tercer período, 1939-1976, se hace ostensible el desarraigo de la Normal respecto a su medio social, así como la marginación y el control a los que somete el poder central a estos centros.

Antes de pasar a analizar en profundidad las características del estudiantado de Murcia conviene tener en cuenta los aspectos comunes y diferenciados que poseen con los de las demás Normales de España.

- a) La profesión de maestro ha experimentado un proceso de feminización creciente: en 1915, frente a 1.701 maestras existían 2.070 maestros; en 1970 frente a 36.878 maestros (40%) hay 54.025 maestras (60%). En Murcia la evolución es parecida: en 1915 constan 65 maestros y 37 maestras, y en 1969 son 1.110 los maestros (42%) y 1.482 las maestras (58%). En la privada el predominio femenino se advierte desde los primeros años alcanzando últimamente porcentajes muy elevados (73% y 74% en España y Murcia, respectivamente, en 1970) (Véase Tablas 1 y 2).
- b) Existen siempre, en general, más alumnas que alumnos en el conjunto de las Normales en España (excepto en el período republicano y en los años posteriores a la guerra civil); pero este predominio no se ha reflejado en el ejercicio de la profesión por razones de índole social. En Murcia, por el contrario, ha predominado hasta hace pocos años los alumnos sobre las alumnas. En esta zona de predominio rural, la incorporación de la mujer a la profesión de magisterio es retrasada y lenta a lo largo de todo el siglo (Véase Tablas 3 y 4 y Gráficas 1 y 2).
- c) Las mujeres tienen comparativamente, un rendimiento superior al de los hombres: este hecho, que en España se aprecia netamente a partir de los años cincuenta (comparando el número de alumnas que terminan la carrera en relación a las que estudian), en Murcia se da durante todo el siglo, presumiblemente porque en un ambiente rural las mujeres que logran acceder al estudio son las más dotadas intelectualmente. De todas formas, en Murcia existen siempre, pero sobre todo tras la guerra civil, proporciones superiores de alumnos de ambos sexos que acaban la carrera en relación a las cifras de España (Tablas 3 y 6 y Gráficas 3 y 4).

d) Entre los alumnos de las Normales de España con matrícula libre se da un equilibrio entre hombres y mujeres, mientras que entre los de Murcia predominan siempre los hombres (Tablas 7 y 8 y Gráficas 5 y 6). Por el contrario entre los alumnos normalistas con matrícula oficial predominan, tanto en España como en Murcia, las mujeres (Tablas 9 y 10 y Gráficas 7 y 8).

La valoración concreta, a través de los expedientes académicos, del rendimiento de los alumnos murcianos ha permitido extraer conclusiones más precisas. Los condicionantes personales que han actuado de manera permanente sobre los estudiantes de magisterio murcianos se puede resumir en, un cierto grado de relativa inmadurez (en función de la corta edad con la que han iniciado los estudios), una mayoritaria procedencia rural, predominio de familias numerosas, pobre nivel cultural, escasez de medios económicos y, finalmente, una escasa motivación vocacional hacia la profesión de maestro, considerada más bien como último recurso.

A lo largo del siglo la tasa de estudiantes ha tenido una evolución muy desigual. Parte inicialmente de una cifra de 2.3 estudiantes/10.000 habitantes, correspondiente a los años veinte, y sube a 3.54 en los años setenta (Tabla 11 y Gráficas 9 y 10); pero lo cierto es que, excepto la subida espectacular de estudiantes que se produjo después de la guerra civil, pues se llegó a una tasa de 12.8 no se recupera la tasa de los años veinte hasta los últimos cuarenta. En los años cincuenta y sesenta prosigue el crecimiento aceleradamente (5.15), pero en los setenta vuelve a descender (3.54). Entre las comarcas de procedencia de los estudiantes destaca por su aportación la que alberga a la Normal, la Vega Media (tanto por residencia como por nacimiento); por el contrario, la comarca de Cartagena posee unas cifras muy bajas de estudiantes de magisterio en relación a su población y ocupa la última posición. Los estudiantes procedentes de fuera de la región de Murcia llegan a ser una cuarta parte del total; el período en el que ha habido más estudiantes foráneos se localiza en la postguerra (planes 1940 y 1945).

El nivel cultural de los padres de los estudiantes es muy bajo una mayoría posee únicamente estudios primarios (60%), un 10% tiene padres maestros, y solo una minoría (7%) tiene padres con titulación universitaria. Estos dos últimos porcentajes son muy inferiores a los que caracterizan a los estudiantes universitarios en el mismo período. Este hecho, la existen-

cia de un ambiente cultural pobre, adquiere más importancia si valoramos que la mayoría de las madres de los alumnos de magisterio poseen únicamente estudios primarios (80%). La profesión predominante entre los padres de los alumnos se ha modificado a lo largo del siglo; pero ha permanecido un rasgo común, la escasa cualificación profesional (Tabla 12). Es significativo en otro tipo de aspectos, el descenso proporcional de los agricultores. Ha disminuido también, de manera importante el porcentaje de padres maestros (de un 9% a comienzos de siglo a un 3% en el último plan de estudios); ello indica, entre otros aspectos, una apreciación devaluada de la propia profesión. Estos dos datos, bajo nivel cultural de los padres y escasa cualificación profesional, se confirman aún más al constatar la elevada proporción de alumnos que solicitan matrícula gratuita por presentar certificados de pobreza (17%), o por el volumen de los que poseen becas (20% en los dos últimos planes de estudio). Por todo ello es lógico que la mayoría de los estudiantes que se ven obligados a residir en Murcia para poder cursar sus estudios se aloje en una residencia barata o en pisos de familiares; son muy pocos los que lo hacen en colegios mayores (8%).

Entre los condicionantes sociales de los alumnos se puede destacar el que la inmensa mayoría haya estudiado el bachillerato en centros públicos (progresión creciente desde un 40% a comienzos de siglo a un 94% en los años setenta); el que los pertenecientes al último plan de estudios hayan obtenido únicamente aprobado en el COU (un 93%), lo que configura sin duda unas determinadas expectativas profesionales que concretan la elección de esta carrera; ello va a condicionar inevitablemente el rendimiento académico en la Normal. Destaca también la escasa cualificación académica que se ha exigido al aspirante a maestro pues, salvo en la República, no se ha contemplado la necesidad de que posea bachillerato superior hasta el plan de 1967. Predominan, pues, durante la mayor parte del siglo los estudiantes que han ingresado con el certificado de estudios primarios. Es importante destacar otro dato que completa esta visión sobre la escasa consideración social que ha tenido la profesión de maestro, y es que casi ningún alumno ha estudiado previamente otra carrera pidiendo por esta causa convalidación de estudios (un 2%); por el contrario, lo que sucede es que con el título de maestro se solicita el acceso a otra carrera considerada "superior". Es importante subrayar la gran cantidad de alumnos libres (36%) que han podido cursar esta carrera y la elevada cuantía de las dispensas de escolari-

dad (30%); los mayores porcentajes de matrícula libre se alcanzan en los años cuarenta y cincuenta (74% y 68% respectivamente). En cuanto a las dispensas hay que señalar que durante esos mismos años se producen porcentajes de un 73% y un 70%. Estos rasgos completan la imagen de profesión devaluada al señalar que oficialmente no se valora la labor que se hace en las Normales. Sin embargo sí se concede importancia a la influencia ideológica y moral que pueden ejercer los maestros sobre la población; de ahí la existencia de controles sociales (autorización paterna), e sociopolíticos (certificación del sacerdote, guardia civil, Falange) (Tabla 13) para poder ingresar en la Normal. Estos últimos certificados se exigieron desde que finalizó la guerra, pero algunos (guardia civil, sacerdote) se han mantenido hasta comienzos de los años setenta.

En relación a la influencia que han tenido los condicionantes personales y sociales en la duración de los estudios, teniendo en cuenta que ha sido una carrera "corta", hay que destacar que las mujeres se adaptan a la duración legal establecida mientras que los hombres suelen tardar menos o más años. Los pertenecientes a la Vega Media suelen finalizar los estudios más tarde, probablemente porque la cercanía a la Escuela aumenta la proporción de estudiantes procedentes de un mejor nivel cultural se ha ido acortando en el transcurso del siglo e, incluso, se aprecia una ligera inversión entre los alumnos del último plan de estudios; los que comienzan la carrera más jóvenes tardan más en finalizarla y los becarios, independientemente de la edad, se adaptan al tiempo requerido por la exigencia legal. Así mismo, el pertenecer a una familia numerosa condiciona negativamente el rendimiento académico.

El análisis de la encuesta a los profesores, realizada en 1983, demuestra que la mayoría de los maestros ejercientes estudiaron la carrera de acuerdo con los planes vigentes durante los años cincuenta y sesenta, con las consecuencias ideológicas y profesionales que ello implica; que el paso por la Normal, los breves tres cursos de formación, constituye un punto de referencia de escasa importancia a la hora de ejercer la profesión y orientar las tareas educativas; y que el perfil de estudiante obtenido de los expedientes es coherente con los resultados de esta encuesta.

De esta forma tenemos una media de edad entre los maestros encuestados de 34 años (el más joven 22 y el más viejo 63); pero el 80% se encuentra entre los 20 y 40 años. Abundan en la muestra más hombres

que mujeres (57% frente a 43%); ello puede reflejar la proporción por sexos que existe entre los que enseñan ciencias sociales, o la mejor disposición de los hombres para responder a este tipo de estudios. La mayoría de los maestros han nacido en el municipio de Murcia (40%) (Tabla 14) más en las pedanías que en la ciudad; lo que confirma los resultados obtenidos a partir de los expedientes. Destaca, asimismo, la escasa representación de la comarca de Cartagena, muy inferior a su peso demográfico. Si se valora el lugar de residencia de los padres, el protagonismo del término municipal de Murcia se acentúa. Ello significa (como también se deduce de los expedientes) la extensión por toda la región del tipo de mentalidad que ha caracterizado a la huerta de Murcia. Una cuarta parte de los maestros no ha querido informar sobre la profesión de los padres. Del análisis de las respuestas a esta cuestión se deducen conclusiones similares a las de los expedientes: predominan entre los padres las profesiones de escasa cualificación (Tabla 15) que constituyen un 30% (hijos de obreros un 6%, empleados de administración un 10% y profesionales manuales un 12%); un 23% está compuesto por hijos de agricultores y pensionistas. Más de la mitad de los padres poseen solo estudios primarios (Tabla 16) y un 6% de maestros indica que sus padres no tuvieron estudios de ningún tipo. El resultado de esta pregunta (más concreta que la anterior), junto a lo expuesto sobre la profesión del padre, expresa el carácter de instrumento de ascenso social que ha tenido (y tiene) para los sectores de clases inferiores la carrera de magisterio. Al igual que consta en los expedientes, la mayoría ha cursado estudios secundarios en centros estatales y menos de un tercio en centros privados. Por todo ello se puede concluir que este conjunto de maestros procede de un ambiente social y cultural medio y medio bajo, con mentalidad agraria tradicional presente, sobre todo, en el ambiente de nacimiento y con una actitud entre las familias proclive a que los hijos alcancen niveles sociales, culturales y económicos superiores, pero sin lograr la carrera universitaria.

La inmensa mayoría de los maestros encuestados han estudiado en esta Escuela Normal (83%); ello demuestra la función de autoabastecimiento que tienen las Normales en cada provincia. El mayor número de maestros (como se deduce también por lo comentado sobre la edad) estudió con arreglo al plan 1950 (34%); el segundo grupo en importancia es el de los pertenecientes al plan de 1971 (30%). Es decir, de las décadas cincuenta y sesenta procede el 58% de los encuestados, época de consolidación del franquismo

sociológico. La mayoría de los maestros ha empleado pocos años en realizar la carrera: el promedio está en 2.93 años. Como se detalla en la otra comunicación a este Congreso al intentar que los maestros caractericen la enseñanza recibida en la Normal (en este caso en la disciplina de Geografía), se puede deducir que, para una parte importante de ellos no ha supuesto ninguna aportación significativa, puesto que pueden dar respuestas como el nombre del profesor o libro de texto, pero cuando se trata de profundizar, evaluar y caracterizar los aspectos conceptuales, ello se convierte en tarea difícil. Unicamente un 10% de los maestros indica que la Normal ha sido su fuente de orientación a la hora de enseñar (geografía) en la escuela; ello expresa la escasa incidencia de la Normal sobre los aspectos concretos del ejercicio profesional.

IV. CONCLUSIONES

Se puede afirmar, tomando la Normal de Murcia como una Escuela representativa de lo que ha ocurrido en España, que una de las características de la evolución de estos centros es su difícil institucionalización. A su vez los momentos de afianciamento y mayor relevancia cultural, académica y social de las Normales, han coincidido con una situación sociopolítica de clara connotación democrática y progresista (II República). Ha constituido un factor condicionante la madurez de los contingentes estudiantiles que han acudido a la Normal. El estudiantado procede sociopolíticamente de ambientes influidos por la mentalidad tradicional agraria y refleja las dificultades y contradicciones emanadas del propio proceso histórico de la España contemporánea. Con una relativa inmadurez personal a la hora de incorporarse a los estudios de magisterio, ha tenido este colectivo estudiantil un rendimiento académico mediano, y finalmente los tres años de estancia en la Normal han dejado muy poca huella académica y profesional. Pensamos que ha contribuido a la configuración de este perfil del estudiantado de magisterio la escasa atención y consideración que la enseñanza primaria ha tenido en la estructura educativa española.

NOTAS

1. Véase Almeida y Col. (1980), Anadón y Fernández (1985), Berbes (1972), Ciscar (1982), Creus y Solá (1981), Dávila (1985), Díez y col. (1985), Escolano (1982), Escudero (1984), Farres y Rius (1976), Fernández y Anadón (1985), Flecha (1985), García Pamplona (1979), Gimeno (1982 a y 1982 b), Hernández (1983), Lerena (1976 y 1982), López (1979), Marín (1982), Millán (1977), Molero (1978), Noguera (1984), Rosa (1976), Uría (1974) y Vicente (1981).
2. La Tesis de Doctorado de Cárdenas, M^a. I. (1986)
3. Cárdenas, M^a. I.; Marset, P. La enseñanza de la geografía en la Escuela Normal de Murcia a lo largo del siglo XX.
4. En Cárdenas, M^a. I. (1986) se detallan las circunstancias y personalidades de este protagonismo.
5. López, C. y col. (1986).

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, J. y col. En torno a la reforma de las Escuelas Universitarias de Magisterio, Córdoba, Universidad, 1980.
- ANADON BENEDICTO, J. y col. : La Escuela Normal de Magisterio Central del Reino. 1858-1900, Pamplona, II simposio de Enseñanza e Historia de las Ciencias, mimeografiado, 1985.
- BERBES PARONELLA, M.: Origen y desarrollo de la Escuela Normal Española, Barcelona, Tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, mimeografiado, 1972.
- CARDENAS OLIVARES, M^a. I.: La formación de maestros en España. La Normal de Murcia y la docencia de la geografía (1914-1976), Murcia Tesis de Doctorado, 1986.
- CISCAR MIFSUD, C.: La evolución pedagógica en España anterior a la creación de la Escuela Superior del Magisterio (1897-1905), Madrid, Tesis Doctoral, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, mimeografiado, 1982.
- CREUS I SOLA, T.: La formació del professorat d'E.G.B. Plans d'estudi, Barcelona, Tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, mimemografiado, 1981.
- DAVILA BALSERA, P.: La escuela Normal de Guipúzcoa. 1845-1931, Pamplona, II simposio de enseñanza e historia de las ciencias, mimeografiado, 1985.
- DIEZ TORRES, A. y col. : La Escuela Normal de Magisterio de Guadalajara durante la etapa republicana (1931-1938), Pamplona, II Simposio de Enseñanza e Historia de las Ciencias, mimeografiado, 1985.
- ESCOLANO BENITO, A.: Las escuelas normales, siglo y medio de perspectiva histórica, Revista de Educación, 269, 55-76, 1982.
- ESCUDERO MUÑOZ, J.M.; GONZALEZ GONZALEZ, M^a.T.: La renovación pedagógica: Algunos modelos teóricos y el papel del profesor, Madrid, Escuela Española, 1984.
- FARRES, R.; RIUS, F. La escuela de formación del profesorado "Blanquerna": una experiencia de educación personalizada, Revista de Educación, 24, 247, 52-64, 1976.
- FERNANDEZ VALENCIA, A.; ANADON, J.: La formación de la mujer en la Escuela Normal Central de Maestras (1858-1900), Pamplona, II Simposio de Enseñanza e Historia de las Ciencias, mimeografiado, 1985.
- FLECHA GARCIA, C.: Aportaciones a la formación del profesorado en el primer tercio del siglo XX, en RUIZ BERRIO, J. La educación en la España contemporánea. Cuestiones históricas, 134-143, Madrid, So

ciudad Española de Pedagogía, 1985.

- GARCIA PAMPLONA, M.G.: Análisis de los planes de Magisterio en la legislación española, Barcelona, Tesis de Licenciatura, mimeografiado, 1979.
- GIMENO SACRISTAN, J. : La formación del profesorado en la Universidad . Las Escuelas Universitarias de formación del profesorado de EGB, Revista de Educación, 269, 77-99, 1982.
- GIMENO SACRISTAN, J.: Bases para la reforma del curriculum de la formación de profesores en las Escuelas Normales, Actas I Encuentro Nacional de Escuelas U.F.P.E.G.B., Málaga, diciembre, 1981, 40-66, 1982 b.
- HERNANDEZ DIAZ, J.M.: Los alumnos de las escuelas normales en el siglo XIX, Cuadernos de Realidades Sociales, 22, 51-74, 1983.
- LERENA, C.: Escuela, ideología y clases sociales en España, Barcelona, Ariel, 1976.
- LERENA, C.: El oficio de maestro. La posición y papel del profesorado de primera enseñanza, Sistema, 50-51, 79-102, 1982.
- LOPEZ FERNANDEZ, C.: El maestro nacional primario español: Su formación, selección y perfeccionamiento, Barcelona, Tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, mimeografiado, 1964.
- LOPEZ FERNANDEZ, C. La ciencia en un Instituto de Enseñanza Media durante la segunda mitad del siglo XIX. IV Congreso de Historia de la Ciencia y de la Técnica, Valladolid.
- MARIN IBAÑEZ, R.: Tendencias actuales en la formación del profesorado, Revista de Educación, 30, 269, 101-126, 1982.
- MILLAN GUASCH, M.D.: Assaig sobre les escoles universitàries de professorat d'EGB. Passat i present, Barcelona, Tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, mimeografiado, 1977.
- MOLERO PINTADO, A.: Una aproximación histórica a la educación española contemporánea: Las Escuelas Normales de Magisterio, Conferencia inaugural del Curso Académico 1978-79, E.U. de F.P.E.G.B., Valladolid, Universidad, 1978.
- NOGUERA ARRON, J. : La Escuela Normal de Tarragona (1843-1931). Cien años de la vida de una escuela normal, Barcelona, Universidad, 1984.
- ROSA ACOSTA, B. de la: Condicionantes socioeconómicos en el reclutamiento del profesorado de EGB, Revista de Psicología y Pedagogía Aplicadas, 9, 17-18, 75-118, 1976.

- URIA RODRIGUEZ, M.E.: Dimensiones personales de los profesores de EGB en formación, Barcelona, Tesis Doctoral, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, mimeografiado, 1974.
- VICENTE GUILLEN, A. : Las Escuelas Universitarias del Profesorado de EGB, Murcia, I.C.E., 1981.

TABLA 1
 EVOLUCION DEL NUMERO DE MAESTROS Y MAESTRAS EN ESPAÑA PARA LOS AÑOS CONSIDERADOS,
 SEGUN TRABAJEN EN ESCUELAS PUBLICAS O PRIVADAS.

Cursos académicos	Maestros		Maestras	
	Pública	Privada	Pública	Privada
1915-16	2.676	*	1.761	*
1925-26	17.105	6.593	14.769	11.639
1932-33	25.841	*	23.327	*
1933-34	27.799	*	25.133	*
1941-42	25.672	*	25.094	*
1943-44	26.276	*	25.980	*
1952-53	25.377	4.580	35.780	10.839
1969-70	36.678	9.399	54.928	28.039

* No existen datos.

Fu.: Anuarios Estadísticos de España. Elaboración propia.

TABLA 2
 EVOLUCION DEL NUMERO DE MAESTROS Y MAESTRAS EN FUERZA PARA LOS AÑOS CONSIDERADOS,
 SEGUN TRABAJEN EN ESCUELAS PUBLICAS O PRIVADAS.

Cursos académicos	Maestros		Maestras	
	Pública	Privada	Pública	Privada
1915-16	82	*	27	*
1925-26	370	131	226	45
1932-33	731	*	562	*
1933-34	801	*	590	*
1941-42	664	*	559	*
1943-44	673	*	564	*
1952-53	704	99	604	240
1969-70	1110	155	1482	437

* No existen datos.

Fu.: Anuarios Estadísticos de España. Elaboración propia.

TABLA 3

EVOLUCION DE LOS ALUMNOS MATRICULADOS EN LAS NORMALES DE ESPAÑA SEGUN SEXO
(1914-1976).

CURSOS	Hombres	Mujeres	Totales
1914-15	8707	10215	18922
1915-16	8154	10531	18685
1916-17	7888	10880	18768
1917-18	7650	11250	18900
1918-19	7685	12302	19987
1919-20	6620	11190	17810
1920-21	5182	11282	17464
1921-22	5673	12145	17818
1922-23	5751	10390	16141
1923-24	6750	10155	16905
1924-25	8138	10540	18678
1925-26	10413	11103	21516
1926-27	11407	14694	26101
1927-28	14320	15802	30122
1928-29	"	"	"
1929-30	16878	18882	35760
1930-31	20900	20717	41617
1931-32	20330	19522	39852
1932-33	15048	15076	30124
1933-34	10714	10609	21323
1934-35	8172	7345	15517
1935-36	5816	4888	10704
1936-37	"	"	"
1937-38	"	"	"
1938-39	"	"	"
1939-40	13844	10962	24806
1940-41	6601	5276	11877
1941-42	1658	1485	3143
1942-43	4679	10847	15526
1943-44	4884	14555	19439
1944-45	5266	12798	18064
1945-46	6801	17240	24041
1946-47	7542	18386	25928
1947-48	6596	17575	24171
1948-49	5694	12746	18440
1949-50	5613	14329	19942
1950-51	5710	15500	21210
1951-52	6554	17830	24421
1952-53	6963	18458	25421
1953-54	7155	18181	25336
1954-55	8099	17114	25213
1955-56	10447	18104	28551
1956-57	14797	20134	34931
1957-58	14680	20144	34824
1958-59	14847	20953	35800
1959-60	14911	21559	36470
1960-61	15377	22749	37626
1961-62	15012	22423	37435
1962-63	15936	23116	39052
1963-64	16917	24996	41913
1964-65	20332	27900	48232
1965-66	23945	29538	53483
1966-67	26061	30830	56891
1967-68	23890	27771	51661
1968-69	21932	25008	46940
1969-70	17659	19784	37443
1970-71	19656	24506	44162
1971-72	24096	31030	55126
1972-73	16648	25173	41821
1973-74	15542	25847	41389
1974-75	19521	34800	53921
1975-76	22764	41574	64338

No existen datos oficiales para esos años.

Fuente: Anuario Estadístico de España. Elaboración propia

Tabla 5

PRODUCCION POR SEXO DE ALUMNOS QUE TENDIAN LA CAMBIA DE SEXO (1914-1974)

Correa	Hombres	Mujeres
1914-15	1517	1517
1915-16	1517	1517
1916-17	1517	1517
1917-18	1517	1517
1918-19	1517	1517
1919-20	1517	1517
1920-21	1517	1517
1921-22	1517	1517
1922-23	1517	1517
1923-24	1517	1517
1924-25	1517	1517
1925-26	1517	1517
1926-27	1517	1517
1927-28	1517	1517
1928-29	1517	1517
1929-30	1517	1517
1930-31	1517	1517
1931-32	1517	1517
1932-33	1517	1517
1933-34	1517	1517
1934-35	1517	1517
1935-36	1517	1517
1936-37	1517	1517
1937-38	1517	1517
1938-39	1517	1517
1939-40	1517	1517
1940-41	1517	1517
1941-42	1517	1517
1942-43	1517	1517
1943-44	1517	1517
1944-45	1517	1517
1945-46	1517	1517
1946-47	1517	1517
1947-48	1517	1517
1948-49	1517	1517
1949-50	1517	1517
1950-51	1517	1517
1951-52	1517	1517
1952-53	1517	1517
1953-54	1517	1517
1954-55	1517	1517
1955-56	1517	1517
1956-57	1517	1517
1957-58	1517	1517
1958-59	1517	1517
1959-60	1517	1517
1960-61	1517	1517
1961-62	1517	1517
1962-63	1517	1517
1963-64	1517	1517
1964-65	1517	1517
1965-66	1517	1517
1966-67	1517	1517
1967-68	1517	1517
1968-69	1517	1517
1969-70	1517	1517
1970-71	1517	1517
1971-72	1517	1517
1972-73	1517	1517
1973-74	1517	1517
1974-75	1517	1517
1975-76	1517	1517

No están datos oficiales.
Fu.: D.L. Universidad de la Esplanada 22
EXED: Universidad propia.

Tabla 6

PRODUCCION DE ALUMNOS DE MAESTRADO. MATRICULADOS EN ADECUA POR SEXO (1914-1974)

Correa	Hombres	Mujeres	Totales
1914-15	803	379	1182
1915-16	803	379	1182
1916-17	803	379	1182
1917-18	803	379	1182
1918-19	803	379	1182
1919-20	803	379	1182
1920-21	803	379	1182
1921-22	803	379	1182
1922-23	803	379	1182
1923-24	803	379	1182
1924-25	803	379	1182
1925-26	803	379	1182
1926-27	803	379	1182
1927-28	803	379	1182
1928-29	803	379	1182
1929-30	803	379	1182
1930-31	803	379	1182
1931-32	803	379	1182
1932-33	803	379	1182
1933-34	803	379	1182
1934-35	803	379	1182
1935-36	803	379	1182
1936-37	803	379	1182
1937-38	803	379	1182
1938-39	803	379	1182
1939-40	803	379	1182
1940-41	803	379	1182
1941-42	803	379	1182
1942-43	803	379	1182
1943-44	803	379	1182
1944-45	803	379	1182
1945-46	803	379	1182
1946-47	803	379	1182
1947-48	803	379	1182
1948-49	803	379	1182
1949-50	803	379	1182
1950-51	803	379	1182
1951-52	803	379	1182
1952-53	803	379	1182
1953-54	803	379	1182
1954-55	803	379	1182
1955-56	803	379	1182
1956-57	803	379	1182
1957-58	803	379	1182
1958-59	803	379	1182
1959-60	803	379	1182
1960-61	803	379	1182
1961-62	803	379	1182
1962-63	803	379	1182
1963-64	803	379	1182
1964-65	803	379	1182
1965-66	803	379	1182
1966-67	803	379	1182
1967-68	803	379	1182
1968-69	803	379	1182
1969-70	803	379	1182
1970-71	803	379	1182
1971-72	803	379	1182
1972-73	803	379	1182
1973-74	803	379	1182
1974-75	803	379	1182
1975-76	803	379	1182

No están datos oficiales para esta obra.
Fu.: D.L. Matriculados de las Escuelas
Matriculados de Maestría, Universidad propia.

TABLA 6

EVOLUCION POR SEXOS DE ALUMNOS QUE TERMINAN LA CARRERA EN MURCIA (1914-1976)

CURSOS	Hombres	Mujeres
1914-15	46	45
1915-16	56	43
1916-17	39	36
1917-18	33	27
1918-19	33	36
1919-20	21	39
1920-21	28	34
1921-22	12	31
1922-23	42	1
1923-24	24	35
1924-25	35	38
1925-26	26	25
1926-27	27	33
1927-28	49	45
1928-29	•	54
1929-30	53	86
1930-31	63	86
1931-32	187	46
1932-33	158	81
1933-34	57	21
1934-35	61	•
1935-36	36	5
1936-37	•	7
1937-38	35	188
1938-39	20	71
1939-40	449	•
1940-41	152	107
1941-42	•	59
1942-43	118	55
1943-44	128	264
1944-45	120	72
1945-46	196	75
1946-47	97	110
1947-48	34	71
1948-49	65	91
1949-50	28	106
1950-51	44	•
1951-52	34	97
1952-53	55	55
1953-54	42	119
1954-55	82	117
1955-56	69	79
1956-57	96	65
1957-58	91	80
1958-59	109	•
1959-60	•	91
1960-61	83	89
1961-62	87	124
1962-63	98	87
1963-64	94	132
1964-65	110	129
1965-66	122	188
1966-67	193	239
1967-68	226	310
1968-69	226	224
1969-70	236	161
1970-71	164	188
1971-72	165	•
1972-73	•	•
1973-74	•	•
1974-75	•	•
1975-76	333	240

No existe datos oficiales.

Fte.: A.F.E., E.F.E., Hojas de matriculación de la Normal de Murcia. Elaboración -- propia.

TABLA 7

EVOLUCION COMPARADA POR SEXOS DE ALUMNOS LIBRES DE LAS ESCUELAS NORMALES DE ESPAÑA (1914-1976)

CURSOS	Hombres	Mujeres
1914-15	4694	3076
1915-16	4689	3595
1916-17	4682	3892
1917-18	4224	3223
1918-19	4314	4099
1919-20	3553	3745
1920-21	3350	3939
1921-22	3290	4160
1922-23	3418	3761
1923-24	4142	3405
1924-25	5090	3749
1925-26	6448	4156
1926-27	7115	5901
1927-28	9433	6491
1928-29	*	*
1929-30	10611	7181
1930-31	*	*
1931-32	12065	7753
1932-33	9354	6236
1933-34	*	*
1934-35	*	*
1935-36	*	*
1936-37	*	*
1937-38	*	*
1938-39	*	*
1939-40	*	*
1940-41	4872	3650
1941-42	*	*
1942-43	4087	8212
1943-44	4323	11591
1944-45	4543	8915
1945-46	4915	10101
1946-47	5716	11725
1947-48	4771	10704
1948-49	3907	6618
1949-50	*	*
1950-51	3490	6717
1951-52	4166	7522
1952-53	4563	8119
1953-54	4925	8536
1954-55	5695	8270
1955-56	7628	9472
1956-57	10810	11137
1957-58	10288	10658
1958-59	10435	10797
1959-60	10724	11016
1960-61	10759	11321
1961-62	10364	11627
1962-63	11152	11468
1963-64	11554	12784
1964-65	13594	13920
1965-66	15412	14957
1966-67	17194	15839
1967-68	15281	14673
1968-69	13825	14255
1969-70	8872	8680
1970-71	7606	7945
1971-72	9144	8850
1972-73	4193	5251
1973-74	3051	4384
1974-75	2691	3738
1975-76	2118	3223

No existen datos oficiales.

Fuente: A.E.E., E.E.E. Elaboración propia.

TABLA 6

EVOLUCION COMPARADA POR SEXOS DE ALUMNOS LIBRES DE LAS NORMALES DE MURCIA
(1914-1976)

CURSOS	Hombres	Mujeres
1914-15	91	59
1915-16	128	72
1916-17	110	91
1917-18	103	88
1918-19	125	86
1919-20	77	105
1920-21	90	77
1921-22	84	94
1922-23	77	127
1923-24	113	109
1924-25	166	87
1925-26	165	102
1926-27	258	185
1927-28	348	228
1928-29	•	•
1929-30	395	230
1930-31	•	•
1931-32	349	103
1932-33	196	74
1933-34	174	74
1934-35	84	51
1935-36	56	26
1936-37	•	•
1937-38	10	8
1938-39	18	7
1939-40	289	47
1940-41	130	65
1941-42	•	•
1942-43	121	121
1943-44	159	115
1944-45	134	105
1945-46	168	108
1946-47	201	179
1947-48	129	135
1948-49	191	181
1949-50	130	248
1950-51	139	153
1951-52	234	275
1952-53	292	298
1953-54	218	286
1954-55	411	383
1955-56	514	338
1956-57	636	355
1957-58	556	343
1958-59	478	397
1959-60	376	285
1960-61	463	399
1961-62	390	349
1962-63	602	251
1963-64	354	259
1964-65	719	421
1965-66	797	515
1966-67	816	548
1967-68	759	526
1968-69	767	632
1969-70	98	63
1970-71	376	302
1971-72	282	240
1972-73	175	139
1973-74	115	80
1974-75	110	103
1975-76	96	86

• No existen datos oficiales.

Nota: A.E.E., E.F.E. Hojas de matriculación de las Escuelas de Murcia. Elaboración propia.

TABLA 9

EVOLUCION COMPARADA POR SEXOS DE LOS ALUMNOS OFICIALES DE LAS NORMALES DE ESPAÑA
(1914-1976)

CURSOS	Hombres	Mujeres
1914-15	4013	7139
1915-16	3469	6936
1916-17	3206	6908
1917-18	3426	7327
1918-19	3371	8303
1919-20	3067	7445
1920-21	2822	7343
1921-22	2383	7985
1922-23	2333	6629
1923-24	2608	6750
1924-25	3048	6791
1925-26	3965	6947
1926-27	4292	8793
1927-28	4887	9311
1928-29	.	.
1929-30	6267	11701
1930-31	.	.
1931-32	7445	11769
1932-33	5694	8840
1933-34	.	.
1934-35	.	.
1935-36	.	.
1936-37	.	.
1937-38	.	.
1938-39	.	.
1939-40	1729	1426
1940-41	.	.
1941-42	592	2635
1942-43	561	2964
1943-44	723	3883
1944-45	1886	7139
1945-46	1826	6661
1946-47	1825	6671
1947-48	1787	6128
1948-49	.	.
1949-50	2119	8760
1950-51	2388	10308
1951-52	.	.
1952-53	2400	10839
1953-54	2230	9645
1954-55	2404	8844
1955-56	2819	8532
1956-57	1867	8997
1957-58	4292	9486
1958-59	4412	10156
1959-60	4187	10543
1960-61	4616	10928
1961-62	4848	10796
1962-63	7748	11648
1963-64	5363	12212
1964-65	6738	13980
1965-66	8593	14581
1966-67	8867	14991
1967-68	8409	13098
1968-69	8107	10753
1969-70	8867	11104
1970-71	12050	16561
1971-72	14952	22172
1972-73	12455	19922
1973-74	17491	21463
1974-75	16830	30662
1975-76	22646	38351

■ No existen datos oficiales.

■ E.E.E. Elaboración propia.

TABLA 11

PRODUCCION DE ESTUDIANTES POR 10,000 HABITANTES/100 ANOS DE LOCAL DE RESIDENCIA POR CUMULADAS

Planes de estudio									
Escuelas	1910	1920	1930	1940	1942	1945	1949	1947	1911
Togo Medio	0.80	0.5	14.00	1.50	0.80	0.80	2.23	6.16	5.01
Togo Alto	3.20	0.10	15.30	0.70	3.07	0.65	1.33	5.92	
C. Cartagena	1.00	1.13	12.16	0.45	1.55	1.92	4.16	2.00	
C. Loro	1.22	0.20	13.44	0.34	1.26	2.53	4.71	3.17	
Barroete	1.36	0.10	2.6	0.15	4.09	2.22	4.71	3.04	
Tecila-Juquila	0.70	0.26	11.52	0.22	2.30	2.43	6.10	4.26	
Murcia (Medio regional)	2.34	0.57	12.8	0.70	2.01	3.06	5.15	3.54	
Fuero regio	200	155	20.55	20.55	305	276	305	12.55	

Fuente: Estadísticas Escuela Normal de Murcia 1910-1976.

TABLA 12

MASTRACION DE LOS ESTUDIANTES COMO LA FORMACION DEL PAIS (F. PORCENTAJES)

Planes de estudio									
Profesion padre	1910	1911	1940	1942	1945	1950	1947	1971	1911
Comercio	14(12)	--	7	1	--	5(2)	5(2)	31(8)	79
Peda. campo	19(10)	--	--	--	3(2)	1	--	2(0.5)	22
Peda. Indus.	7(12)	--	--	1	--	2(0.5)	3(1)	7(0.3)	9
Oficina Medio	--	--	--	--	--	--	--	16(10)	16
Licenciado	--	--	--	1	--	--	--	--	1
Empleador	73(23)	7	--	--	--	4(1)	1	94(26)	128
Militar Vn.	7	--	--	--	1	--	--	7	11
Militar Medio	10(12)	--	--	2(1)	2(1)	9(3)	0(0)	15(4)	37
Funcionario Sup.	--	--	2(3)	12(12)	0(1)	14(5)	0(0)	11(2)	24
Funcionario Med.	7	--	--	9	7(1)	--	1	2	5
Pres. Liberal	9(10)	--	--	1	1	3(1)	2(1)	19(3)	74
Empleado	12(15)	4(10)	11(0.5)	7(10)	2(1)	9(2)	2(1)	26(23)	97
9(10)	5	--	--	1	2(2)	2(0.5)	10(3)	94(23)	163
Total	105(42)	5(13)	11(5)	26(12)	25(12)	57(22)	71(27)	243(93)	

Fuente: Estadísticas Escuela Normal de Murcia 1910-1976. Elaboración propia.

TABLA 10

PRODUCCION COMPLETA POR SEXO DE ALUMNOS OFICIALES DE MATRICULACION DE MUJERES (1910-1976)

Cursos	Hombres	Mujeres
1914-15	112	131
1915-16	101	114
1916-17	85	112
1917-18	82	114
1918-19	74	106
1919-20	74	106
1920-21	54	86
1921-22	43	80
1922-23	45	83
1923-24	71	106
1924-25	71	106
1925-26	104	93
1926-27	104	93
1927-28	104	93
1928-29	104	93
1929-30	104	93
1930-31	148	123
1931-32	148	123
1932-33	148	123
1933-34	148	123
1934-35	148	123
1935-36	148	123
1936-37	148	123
1937-38	148	123
1938-39	148	123
1939-40	148	123
1940-41	148	123
1941-42	148	123
1942-43	148	123
1943-44	148	123
1944-45	148	123
1945-46	148	123
1946-47	148	123
1947-48	148	123
1948-49	148	123
1949-50	148	123
1950-51	148	123
1951-52	148	123
1952-53	148	123
1953-54	148	123
1954-55	148	123
1955-56	148	123
1956-57	148	123
1957-58	148	123
1958-59	148	123
1959-60	148	123
1960-61	148	123
1961-62	148	123
1962-63	148	123
1963-64	148	123
1964-65	148	123
1965-66	148	123
1966-67	148	123
1967-68	148	123
1968-69	148	123
1969-70	148	123
1970-71	148	123
1971-72	148	123
1972-73	148	123
1973-74	148	123
1974-75	148	123
1975-76	148	123
1976-77	148	123
1977-78	148	123
1978-79	148	123
1979-80	148	123
1980-81	148	123
1981-82	148	123
1982-83	148	123
1983-84	148	123
1984-85	148	123
1985-86	148	123
1986-87	148	123
1987-88	148	123
1988-89	148	123
1989-90	148	123
1990-91	148	123
1991-92	148	123
1992-93	148	123
1993-94	148	123
1994-95	148	123
1995-96	148	123
1996-97	148	123
1997-98	148	123
1998-99	148	123
1999-00	148	123
2000-01	148	123
2001-02	148	123
2002-03	148	123
2003-04	148	123
2004-05	148	123
2005-06	148	123
2006-07	148	123
2007-08	148	123
2008-09	148	123
2009-10	148	123
2010-11	148	123
2011-12	148	123
2012-13	148	123
2013-14	148	123
2014-15	148	123
2015-16	148	123
2016-17	148	123
2017-18	148	123
2018-19	148	123
2019-20	148	123
2020-21	148	123
2021-22	148	123
2022-23	148	123
2023-24	148	123
2024-25	148	123
2025-26	148	123
2026-27	148	123
2027-28	148	123
2028-29	148	123
2029-30	148	123
2030-31	148	123
2031-32	148	123
2032-33	148	123
2033-34	148	123
2034-35	148	123
2035-36	148	123
2036-37	148	123
2037-38	148	123
2038-39	148	123
2039-40	148	123
2040-41	148	123
2041-42	148	123
2042-43	148	123
2043-44	148	123
2044-45	148	123
2045-46	148	123
2046-47	148	123
2047-48	148	123
2048-49	148	123
2049-50	148	123
2050-51	148	123
2051-52	148	123
2052-53	148	123
2053-54	148	123
2054-55	148	123
2055-56	148	123
2056-57	148	123
2057-58	148	123
2058-59	148	123
2059-60	148	123
2060-61	148	123
2061-62	148	123
2062-63	148	123
2063-64	148	123
2064-65	148	123
2065-66	148	123
2066-67	148	123
2067-68	148	123
2068-69	148	123
2069-70	148	123
2070-71	148	123
2071-72	148	123
2072-73	148	123
2073-74	148	123
2074-75	148	123
2075-76	148	123
2076-77	148	123
2077-78	148	123
2078-79	148	123
2079-80	148	123
2080-81	148	123
2081-82	148	123
2082-83	148	123
2083-84	148	123
2084-85	148	123
2085-86	148	123
2086-87	148	123
2087-88	148	123
2088-89	148	123
2089-90	148	123
2090-91	148	123
2091-92	148	123
2092-93	148	123
2093-94	148	123
2094-95	148	123
2095-96	148	123
2096-97	148	123
2097-98	148	123
2098-99	148	123
2099-00	148	123
2100-01	148	123
2101-02	148	123
2102-03	148	123
2103-04	148	123
2104-05	148	123
2105-06	148	123
2106-07	148	123
2107-08	148	123
2108-09	148	123
2109-10	148	123
2110-11	148	123
2111-12	148	123
2112-13	148	123
2113-14	148	123
2114-15	148	123
2115-16	148	123
2116-17	148	123
2117-18	148	123
2118-19	148	123
2119-20	148	123
2120-21	148	123
2121-22	148	123
2122-23	148	123
2123-24	148	123
2124-25	148	123
2125-26	148	123
2126-27	148	123
2127-28	148	123
2128-29	148	123
2129-30	148	123
2130-31	148	123
2131-32	148	123
2132-33	148	123
2133-34	148	123
2134-35	148	123
2135-36	148	123
2136-37	148	123
2137-38	148	123
2138-39	148	123
2139-40	148	123
2140-41	148	123
2141-42	148	123
2142-43	148	123
2143-44	148	123
2144-45	148	123
2145-46	148	123
2146-47	148	123
2147-48	148	123
2148-49	148	123
2149-50	148	123
2150-51	148	123
2151-52	148	123
2152-53	148	123
2153-54	148	123
2154-55	148	123
2155-56	148	123
2156-57	148	123
2157-58	148	123
2158-59	148	123
2159-60	148	123
2160-61	148	123
2161-62	148	123
2162-63	148	123
2163-64	148	123
2164-65	148	123
2165-66	148	123
2166-67	148	123
2167-68	148	123
2168-69	148	123
2169-70	148	123
2170-71	148	123
2171-72	148	123
2172-73	148	123
2173-74	148	123
2174-75	148	123
2175-76	148	123
2176-77	148	123
2177-78	148	123
2178-79	148	123
2179-80	148	123
2180-81	148	123
2181-82	148	123
2182-83	148	123
2183-84	148	123
2184-85	148	123
2185-86	148	123
2186-87	148	123
2187-88	148	123
2188-89	148	123
2189-90	148	123
2190-91	148	123
2191-92	148	123
2192-93	148	123
2193-94	148	123
2194-95	148	123
2195-96	148	123
2196-97	148	123
2197-98	148	123
2198-99	148	123
2199-00	148	123
2200-01	148	123
2201-02	148	123
2202-03	148	123
2203-04	148	123
2204-05	148	123
2205-06	148	123
2206-07	148	123
2207-08	148	123
2208-09	148	123
2209-10	148	123
2210-11	148	123
2211-12	148	123
2212-13	148	123
2213-14	148	123
2214-15	148	123
2215-16	148	123
2216-17	148	123
2217-18	148	123
2218-19	148	123
2219-20	148	123
2220-21	148	123
2221-22	148	123
2222-23	148	123
2223-24	148	123
2224-25	148	123
2225-26	148	123
2226-27	148	123
2227-28	148	123
2228-29	148	123
2229-30	148	123
2230-31	148	123
2231-32	148	123
2232-33	148	123
2233-34	148	123
2234-35	148	123
2235-36	148	123
2236-37	148	123
2237-38	148	123
2238-39	148	123
2239-40	148	123
2240-41	148	123
2241-42	148	123
2242-43	148	123
2243-44	148	123
2244-45	148	123
2245-46	148	123
2246-47	148	123
2247-48	148	123
2248-49	148	123
2249-50	148	123
2250-51	148	123
2251-52	148	123
2252-53	148	123
2253-54	148	123
2254-55	148	123
2255-56	148	123
2256-57	148	123
2257-58	148	123
2258-59	148	123
2259-60	148	123
2260-61	148	123
2261-62	148	123
2262-63	148	123
2263-64	148	123
2264-65	148	123
2265-66	148	123
2266-67	148	123
2267-68	148	123
2268-69	148	123
2269-70	148	123
2270-71	148	123
2271-72	148	123
2272-73	148	123
2273-74	148	123
2274-75	148	123
2275-76	148	123
2276-77	148	123
2277-78	148	123
2278-79	148	123
2279-80	148	123
2280-81	148	123
2281-82	148	123
2282-83	148	123
2283-84	148	123
2284-85	148	123
2285-86	148	123
2286-87	148	123
2287-88	148	123
2288-89	148	123
2289-90	148	123
2290-91	148	123
2291-92	148	123
2292-93	148	123
2293-94	148	123
2294-95	148	123
2295-96	148	123
2296-97	148	123
2297-98	148	123
2298-99	148	123
2299-00	148	123
2300-01	148	

TABLA 13

ESTUDIANTES EN CUYO EXPEDIENTE CONSTAN CERTIFICADOS DE BUENA CONDUCTA (Y PORCENTAJES)

		Años de estudio							Total
Certificados		1934	1935	1940	1942	1945	1950	1957	
Religioso									
Si		5(2)	--	175(87)	--	2(1)	268(90)	167(84)	--
No		244(98)	--	26(13)	70(100)	118(98)	30(10)	33(17)	390
Salario									
Si		--	--	163(81)	--	--	93(31)	--	--
No		--	--	38(19)	70	120	204	193	390
G. Civil									
Si		--	--	140(69)	--	1	62(21)	61(30)	
No		--	--	81	70	119	235	138	
Alcalde									
Si		13(5)	--	132(66)	--	--	163(48)	95(47)	
No		236		68			154	305	

Fuente: Expedientes Escuela Normal de Murcia 1934-1976.

TABLA 14

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MAESTROS ENCUESTADOS SEGUN EL LUGAR DE NACIMIENTO

Lugar nacimiento	Porcentaje
Murcia ciudad	17
Murcia pedanías	22
Cartagena ciudad	4
Cartagena pedanías	5
Comarca de Lorca	9
Comarca Totoletope Alca	13
Comarca de Carretero	5
Provincias limítrofes	9
Resto España	16
Total	100

Fte.: Encuesta.

TABLA 15

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MAESTROS ENCUESTADOS SEGUN PROFESION DEL PADRE

Profesión padre	Porcentaje
Obrero	6
Maestro	6
Empleado administrativo	10
Empleador/comerciante	8
Otros manual/ser.	12
No contesta	23
Técnico medio	2
Militar/policia	4
Otros (resto)	23
Total	100

Fte.: Encuesta.

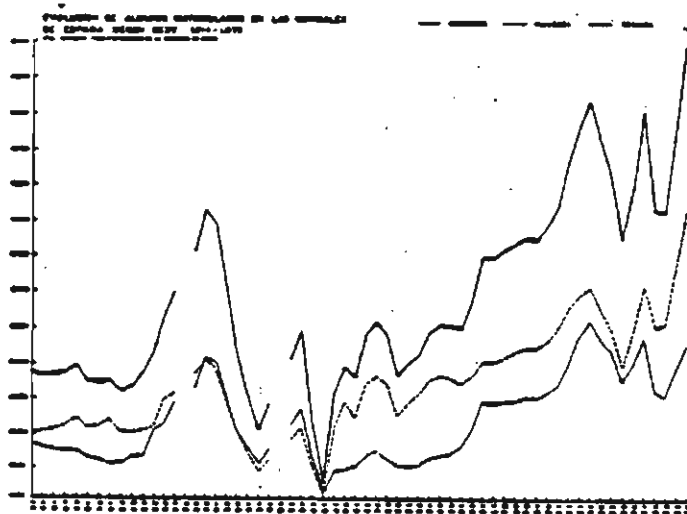
TABLA 16

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MAESTROS SEGUN EL NIVEL DE ESTUDIOS DEL PADRE

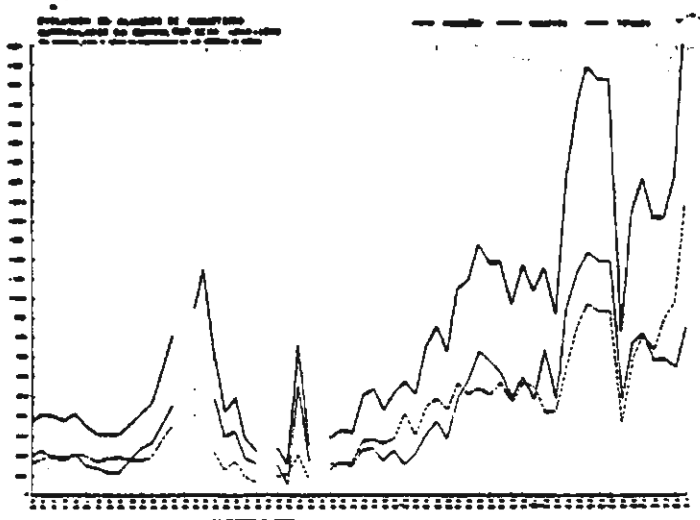
Nivel estudios padre	Porcentaje
Sim-estudios	8
Primarios	56
Bachiller	12
Medios	12
Universitarios	13
No sabe/no contesta	1
Total	100

Fte.: Encuesta.

GRATIA Nº 1

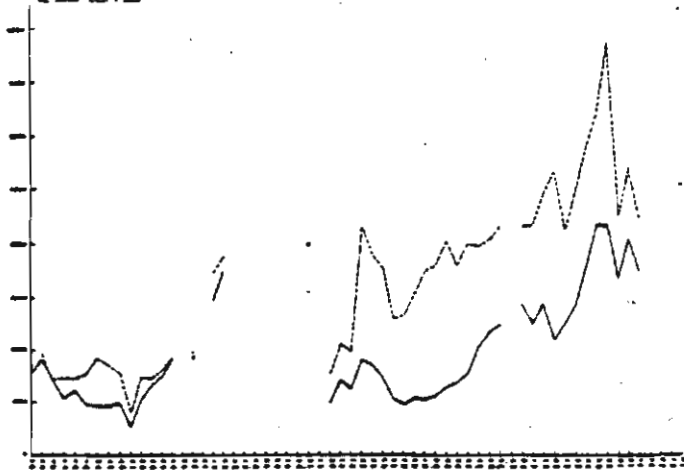


GRATIA Nº 2



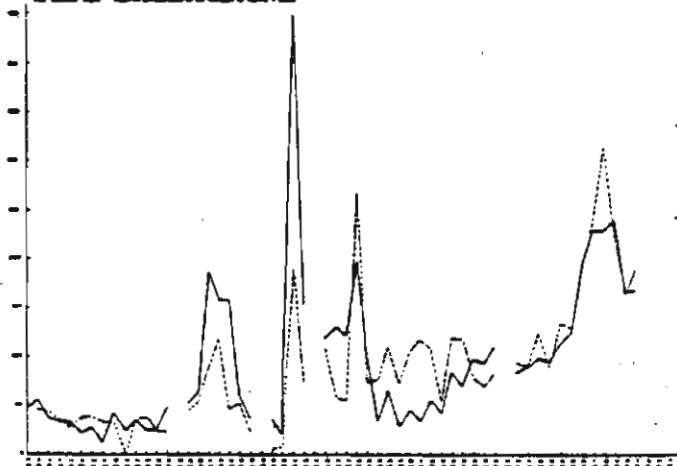
GRAFICA Nº 3

VOLUMEN POR SECTOR DE ALUMNO DEL TERCER GRADO
LA CARRERA DE LAS CIENCIAS DE BARRIO 1968-1970
En el mes de mayo

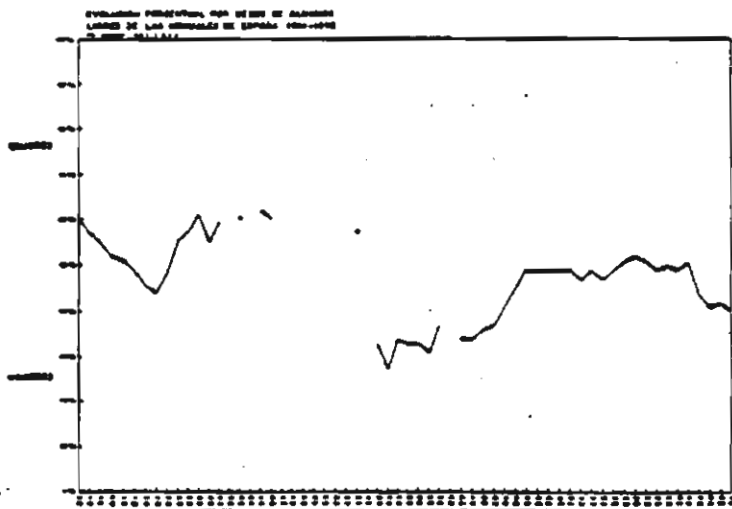


GRAFICA Nº 4

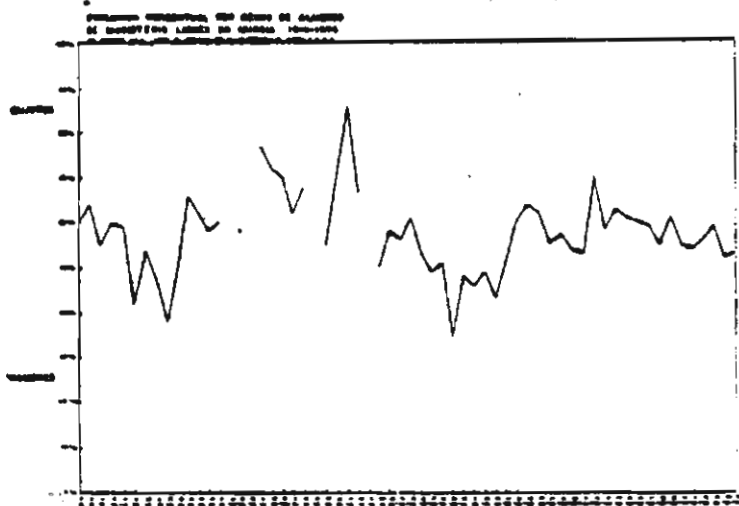
VOLUMEN POR SECTOR DE ALUMNO DEL TERCER GRADO
LA CARRERA DE CIENCIAS DE BARRIO 1968-1970
En el mes de mayo



GRAPHIC NO. 1

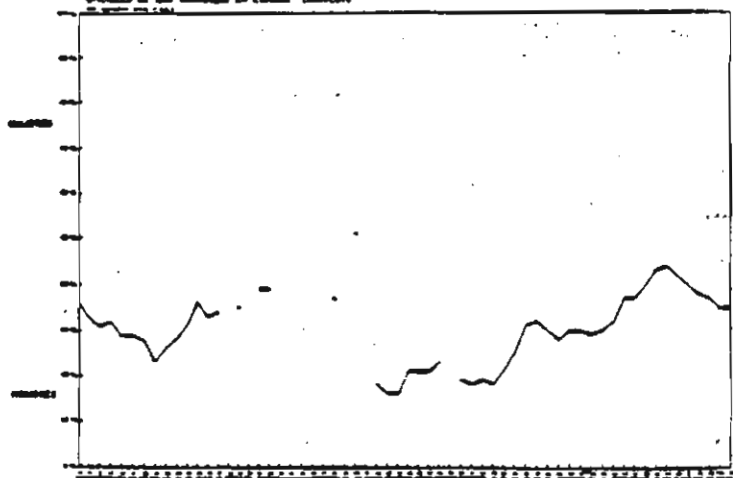


GRAPHIC NO. 2



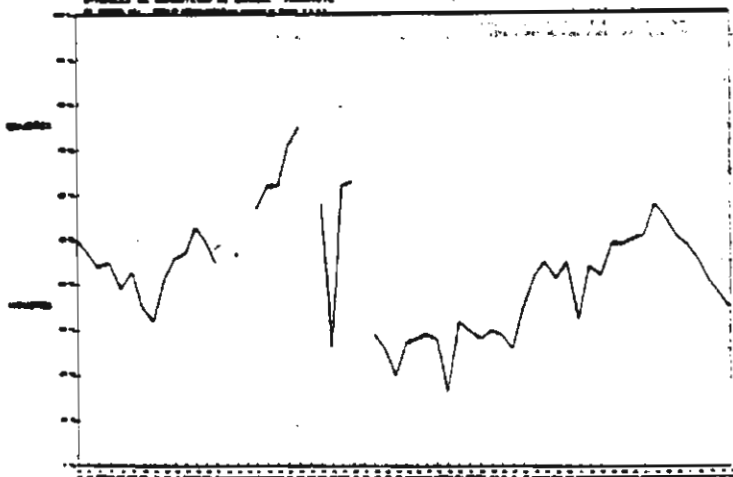
GRAPHE N° 1

ÉVOLUTION TEMPORALE, PAR DÉCADE DE LAUSSE,
DES DÉPENSES DE LA DÉPENSE DE DÉPENSE DÉPENSE
DE DÉPENSE DE DÉPENSE DE DÉPENSE



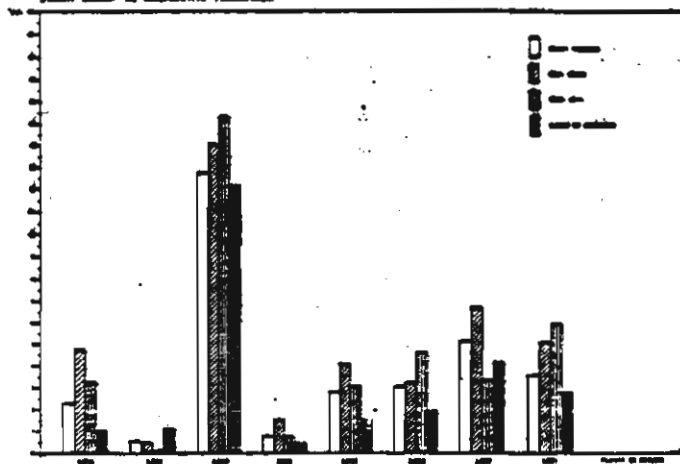
GRAPHE N° 2

ÉVOLUTION TEMPORALE, PAR DÉCADE DE LAUSSE,
DES DÉPENSES DE LA DÉPENSE DE DÉPENSE DÉPENSE
DE DÉPENSE DE DÉPENSE DE DÉPENSE



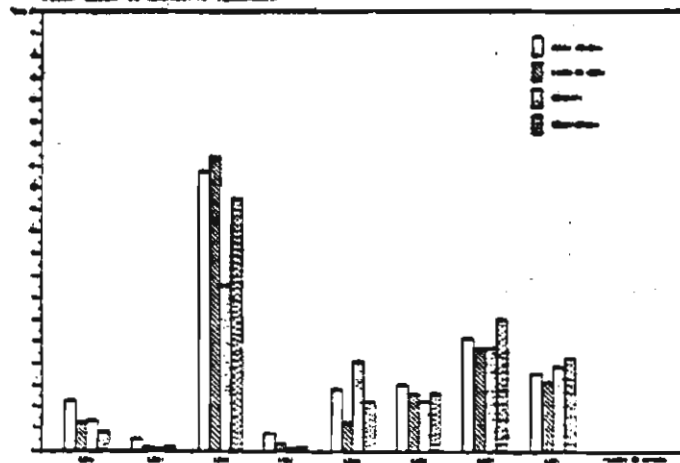
GRUPO Nº 9

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ESPERANZAS DE VIDA POR 1000 HAB./AÑO
SEGÚN AÑOS DE EMIGRACIÓN (Lémanes).



GRUPO Nº 10

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ESPERANZAS DE VIDA POR 1000 HAB./AÑO
SEGÚN AÑOS DE EMIGRACIÓN (Lémanes).



LA ENSEÑANZA DE LA GEOGRAFIA EN LA ESCUELA NORMAL DE MURCIA A LO LARGO DEL SIGLO XX.

Cárdenas Olivares, I.*; Marset Campos, P.**

* Prof. Titular Esc. Univ. Form. Prof. ECB Murcia.

** Catedrático de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Murcia.

I. INTRODUCCION.

La geografía, como disciplina científica, ha estado profundamente influida por el uso docente que se ha hecho de ella en Europa en los siglos XIX y XX; fundamentalmente por la pretensión de ofrecer unos determinados rasgos de identidad y de legitimar el orden existente. Cuando la geografía como tal disciplina, se imparte a estudiantes con el objetivo de que al ser posteriormente maestros contribuyan a la formación de futuros ciudadanos, adquieren un interés especial los contenidos y los métodos didácticos que caracterizan a esta asignatura en los distintos currícula. Por otra parte unida y en pugna con la historia, la geografía, como disciplina académica, va a estar sometida a las consecuencias de la crisis continua que padece en su búsqueda de fundamentación e integración epistemológica (1). La especial influencia en la geografía normalista de este doble proceso científico y pedagógico va a estar condicionada por factores generales que afectan al sistema educativo y a las Normales, y por los derivados de la peculiar institucionalización de la propia disciplina en nuestro país. Sólo es posible detectar este complejo proceso que experimenta la asignatura de geografía en la Normales a través del estudio específico de la actividad docente en una Escuela concreta. La de Murcia ofrece condiciones especialmente adecuadas para efectuar tal análisis.

La geografía, como ciencia social, va a sufrir las tensiones que le causan, por una parte, las contradictorias funciones ideológicas que se pretenden canalizar con su enseñanza y, por otra, las exigencias igualmente contradictorias de los diversos núcleos epistemológicos sobre los que se construye. Estas tensiones ideológicas y científicas deben influir, creemos, en la composición y dimensión didáctica de

sus programas en los distintos períodos históricos. De esta forma pensamos que se deberá apreciar un incremento del interés por la vertiente didáctica en los momentos históricos de mayor proyección social de la geografía, al conectar con la realidad existente, mientras que será dominante la vertiente culturalista o academicista en los momentos en que su enseñanza se distancie de la realidad social. Sin embargo no se podrán detectar las repercusiones de las sucesivas tensiones epistemológicas y metodológicas que acontecen en el seno de la geografía por el enorme retraso con que se introducen en el ámbito geográfico universitario y, sobre todo, en el escolar; hasta tal punto, que el paradigma regional constituido a comienzos de siglo, que entra en crisis con el surgimiento de la geografía cuantitativa en 1953, perdurará en la geografía universitaria española hasta 1975, y en la geografía escolar hasta los años ochenta (2). Es decir, en el espacio cronológico de nuestro estudio no se pueden formalmente detectar las posibles repercusiones que en la enseñanza de la geografía pueden tener estos cambios en los núcleos teóricos. Por el contrario, sí se pueden apreciar distintos tratamientos en los contenidos temáticos de la geografía según los diversos momentos históricos.

En el estudio concreto de la enseñanza de la geografía en las Normales de Murcia a través de los programas y expedientes académicos, se pueden verificar algunas de las tensiones descritas.

La hipótesis mantenida es que al poseer la geografía sobre todo una dimensión cultural e ideológica, y persistir la dificultad en configurar su paradigma científico, no es valorada, en general, como disciplina "científica" por los maestros en sus años de formación; por ello observamos la escasa influencia que la Normal ha tenido a la hora de organizar la propia enseñanza de la geografía, y el que se imparta en las escuelas como una dimensión cultural e ideológica, fomentando la actividad memorística, no reflexiva.

II. MATERIAL Y METODO.

La fuente de información ha sido necesariamente diversa. Por una parte resulta imprescindible ofrecer una imagen de los agentes

activos y sus medios, es decir los profesores de geografía, los programas, y los recursos didácticos existentes. Para ello se combinó la información de los expedientes de los profesores con lo aportado por los testigos relacionados con ellos, se recopilaron los programas y horarios, y se contabilizaron todos los recursos técnicos y bibliográficos. Todo ello desde que comienza a funcionar una Escuela Normal en Murcia en el siglo pasado hasta 1976.

Por otra parte había que detectar los condicionantes existentes en la enseñanza normalista en general y geográfica en particular y valorar su resultado, para lo que el análisis de los expedientes de los estudiantes adquiría primordial importancia (3). Finalmente, era necesario obtener una idea más directa de estas circunstancias, a la vez que una valoración de la influencia ejercida por la Normal. Para ello fué imprescindible la realización de encuestas a los maestros que impartían ciencias sociales en nuestra región sobre la enseñanza geográfica que recibieron en la Escuela. Las encuestas fueron hechas mediante entrevista personal, atendidas a un protocolo normalizado para poder comparar las distintas respuestas mediante tratamiento estadístico. Como se ha analizado en la otra comunicación sobre un total de 527 maestros que en 1983 impartían ciencias sociales a alumnos de EGB en la Región de Murcia, se realizó la entrevista-encuesta a 250 de ellos (casi la mitad), respondiendo de forma fiable 178 (un 71%) lo que ofrece garantías estadísticas de significación y de representatividad a nivel regional (aunque no a nivel municipal). La encuesta poseía 48 preguntas distribuidas en tres áreas, la de los datos personales con 21 cuestiones, la que inquiría sobre sus experiencias cuando era estudiante en la Normal con 10 preguntas, y la que analizaba su actual forma de impartir enseñanza en geografía. En la presente comunicación sólo ofrecemos algunas de las respuestas más significativas de las dos primeras áreas.

III. RESULTADOS Y COMENTARIOS.

1. Panorama general de los currícula.

A grandes rasgos, podemos distinguir cuatro grandes etapas en la evolución de la formación de maestros en la España del siglo XX, al analizar los ocho planes de estudios que han funcionado desde el de 1914 hasta el de 1971. La primera, de recepción de las ideas reformadoras pedagógicas finiseculares en una España que se conmueve tras la derrota de 1898 y que cristalizaría en el plan de 1914. La segunda, de propuesta de un modelo acoplado al desarrollo español, al iniciar España una trayectoria específica con la República, y que se plasma en el plan de 1931. La tercera época, de retroceso social, económico e ideológico, se extiende con escasas variantes a lo largo de casi todo el franquismo y está dominada por el componente político, abarcando los planes de 1940, 1942, 1945 y 1950. Y la cuarta, de transición hacia una fase caracterizada por la aceleración de transformación industrial, y que se centraría en los planes de estudio de 1967 y 1971 aún vigente.

El plan de estudios de 1914 a pesar de los inconvenientes ordenancistas supuso un gran esfuerzo por elevar la formación del maestro, tanto en un sentido cultural como técnico; pero el predominio de las materias culturales limitaron sus logros en el aspecto estrictamente profesional.

Sin embargo el plan de 1931 redujo y puso énfasis en las metodologías pedagógicas de las diferentes disciplinas; se añadió otras consideradas más importantes para el futuro educador (filosofía, economía, psicología, organización escolar); se aumenta el volumen de prácticas que debían realizar los alumnos en las escuelas públicas, haciéndolas más efectivas y eficaces, y se introduce un último año a cursar por el alumno maestro en una escuela, lo que permitiría garantizar un aprendizaje correcto de las técnicas pedagógicas.

Los planes del franquismo supusieron en general un neto retroceso a planteamientos "culturalistas" anteriores al plan republicano.

Una visión general de la evolución de los planes de estudio de la carrera de magisterio permite calificar como más exigente al de 1931 que mantiene, a pesar de elevar las condiciones de ingreso

a la posesión del bachiller y la realización de una difícil prueba de selección, los cuatro cursos de enseñanza profundamente pedagógico-profesional, con todo un cuarto curso de prácticas. El hecho de que el plan de 1914 y el de 1942 tengan cuatro cursos se debe fundamentalmente a su obligado carácter formativo debido a la no exigencia del bachillerato. A partir de 1945 van a tener tres cursos los estudios de magisterio, aunque el bachiller completo sólo se exigiría a partir del plan de 1967. Esta diferencia en cuanto al número de cursos se traduce igualmente en una diferencia en la cantidad de horas de enseñanza que teóricamente se reciben: los planes de cuatro cursos constan con algo más de 2.600 horas y un poco menos los de tres.

Más ilustrativa que la mera cuantía horaria es la distribución temática del curriculum. Los planes en los que han merecido mayor dedicación proporcional las cuestiones pedagógico-profesionales son los de 1931 y 1967 (45% y 50% respectivamente), destacando en cifras de horas absolutas el plan de 1931 con 850 horas, ligeramente por encima del de 1967 con 812. Por el contrario, los planes que menos tiempo han dedicado a estas materias profesionales han sido los de 1914 (un 14%), 1942 (12,5%) y 1950 (19%); se sitúan en una posición intermedia los de 1945 y 1971, con un 35% y un 35% respectivamente (Tabla I).

2. La enseñanza de la geografía.

Antes de describir el rendimiento académico en geografía a lo largo del siglo conviene señalar el papel protagonista que tuvo la Escuela Superior de Magisterio (1909-1932) en la enseñanza normalista de la geografía para toda España. Producto de una preocupación reformadora vinculada a la I.L.E., buscaba proveer a las Escuelas Normales de un profesorado de elevada calidad. A pesar de no estar conectada con una reforma en profundidad del sistema educativo, orientó su trabajo formativo hacia aspectos concretos pedagógicos con éxito notable. Se puede afirmar que constituyó una excepción en el ámbito de la enseñanza superior, supuso igualmente un punto de referencia avanzado y conectó con los movimientos reformadores pedagógicos existen-

tes.

En relación con la enseñanza concreta de la geografía, el papel desempeñado por la E.S.M. fué muy positivo al constituir una de las pocas áreas donde esta disciplina tuvo un desarrollo pedagógico adecuado en un panorama de escasos logros. A esta importancia contribuyó, sin duda, la tarea que había desarrollado Rafael Torres Campos como catedrático de geografía de la Escuela Normal Central, así como Ricardo Beltrán y Rózpide catedrático de esta disciplina en la E.S.M. desde su creación (4). Esta importancia estaba relacionada con la significativa presencia de la geografía en la enseñanza primaria y secundaria.

La disciplina de geografía, que podemos considerar integrada dentro del área cultural o académica, ha ido perdiendo consideración e importancia con la sucesión de los diferentes planes de estudio. En el plan de 1914 tiene una gran representación junto a lengua, matemáticas e historia, correspondiendo a cada una una proporción del 15% (algo menos a matemáticas); pero, posteriormente esa posición preeminente irá decreciendo, con fluctuaciones. A partir del plan de 1931 la lengua y las matemáticas se afianzan como disciplinas fundamentales, en detrimento de la geografía e historia. Es importante destacar que, en el plan de 1971, ambas disciplinas tienen una débil participación en la formación de maestros (Tabla II) y además el que se sitúe, aunque sea ligeramente, en posición ventajosa la historia en relación con la geografía en la especialidad de ciencias sociales; no existen ambas disciplinas en el resto de especialidades.

La enseñanza de la geografía que se realizó en la Normal de maestros de Murcia durante el siglo pasado se singularizó por la mejora relativa de medios didácticos, en relación a otras materias, como demuestra el inventario del material utilizado así como los fondos bibliográficos adquiridos durante estos años y que también se han recopilado. Sin embargo, el rendimiento de los alumnos en esta disciplina, y probablemente por los condicionamientos que se han mencionado, fué limitado. Ambos hechos, cierta calidad en la docencia impartida y un rendimiento no excesivamente bueno, perdurarán

durante nuestro siglo.

La enseñanza que se realizó en la Escuela de Murcia desde 1914 hasta 1976 ha estado estrechamente vinculada no sólo al contenido de los programas, a la formación del profesorado que la ha impartido, a los recursos docentes, factores sociales y personales que han condicionado el rendimiento académico de los alumnos y la ulterior enseñanza geográfica que han realizado, sino también a las orientaciones que han tenido los diferentes planes de estudio, y a las circunstancias ambientales concretas en que se han desarrollado en el seno de la institución normalista. El análisis de estos factores ha permitido comprobar las posibilidades y limitaciones que ha tenido esta enseñanza.

La geografía ha merecido una atención especial en las Escuelas Normales, debido a la función cultural que ha desempeñado y a la posición ventajosa, en relación a otras disciplinas, que tuvo en la E.M.S. y en la Escuela Normal Central. La ingente obra de personalidades como Torres Campos y Beltrán Rózpide, orientada a la renovación metodológica de esta disciplina, dejó huella en una gran cantidad de docentes normalistas. La influencia de estas personalidades llega a Murcia a través de discípulos privilegiados que, formados en los citados centros, realizaron en nuestra Normal un prolongado ejercicio docente. Es comprensible que los frutos de esta actividad se dieran con mayor esplendor durante los años de funcionamiento del plan 1931, en medio de un contexto socio-político favorable. Por el contrario, en un ambiente lleno de dificultades, con profesores no preparados para enseñar y con limitación de medios y retribuciones, sobre todo tras la guerra civil, son explicables unos logros escasos.

El profesorado que ha impartido clases de geografía en nuestra Escuela desde 1914 hasta 1976, se puede caracterizar por su estabilidad, por el predominio de las profesoras sobre los profesores y por cierto nivel de calidad docente, elevado en algunos casos (Reverte, Caballero y Antón, sobre todo). (Tabla III).

En relación a la formación geográfica que han recibido los profesores de geografía que ha tenido el centro, una mayoría

(once profesores) han logrado una titulación superior, adquirida bien en la E.S.M. (Antón, Caballero, Reverte y Ubeda), bien a través de una licenciatura en geografía e historia (Pérez Picazo, Delgado, Alarma, Cárdena, Albacete, Marcos y Martín), requisito este último exigido a partir de 1945. Unicamente cuatro profesores recibieron una cualificación menor en geografía por haber cursado estudios correspondientes al grado superior de maestro, en lo que primaba una formación globalizadora. Hay que destacar que únicamente los profesores procedentes de la E.S.M. recibieron una preparación pedagógica adecuada; por ello, estos docentes son los que únicamente han destacado por sus trabajos geográfico-metodológicos. Entre el profesorado de Murcia, Reverte destaca por sus aportaciones en este campo (5).

La distribución de los temas en los diferentes programas en función de cuatro grandes áreas (geografía general, de España, universal y didáctica de la geografía) ayuda a comprender el significado y orientación que ha tenido la enseñanza de la geografía en cada uno de los planes de estudio. Los programas de las cuatro asignaturas existentes en el plan de 1914 (Tabla IV) se centraban en una labor formativa general; de ahí que este plan de estudios cuente con la mayor cantidad de temas y horas de conjunto. El conocimiento de España (la mitad del total de temas) fué el objetivo más importante, seguramente continuando la tradición nacionalista de la geografía del siglo anterior; por el contrario, el contenido didáctico apenas se valoraba. El programa de la única asignatura existente en el plan 1931 (Tabla V) se orienta a la tarea de preparar profesores de geografía, prescindiendo de las cuestiones academicistas y centrando la atención en los contenidos didácticos; es singular al no tomar en consideración como contenido diferenciado de las cuestiones pedagógicas el referido a geografía de España o universal, y dedicar unos temas a los aspectos generales. Se pierde la dimensión culturalista y se potencia la geografía como instrumento de comprensión y de relación con el medio. Durante la mayor parte del franquismo (planes 1945 y 1950) los programas (Tabla VI) de las dos asignaturas impartidas distribuían equitativamente la totalidad de temas entre las cuatro grandes áreas (un 25% para

cada una), lo que indicaría una ausencia de objetivos definidos y un intento de ofrecer una visión cultural, no profesionalizada didácticamente. En el programa de la única asignatura del plan 1967 (Tabla VII) se aprecia el interés por recuperar el contenido didáctico, a imagen y semejanza del plan de 1931; en este programa disminuyen los temas dedicados a las áreas de geografía universal, de España y general y adquiere una presencia mayor el contenido metodológico y didáctico. En el plan de 1971 se vuelve a producir (Tabla VIII) un cambio que podría interpretarse como una ausencia de objetivos precisos; ello, porque de nuevo se aprecia una equivalencia entre las cuatro áreas geográficas mencionadas (que constituyen cuatro asignaturas) ya existentes en los planes de 1945 y 1950, aunque se pretende matizar esta proporcionalidad a costa de los aspectos didácticos, pues disminuyen respecto al plan anterior. Aumenta en este último plan, significativamente, la geografía general, lo que indica una orientación muy próxima a la que se imparte en el primer ciclo de la Facultad de Letras.

3. El rendimiento académico en geografía.

A la vista de los resultados obtenidos a partir de los expedientes académicos de los estudiantes se puede afirmar que la geografía no ha sido nunca una asignatura difícil de aprobar. Y ello no tanto porque sus contenidos sean considerados sencillos como por el esfuerzo necesario para obtener el aprobado. Al haber existido geografía casi en todos los cursos de la carrera de los diferentes planes de estudio, e incluso varias asignaturas con este contenido, se ha valorado exclusivamente las calificaciones de manera global, considerando separadamente las que corresponden a primero, segundo y tercer curso.

La geografía que se ha impartido en primer curso (6) ha sido la de mayor exigencia académica tanto por las calificaciones como por el número de convocatorias preciso para aprobar, predominando los porcentajes de aprobados sobre los de notable o sobresaliente, y precisando la mayoría dos convocatorias para superarla. En el plan

de 1950 se registra el peor resultado al necesitar un 14% de los alumnos tres o más convocatorias para aprobar. Este hecho está más vinculado a la gran cantidad de alumnos libres que existieron en este plan que a una mayor dificultad para obtener aprobado. La geografía de segundo curso (7) resulta, en general, mucho más fácil de aprobar, e incluso se obtienen buenas calificaciones. El plan de 1931 es el que presenta mejores resultados y destaca el de 1971 como más exigente que los restantes, pues predominan los aprobados sobre los notables y sobresalientes, existiendo algunas matrículas de honor. En la geografía de tercer curso no resulta difícil el aprobar pero sí obtener buenas calificaciones. Este dato se confirma en todos los planes de estudio, pero se aprecia una mayor facilidad para obtener el aprobado en los planes de 1942 y 1971. Sin embargo entre ambos hay una diferencia: mientras se puede obtener sobresaliente fácilmente en el de 1942, en el de 1971 no es tan sencillo.

Los factores personales y sociales que caracterizan al estudiante de magisterio han condicionado el rendimiento académico en geografía. Comparando la distribución de las calificaciones para los tres cursos de la carrera y considerando la totalidad del período, los resultados indican que las mujeres han obtenido mejor rendimiento que los hombres. Esto está relacionado con su mejor procedimiento socio-cultural, y la menor proporción de alumnas libres. En cuanto a la comarca de procedencia, no existen diferencias importantes; únicamente destaca de manera significativa el mantenimiento de buenas calificaciones entre los alumnos procedentes de la comarca de Lorca, siendo inferiores para los estudiantes de la Vega Media. La profesión del padre sí influye, pues los hijos de campesinos obtienen mayoritariamente sólo aprobado, mientras que los hijos de funcionarios medios y superiores destacan por su mejor rendimiento. Sin embargo no se puede concluir que exista una diferencia tan clara al valorar la influencia del nivel de estudios del padre, las únicas que existían, a favor de los que procedían de un mejor nivel cultural, ha ido desapareciendo progresivamente e incluso se aprecia el fenómeno inverso en las últimas promociones, es decir, los procedentes de ambientes menos

cultos están más motivados hacia esta carrera y, comparativamente, obtienen mejores notas. En relación con la posible influencia de la edad con que se ingresa, los más jóvenes obtienen calificaciones inferiores, aumentando éstas significativamente al avanzar la edad de ingreso; a su vez, el hecho de poseer beca duplica la posibilidad de conseguir mejores notas. Por su parte, los estudiantes que se adaptan al ritmo legal de los estudios tienen un rendimiento mejor, frente a los que tardan más o menos tiempo. Al igual que se ha indicado para la duración de la carrera, el hecho de tener muchos hermanos también interviene negativamente en obtener buenas calificaciones en geografía; sin embargo, para los estudiantes del plan 1971 se igualan los resultados entre los alumnos con mayor o menor número de hermanos, lo que parece indicar que las condiciones de estudio, en general, han mejorado en los últimos años.

Tras analizar los datos de las encuestas realizadas a los profesores de ciencias sociales comprobamos que los resultados de las calificaciones que obtuvieron en geografía reproducen lo apuntado en los expedientes, es decir un nivel de exigencia menor al pasar de un curso a otro. Las respuestas que informan sobre los aspectos concretos de la enseñanza que recibieron en geografía son muy escasas: se aprecia una dificultad para expresar estos aspectos. En 17% no contesta a la pregunta sobre el profesor que tuvo en geografía; al pasar al libro de texto que usaron este porcentaje sube al 24%; al inquirir sobre el aspecto de geografía en que el profesor ponía más énfasis, asciende a un 45%. La mayoría no acierta a concretar los aspectos que, personalmente, le parecieron más importantes e, incluso, a la hora de señalar los defectos percibidos en la enseñanza, un 35% no contesta.

Cuando se pregunta qué hubieran añadido a la teoría geográfica recibida, más de la mitad, un 54%, no contesta o lo hace de forma incorrecta, y cuando se inquiriere sobre lo que añadirían a las prácticas que hicieron, ocurre lo mismo. Se puede deducir que, para una parte importante de los maestros no ha supuesto ninguna aportación significativa la enseñanza recibida, puesto que pueden dar respuestas como

el nombre del profesor o libro de texto, pero cuando se trata de profundizar, evaluar y caracterizar los aspectos conceptuales, ello se convierte en tarea difícil. La imagen que se obtiene de las respuestas indica que se ha recibido una orientación geográfica clásica, tradicional, de contenido culturalista y descriptivo; únicamente un grupo reducido señala que los profesores pusieron énfasis en aspectos metodológicos y críticos, y sólo un 3% manifiesta que lo hicieron en aspectos sociales. Las respuestas que reflejan una valoración crítica global apuntan a que son muy pocos los que piensan que fué correcta la enseñanza que recibieron. La mayoría se queja de la excesiva memorización, pero muy pocos son los que indican aspectos concretos o señalan la falta de prácticas; así mismo, únicamente un 1% de los maestros cita como defecto la ausencia de enseñanza sobre la geografía local y regional. Todas estas respuestas son coherentes con el hecho de que únicamente un 10% de los maestros indiquen que la Normal ha sido su fuente de orientación a la hora de enseñar geografía en la escuela; ello expresa la escasa incidencia de la Normal sobre los aspectos concretos del ejercicio profesional.

IV. CONCLUSION.

Los planes de estudio de magisterio han tenido, en general, un acusado carácter culturalista y academicista, poco profesional, excepto el correspondiente al plan de 1931. La disciplina de geografía ha reflejado estos condicionamientos caracterizándose por unos contenidos descriptivos y universalistas que forzaban a unos métodos de aprendizaje fundamentalmente memorísticos; la excepción la representa el tipo de enseñanza impartida por los normalistas formados en la E.S.M. que encontraron en el plan de 1931 las condiciones adecuadas para desarrollar un programa concreto y activo, primando el componente didáctico. En general el profesorado que ha impartido enseñanza geográfica ha tenido una formación adecuada, pero las orientaciones impuestas por los planes de estudio y los programas han condicionado unos resultados docentes insatisfactorios, excepto en los años de la II República y en los últimos años setenta. En este contexto no es sorprendente

que el rendimiento académico sea globalmente mediocre, y que a su vez esté influido negativamente por los factores personales y sociales que caracterizan el perfil del estudiantado de magisterio.

NOTAS.

1. El debate epistemológico desencadenado a partir del polémico artículo de Schaeffer aún no ha terminado. La dificultad en configurar un paradigma estable es evidente al revisar por ejemplo trabajos del área anglosajona como los de Ackerman (1976), Bunge (1966), Chorly (1975), Stoddart y Granio (1982), Harvey (1976); en el área francesa los de Beangen Garnier (1971), Claval (1974 y 1982), Lacoste y col. (1977), Racine (1977). En España destacan sobre esta cuestión los de Capel (1977, 1981 y 1983), los escritos en colaboración (1983, 1984 y 1985), los de Bosque y col. (1983), Cueto (1978), Estebanez (1982) y Gómez y col. (1982).

2. Capel y col. (1984).

3. En la otra comunicación presentada por nosotros en este Congreso se detallan los contenidos analizados en los expedientes constitutivos de la muestra seleccionada.

4. Una exposición más detallada sobre la influencia de la E.G.M. en la geografía normalista se encuentra en Cárdenas, M.I. (1986).

5. Véase Cárdenas (1986).

6. Se ha impartido geografía en primer curso de magisterio en los planes de estudio de 1914, 1942, 1945, 1950 y 1967.

7. Segundo curso ha tenido geografía en los planes de 1914, 1942 y 1971.

BIBLIOGRAFIA.

ACKERMAN, E.: Las fronteras de la investigación geográfica, Geocrítica, 3, 1976.

BEAUJEU GARNIER, J.: La Géographie: méthodes et perspectives, 2^a ed., Masson, 1971.

BOSQUE SENDRA, J. y col.: La geografía cuantitativa en la Universidad y la investigación española, Geocrítica, 44, 1983.

CAPEL, H.: Institucionalización de la geografía y estrategias en la comunidad científica de los geógrafos (I y II), Geocrítica, 89, 1977.

CAPEL, H.: Filosofía y ciencia en la Geografía contemporánea. Una introducción a la Geografía, Barcelona, Barçanova, 1981.

CAPEL, H.: Positivismo y antipositivismo en la ciencia geográfica. El ejemplo de la Geomorfología, Geocrítica, 43, 1983.

CAPEL, H. y col.: Ciencia para la burguesía, Barcelona, Universidad, 1983.

CAPEL, H. y col.: La geografía ante la reforma educativa, Geocrítica, 53, 1984.

CAPEL, H. y col.: Geografía para todos. La Geografía en la enseñanza española durante la segunda mitad del siglo XIX, Barcelona, Los Libros de la frontera, 1985.

CARDENAS OLIVARES, M^a. I.: La formación de maestros en España. La Normal de Murcia y la docencia de la geografía (1914-1976). 3 vol., Murcia, Tesis de Doctorado, 1986.

CLAVAL, P.: Evolución de la geografía humana, Barcelona, Cikos-Tau, 1974.

CLAVAL, P.: Methodology and Philosophy, Progress in Human Geography, 6, 449-454, 1982.

CUETO ESPINAR, D.: La aparición de nuevos paradigmas en las ciencias sociales: el caso de la Geografía, Rev. Estudios Geográficos, 35-45, 1978.

CHORLEY, R.: Metodología de la geografía, Madrid, Instituto Editorial Reus, 1950.

ESTEBANEZ, J.: Tendencias y problemática actual de la geografía, Cuadernos de Estudio, 1, Madrid, 1982.

GOMEZ MENDOZA, J. y col.: El pensamiento geográfico, Madrid, Alianza, 1982.

HARVEY, D.: Geografía y teoría revolucionaria (I y II), Geocrítica, 4 y 5, 1976.

LACOSTE, Y. y col.: Geografía, ideologías, estrategias espaciales, Madrid, Dédalo Ediciones, 1977.

RACINE, J.B.: Discurso geográfico y discurso ideológico: perspectivas epistemológicas, Geocrítica, 7, 1977.

STODDART, D.R. y GRANO, O.: ¿Paradigmas en Geografía?, Geocrítica, 40, 1982.

TABLA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DIFERENTES AREAS EN LOS PLANES DE ESTUDIO (1914-1971)

Areas	Plan 1914	Plan 1931	Plan 1942	Plan 1945	Plan 1950	Plan 1967	Plan 1971
Profesional	14%	45%	12.5%	34.8%	19%	50%	38%
Cultural	65%	23.5%	33.4%	21.6%	30%	19%	31%
Técnicas	12%	23.9%	32.1%	18%	21%	17%	17%
Ideológicas	6%	4%	21.9%	30.4%	26%	12%	6%

Fuente: Elaboración propia a partir de las normas que regulan los distintos planes de estudio.

TABLA 2

EVOLUCION DEL PORCENTAJE HORARIO EN LAS DISTINTAS DISCIPLINAS

Disciplinas	Planes estudio						
	1914	1931	1942	1945	1950	1967	1971
Geografía	15	2.4	6.2	3.6	4.1	1.9	7
Historia	15	2.4	6.2	3.6	4.1	1.9	8
Matemáticas	11	2.4	7.3	3.6	6.8	5	4.3
Lengua	15	4.8	7.3	3.6	8.2	5.6	--
C. Naturales	3	2.4	3.1	3.6	2.7	2.2	--
Física-química	3	4.8	3.1	3.6	4.1	2.2	--

Fuente: Elaboración propia a partir de las normas que regulan los distintos planes de estudio.

TABLA 3

LOS PROFESORES DE GEOGRAFIA EN LA ESCUELA NORMAL DE MURCIA (1914-1976)

Periodos	Profesores por orden incorporación en cada periodo	Años
E. Normal de Maestras (1914-31)	Julia Fernández del Campo Rosalfa Fernández del Campo Adela Esteve Rodríguez Dolores Caballero Muñoz	1914-17 1917-23 1923-29 1929-31
E. Normal de Maestros (1914-31)	Luis Antón Cano Manuel Sala Pérez Eugenio Ubeda Romero	1914-20 1920-25 1925-31
E. Normal Magisterio Primario (1931-39)	Dolores Caballero Muñoz Luis Antón Cano	1931-33 1933-39
E. Magisterio Femenina (1940-65)	Luis Antón Cano Isidoro Reverte Isabel Alarma Isidoro Reverte	1939-48 1948-53 1953-55 1955-65
E. Magisterio Masculina (1940-65)	Luis Antón Cano Isidoro Reverte	1939-48 1948-65
E. Magisterio "S. Isidoro" y E. de Formación del Profesorado de LGB (1965-76)	M. Teresa Pérez Picazo Consuelo Delgado Cortada Isabel Cárdenas Olivares Catalina Albacete M. Dolores Marcos	1965-74 1966-74 1974-76 1974-76 1974-76

Fig.: Elaboración propia a partir de las actas de la Escuela Normal de Murcia.

TABLA 4

DISTRIBUCION DE TEMAS EN LOS PROGRAMAS DE GEOGRAFIA CORRESPONDIENTES AL PLAN 1914

Asignaturas (plan 1914)	N°temas	Evolución geografía	Tierra planeta	Aspectos físicos	Climatología biogeografía	Sociales económico	Regional	Didáctica
Nociones generales de geografía y geog. regional (1°Curso)	18	-	4	2	4	7	-	1
Geografía Española (2°Curso)	22	-	-	4	5	12	1	-
Geografía Universal (3°Curso)	32	-	-	-	-	-	-	-
Ampliación geográfica. España (4°Curso)	34	1	-	9	6	5	9	4
Total	106	1	4	15	15	24	10	5

Fte.: Programas geografía de los diferentes planes de estudio. Elaboración propia.

DISTRIBUCION DE TEMAS EN LOS PROGRAMAS DE GEOGRAFIA CORRESPONDIENTES AL PLAN 1931

Asignaturas (plan 1931)	Nº temas	Evolución geografía	Tierra planeta	Aspectos físicos	Climatología biogeografía	Sociales económico	Regional	Didáctica
Metodología de la geografía (2º Curso)	22	3	-	-	-	5	1	13
Cuestiones económicas y sociales* (3º Curso)	18	-	-	-	-	-	-	-

*Encargada al profesor de geografía o de historia, pero de contenido económico.
Fte.: Programas de geografía de los diferentes planes de estudio. Elaboración propia.

TABLA 6

DISTRIBUCION DE TEMAS EN LOS PROGRAMAS DE GEOGRAFIA DE LOS PLANES 1945 Y 1950

Asignaturas (planes 1945 y 1950)	Nº temas	Evolución geografía	Tierra planeta	Aspectos físicos	Climatología biogeografía	Sociales económico	Regional	Didáctica
Geografía de España y su metodología (1º Curso)	15	1	-	1	2	1	5	5
Geografía Uni- versal y su metodología (3º Curso)	21	7	-	-	-	1	9	4

Fte.: Programas de geografía de los diferentes planes de estudio. Elaboración propia.

TABLA 7

DISTRIBUCION DE TEMAS EN LOS PROGRAMAS DE GEOGRAFIA CORRESPONDIENTES AL PLAN 1967

Asignaturas (plan 1967)	Nº temas	Evolución geografía	Tierra planeta	Aspectos físicos	Climatología biogeografía	Sociales económico	Regional	Didáctica
Didáctica de la geografía (1º Curso)	39	1	-	-	-	2	13	23

Fte.: Programas de geografía de los diferentes planes de estudio. Elaboración propia.

TABLA 8

DISTRIBUCION DE TEMAS EN LOS PROGRAMAS DE GEOGRAFIA CORRESPONDIENTES AL PLAN 1971

Asignaturas (plan 1971)	Nº temas	Evolución geografía	Tierra planeta	Aspectos físicos	Climatología biogeografía	Sociales económico	Regional	Didáctica
Geografía: general (1º Curso)	13	1	1	5	2	4	-	-
Geografía de España (2º Curso)	8	-	-	3	2	3	-	-
Didáctica de la geografía (2º Curso)	11	-	-	-	-	-	-	11
Geografía del mundo (3º Curso)	5	-	-	-	-	1	4	-

Fte.: Programas de geografía de los diferentes planes de estudio. Elaboración propia.

ALUMNOS MURCIANOS EN EL REAL COLEGIO DE CIRUGIA DE CADIZ EN EL SIGLO XVIII.

Cabrera Afonso, J.-R.; Fuentes Ximénez, J.-L.; Herrera Rodríguez, F.
Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

Dentro de la línea que nos hemos marcado fichar, catalogar y estudiar a todos los profesores y alumnos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, centrada de momento en le Siglo XVIII, ya que hemos abordado el estudio de los colegiales procedentes de la Región Valenciana y de Hispanoamérica (1), y en esta ocasión lo hacemos con los colegios de origen murciano.

Hemos expresado en otras ocasiones que los primeros colegiales de esta Institución procedieron de los practicantes de los Hospitales de los Departamentos Marítimos de Cádiz, El Ferrol y Cartagena, según puede deducirse del Estatuto fundacional (2), lo cual, en buena lógica explicaría la abundancia de individuos que procedentes de estas ciudades debían haber ingresado en el Colegio, cosa que aún no hemos podido constatar, puesto que, si tomamos como punto de referencia sólomente los diez primeros años de andadura del Colegio, que son los directamente tutelados por Pedro Virgili antes de ser destinado a la Corte, sólo se cumple ésto en relación a los colegiales procedentes de Andalucía (3) que suman 90, pero no en relación a Galicia, cinco, y menos a Murcia, con sólo tres alumnos en esta primera época, si bien hemos de hacer notar que en los Libros del Colegio no consta la procedencia de aproximadamente el 37,5% de los colegiales de estos diez primeros años, lo que podría explicar esta falta de concordancia con nuestras deducciones archivísticas.

También es cierto que la abundancia de andaluces entre ellos en estos primeros años pudiera estar explicada simplemente por razón de proximidad, no en vano, ya Virgili se expresaba en los momentos fundacionales en el sentido de no dejar de admitir en el Colegio a todo joven que manifestase deseo de ser Colegial (4), puesto

que, al ser una Institución novedosa, no deberían de ser frecuentes las vocaciones lejanas y no deberían despreciarse las cercanas.

Hemos llamado la atención también en otras ocasiones acerca de la relación familiar y/o origen existente entre distintos colegiales y sus Maestros, no sólo en los momentos iniciales, sino a lo largo de toda la Historia del Real Colegio, y con mayor frecuencia durante el siglo XVIII. Ejemplo de ésto lo podemos ver en el colegio Antonio Guiamet y Virgili, sobrino de Pedro Virgili, ambos tarraconenses; o en el colegio Domingo Villaverde, posible familiar de Francisco Villaverde, ambos de la asturiana Pola de Siero (5); ésto mismo tendremos ocasión de comprobarlo entre los alumnos murcianos, que luego comentaremos.

Pero, una vez pasada esta primera década fundacional, el Colegio gaditano pudo hacerse más selectivo, puesto que por su prestigio acudieron a él jóvenes de todas las Regiones de la Nación, incluida Ultramar, así como de algunos países extranjeros (6). En ésto tuvieron mucho que ver los cirujanos formados en dicha institución ilustrada, por lo que es lógico pensar que los colegiales futuros saldrían de las zonas en que se recibió influencia de dichos profesionales, es decir, las zonas aledañas de los grandes puertos y fundamentalmente los puertos en que se localizaban los Departamentos Marítimos, y no olvidemos que Murcia cumple estas condiciones por medio de Cartagena.

También es lógico considerar que los cirujanos navales formados en el Colegio, a la hora de pensar en el futuro de sus propios hijos no descartasen el enviarlos a Cádiz para realizar la misma carrera que ellos, cosa que no siempre podemos confirmar, dado el tipo de estudio preliminar que estamos realizando, pero que en ocasiones sí hemos comprobado, como también tendremos oportunidad de ver entre estos colegiales murcianos dieciochescos que comentaremos.

Estas premisas son, entre otras cosas, las que nos están impulsando a hacer una revisión sistemática de los distintos "Libros de Matrícula" y de "Procesus Collegiarum" del Real Colegio de Cirugía de Cádiz a fin de afectar una conveniente indicación, catalogación

y microfilmación de estas fuentes históricas, y a la postre facilitar su utilidad y conservación. En esta ocasión hemos contrado nuestra atención en los alumnos de origen murciano que durante el siglo XVIII vinieron a formarse en el Colegio.

En nuestra búsqueda hemos localizado 28 colegiados que, procedentes de la Región Murciana, vinieron a estudiar en el Real Colegio de Cirugía gaditano durante el siglo XVIII, lo que la sitúa -si descontamos el 11,77% de colegiales cuya procedencia desconocemos-, en el tercer lugar, según el número de individuos aportados, inferior a los procedentes de Andalucía y Cataluña, y superior en número a los alumnos Asturianos, Gallegos, Extranjeros (incluyendo Hispanoamericanos), Castellanos, Navarros, Valencianos, Aragoneses, Baleares, Canarias y Extremeños, referidos en orden descendiente (7).

El número de murcianos en el Colegio durante el siglo XVIII es realmente escaso, aún contando con que ocupan el tercer lugar entre los de las demás regiones, nótese que de Andalucía y Cataluña se inscribieron 778 y 147 Colegiales respectivamente, lo que significa una gran diferencia con los 28 murcianos, sobre todo contando con que en esta región estaba situado el Departamento Marítimo de Cartagena. No encontramos explicación puntual a este escaso número, aunque pudiera estribar, como ya hemos expresado (8), en que la Navegación de Cabotaje, al permitir dirigirse rápidamente a puerto en caso de necesidad médico-quirúrgica, hiciese innecesaria en la zona mediterránea la presencia de cirujanos a bordo, cosa obligatoria en la Navegación de Altura, para la que eran formados los cirujanos gaditanos. Otra razón pudiera estar en que, entre los 142 colegiales cuya procedencia no hemos localizado, pudieran abundar los murcianos, nivelando así su número, que a nuestro entender debería aproximarse al de catalanes, como mínimo.

Con respecto a los 28 Colegiales murcianos localizados, uno procedía de Alumbres, otro de Cinco Alquerías, dos de Moratalla, cuatro de Murcia, cinco de Lorca y 15 de Cartagena; el que la mayoría fuese de este Puerto queda explicado por la relación de sus naturales con los cirujanos navales del Departamento formados en Cádiz,

y porque si tan sólo de dos poderes se trata, es claro la certeza que sus padres estudiaron en Cádiz, no es menos cierto que tenemos una relación familiar directa de la mayoría, que no hemos podido comprobar de momento. Con referencia al resto de los procedentes, existe frecuentemente una clara afinidad de apellidos entre sí o entre otros profesionales ya formados, muestra de ello es que los dos colegiales procedentes de Moratalla se apellidan Guillón, y dos de los cinco lorquinos tienen apellido común de Castillejo.

La extensión de un trabajo de este tipo (Comunicación a Congreso), nos limita de momento a ofrecer noticia de dichos colegiales murcianos, ordenada cronológicamente según la fecha de ingreso en el Real Colegio, según los datos localizados en los Archivos de dicha Institución, depositados en la Facultad de Medicina de Cádiz, y completados en ocasiones, con otros procedentes del Archivo General de Simancas. En la actualidad estamos intentando profundizar en ellos a través del estudio de sus expedientes existentes en los archivos de Marina.

Por supuesto que hemos hecho una búsqueda en los Repertorios Bio-Bibliográficos usuales (9) a fin de localizar una posible actuación científica posterior de cualquiera de estos profesionales, que se ha mostrado infructuosa, salvo en relación a uno de ellos, Antonio Rancé y Durán (núm. 15), del que la Bibliografía Médico-Científica Gaditana del Prof. Orezco (10) nos ha mostrado un impreso que hemos estudiado en otra ocasión (11). Así mismo, tenemos localizado otro impreso de otro murciano, Domingo Castillejo Muñoz (núm. 4), no mencionado en dichos Repertorios y que estudiamos en otra Comunidad a este Congreso. Por último, como "colegial-puente" entre los dos siglos, tenemos la extraordinaria figura de Francisco Javier Laso de la Vega, de quien las bio-bibliografías también nos han aportado referencias suficientemente conocidas, por lo que no abordaremos su estudio.

Tras estas premisas, que nos parecían necesarias, pasamos a mencionar los colegiales murcianos localizados en los libros del Real Colegio, especialmente en el Libro de Servicio de los Profesores..., en los Libros de Matrícula, y en los de "Processus Collegiarum",

que son los siguientes:

1.- DOMINGO LUCAS ALVAREZ:

Natural de Cartagena, diócesis de la misma, ingresó en el Real Colegio de Cádiz el 16 de septiembre de 1756. En 1757 fué elegido Practicante Mayor de Cirugía y el año 1758 fué promovido al empleo de Segundo Cirujano de la Armada, lo cual indica un buen aprovechamiento. No existen deméritos en su expediente, ni tenemos noticias posteriores (12).

2.- JOSE APARICIO:

Natural de Murcia, Obispado de la misma, entró a ser colegial el 3 de noviembre de 1756. Consta que justo un año después salió "para Cartagena" y que se le volvió a dar viaje. Tampoco existe deméritos en su expediente, ni tenemos otras noticias de su actuación posterior (13).

3.- LEANDRO LOPEZ DEL CASTILLO:

Natural de Cartagena de Levante, empezó a estudiar en el Real Colegio el 27 de septiembre de 1757. En los exámenes del siguiente año estuvo muy mal, constando que en diciembre del mismo año de 1758 estuvo en la cárcel "... por haber ultrajado de palabras a Ciertos Colegiados y tomado la justicia por sus manos" y tenemos fundadas sospechas de que participó en un Motín que tuvo lugar en el Colegio en dicho año. Por todo ello, se le ordenó que presentase un memorial para retirarse del servicio por falta de talento, aplicación y conducta, concediéndosele la licencia en julio de 1759 (14).

4.- DOMINGO CASTILLEJO MUNOZ:

Natural de Lorca, entró de colegial el 5 de mayo de 1759, ascendiendo finalmente a Segundo Cirujano en 1764, al parecer. Fué buen estudiante y posteriormente Profesor del Real Colegio Gaditano. Sus aportaciones, manuscritas e impresas, justifican que le dediquemos una Comunicación aparte en este mismo Congreso, por lo que obviemos toda otra referencia (15).

5.- JUAN ROQUE GARCIA:

Natural de Murcia, según unas referencias, y de Lorca según otras, ambas pertenecientes a la Diócesis de Murcia, empezó

a estudiar en el Real Colegio el 18 de septiembre de 1760 y falleció en el Real Hospital de Cádiz el 19 de mayo de 1761, sin llegar a tan siquiera a realizar su primer examen general (16).

6. JUAN GARCIA ROSILLO:

Colegial desde el 28 de abril de 1763, era natural de Cartagena de Levante, de igual Diócesis, hijo de Antonio y Ana Maria García. El 13 de octubre del mismo año figura como calificado de Bueno de Osteología, nota que repitió en 1764, obteniendo además censura de Mediano de Anatomía, Fisiología e Higiene. Poco después, el 2 de noviembre, falleció (17).

7.- JUDAS TADEO CASTILLEJO CATILLEJO:

Al igual que su probable familiar ya mencionado, Domingo Castillejo, era Judas Tadeo natural de Lorca, Diócesis de Murcia, quien entró a estudiar en el Real Colegio el 21 de enero de 1767 con 18 años de edad. Sus padres, Bartolomé y Ana, eran primos. Fué su tío José Carrasquilla, administrador de los almacenes de Provisión de la Tropa de Cádiz.

En los exámenes de todos los años de su carrera, y en todas las materias (18), tuvo calificaciones de Muy Bueno (1767), Sobresaliente (1768), y Excelente (1769-1770). En este último año disertó públicamente sobre el mecanismo de la Respiración, y en 1771 sobre la Operación de la Cesárea, y en octubre de este año, dado su magnífico expediente fué premiado con el Ascenso a Cirujano Primero de la Armada.

Durante su estancia de Colegial fué Vice-Rector desde mayo de 1769, Practicante Mayor de Medicina desde diciembre de este mismo año, y Rector desde octubre de 1770.

En el espacio de tiempo que tardó en venir su ascenso de la Corte, se le destinó a hacer un viaje "en Flota" de Cirujano Moercante en el Navío "El Matamoros" (marzo de 1772).

A pesar de mostrarse durante su estancia en el Colegio como un alumno inteligente y aprovechado, también tiene anotados en su expediente algunos deméritos, como el haber sido arrestado a no salir durante un mes del Colegio porque salió una noche durante

un tiempo breve "...á la Esquina de el Hosp.^l como dixo, p.^s no se le pudo averiguar más". Además parece ser que las amistades fuera del Colegio no eran buenas y por ello se le "...limitó Comp.^o para Salir..."; y finalmente, en una última nota se puede leer que "...era perturbador de la Casta Ignocencia (sic), y poco estable en sus pareceres, y determinacion^s." (19).

8.- JOSE SALVADORES MARTINEZ:

Hijo de Joaquín y Antonia, natural de Cartagena de Levante, de igual Diócesis, entró a ser Colegial con 17 años de edad, el 21 de julio de 1767. Su fiador fué Francisco Díaz, de Cádiz.

Su padre, Joaquín Salvadores, cirujano de la Armada, había presentado el mismo año de su ingreso en el Colegio (1767), una "Obervación" a la Asambela de dicha Institución gaditana, según la cual se trasluce que era Cirujano Mayor del Real Hospital de Orán (20).

José fué un alumno medio, ya que en los dos primeros años de su estancia fué calificado de Bueno en todas las Materias y en los dos siguientes -y últimos- de Mediano. Entre sus deméritos consta que estuvo dos meses sin licencia en 1768 porque indujo "...á otro á cosas indecentes", también estuvo castigado y en la cárcel en varias ocasiones, fundamentalmente por haber salido de noche sin permiso y haberse quedado fuera del Colegio.

Finalmente, el 8 de noviembre de 1770, ascendió a Segundo Cirujano de la Armada (21).

9.- FRANCISCO GUILLEN LOPEZ:

Hijo de Juana y Francisca, era natural de Mortalla, Obispado de Murcia, y empezó a estudiar en el Colegio el 19 de diciembre de 1769 con 17 años de edad. Su fiador fué Diego Romero, vecino de Cádiz.

Fué un aventajado Colegial, como lo demuestra el que fuese calificado de Excelente en todas las materias de su curriculum, desde 1770 hasta 1772 inclusives, y que sin llegarse a examinar en 1773, fuese destinado en agosto de dicho año como Cirujano Mercante, para viajar al parecer a Lima. Durante su estancia en el Colegio se le nombró Practicante Mayor en 1772 y se le eligió Rector del

Colegio por su conducta y aplicación, en marzo de 1773.

Consta que estuvo ocho días encarcelado por haber permanecido una noche fuera del Colegio, si bien estuvo durmiendo en el Hospital por haber llegado algo tarde. Sin embargo, y a pesar de este arresto, su valía hizo que no fuese necesario que se reincorporase al Colegio tras realizar su viaje de Cirujano Mercante, sino que se le consideró como finalizados sus estudios.

Parece ser que se quedó definitivamente en Lima (22).

10.- LEANDRO HERNANDEZ FARFAN:

Entró a estudiar en el Colegio gaditano a los 20 años de edad, el 10 de mayo de 1771, siendo natural de Cartagena e hijo de Manuel y Nicolasa. Fué su fiador Antonio Rodríguez, natural y vecino de Cartagena.

En todas las asignaturas de su carrera obtuvo censura de Bueno, excepto en Patología y Terapéutica (Mediano el primer año y Bueno el segundo) y en Materia Médica y Medicina Práctica, que fué Mediano.

Durante sus estudios, además de haber vuelto a Murcia durante dos meses a convalecer de no se sabe qué enfermedad, se le destinó en enero de 1775 a Alhucemas como Practicante, de donde volvió en mayo.

Entre sus deméritos tan sólo constan un par de arrestos por haber manteado a unos peluqueros y por haber alborotado en el refectorio.

Fué destinado como Cirujano a un Navío Mercante y finalmente se quedó en un Regimiento de Buenos Aires (23).

11. SEBASTIAN GUZMAN DE TORRES:

Cartagenero, hijo de Sebastián y Florentina, empezó a estudiar en Cádiz, a los 19 años de edad, el uno de octubre de 1771, siendo su fiador el vecino de dicha ciudad, Carlos Antonio Dangla.

Fué un estudiante aprovechado, pasando por ello un año antes de lo común directamente al segundo curso de su Carrera, en el que aparece calificado de Bueno en Huesos, Anatomía, Fisiología e Higiene (1772). En septiembre del mismo año se le nombró Maestro

de Sangrías. En 1773 también obtuvo censura de Bueno en Patología y Terapéutica, además de las anteriores, y en 1774 fué Bueno en éstas, en Operaciones y en Materia Médica, y Mediano en Medicina Práctica. En enero de 1775 se le destinó -junto con el colegial mencionado anteriormente- al Hospital del Presidio de Alhucemas, de donde regresó igualmente el dos de mayo para continuar sus estudios en el colegio. En el "Estado de los Exámenes" de 1775 consta con iguales calificaciones que el año anterior, a excepción de Medicina Práctica, en que figura como enfermo, pero sabemos que también estuvo Mediano.

En diciembre de este último año se le destinó como Cirujano Mercante para Buenos Aires, de donde regresó en agosto de 1776, volviendo allí en el mismo mes habilitado de Segundo Cirujano en la Fragata "Júpiter", en cuyo viaje se dió por cumplido el período de estudios. Posteriormente realizó varias travesías en distintos buques y la última noticia que de él tenemos corresponde al 26 de enero de 1782, en que se sabe que era Cirujano Segundo del Navío "San Luís", que estaba en La Habana.

Sólo existen dos referencias entre los deméritos, que son del tenor siguiente: "Estuvo en la Cárcel por haver ayudado á quitar una Sandía" y que "Es de Genio Resuelto" (24).

12.- JOSE RIVILLA ROSIQUE:

Natural de Cartagena de Levante, con 19 años de edad empezó a estudiar en Cádiz el 8 de junio de 1773. Era hijo de Luis y Gerónima y su fiador fué D. José Cazorla, natural de Cádiz.

En 1773, 1774 y 1775 se le calificó de Bueno en todas las materias de los tres primeros cursos a excepción de Patología y Terapéutica de este último año cuya nota fué de Malo.

En abril de 1776 se le comisionó como Cirujano Mercante para un viaje en el buque "La Begoña", de D. Manuel Rivero y parece ser que posteriormente desertó.

El único demérito que consta en su expediente es el que estuvo en la cárcel por haber ayudado a quitar una Sandía probablemente la misma que produjo el mismo castigo en su paisano anteriormente referenciado (25).

13.- ANTONIO GUILLEN BALLESTEROS LOPEZ:

Hijo de Juan y Francisca y natural de Moratalla, Obispo de Murcia, entró en el Colegio el cinco de agosto de 1773 con 17 años de edad, sin que conste su fiador.

Fué, al igual que el colegial que mencionamos en noveno lugar y que parece ser hermano suyo, un aventajado estudiante, no en vano apenas dos meses después de iniciados sus estudios sufre el primer examen general, en que se le califica de Bueno en "Generalidades de Huesos"; todas las demás calificadas en todas las Materias y todos los años (1774-1776) en que aparece en los "Estados de los Exámenes Generales" que anualmente habían de ser enviados a la Corte, están censuradas como Excelente, excepción hecha de la última, Medicina Práctica, en que fué Mediano, como la mayoría de sus compañeros.

En diciembre de 1776 se le habilitó de Segundo Cirujano para viajar a Buenos Aires, del que regresó enfermo en agosto de 1778, dándosele tres meses de permiso para reponerse. Volvió a habilitársele de Segundo desde febrero del siguiente año, y de Cirujano Primero para el Navío "San Justo" desde octubre de 1781, finalmente, previa otra licencia por enfermedad, ascendió a Segundo el 4 de octubre de 1782, al parecer, estando destinado "al Trocadero".

No existen deméritos en su expediente ni tenemos noticias posteriores (26).

14.- MIGUEL GARCIA BAYONA:

Hijo de Nicolás y María, entró a ser colegial el 28 de octubre de 1774 a la edad de 20 años. Era natural de Cinco Alquerías, Obispado de Murcia, y su fiador en el Colegio fué el vecino de Cádiz, Antonio Pérez de Mena.

Durante sus estudios se reveló como un alumno aventajado, y por ello, en los Exámenes Generales de 1775 figura entre los examinados de Osteología, Anatomía, Fisiología e Higiene (2º curso) con la calificación de Bueno en cada una de ellas, y en 1776 obtuvo en todas estas asignaturas y en Patología y Terapéutica, censura de Muy Bueno en cada una de ellas. Además, en octubre de 1775 había sido nombrado Director, cargo que se le daba a los aventajados en

Anatomía, y posteriormente se le destinó al Jardín Botánico. Finalmente se le habilitó de Segundo Cirujano para viajar a Cartagena, el 25 de marzo de 1777, de donde volvió en mayo, y posteriormente pasó a Cirujano Mercante.

La última noticia que de él tenemos corresponde a 1778, en que se encontraba en Buenos Aires, donde al parecer desertó.

Sólo existe una nota negativa en su expediente: que fué castigado ocho días a pan y agua por haberse quedado una noche fuera del Colegio (27).

15.- ANTONIO RAMON RANCE Y DURAN:

Natural de Cartagena, entró a estudiar en el Colegio gaditano el 8 de octubre de 1777 con 16 ó 17 años, era hijo de Juan Rancé, también cirujano y al parecer también alumno de Cádiz, profesor del Colegio de Barcelona desde 1760 y autor de dos "Observaciones" manuscritas presentadas al Colegio de Cádiz, en 1754 y 1762 (28) y de dos impresos, una Oración Inaugural (Barcelona, 1770) y su Tratado Theorico-Practico de Materia Medica (Barcelona, 1773) (29). Su fiador en el Colegio, al no estar su padre en Cádiz, fué D. Francisco Gómez.

Por habernos ocupado de su biografía y aportaciones en otra ocasión (30) tan sólo haremos ahora una somera referencia a ellas.

Fué un buen estudiante que consiguió obtener todos los hitos de su carrera llegando a Doctor en Cirugía y luego en Medicina, así como fué Disector Anatómico, Profesor de Enfermedades de Ojos, Catedrático de Anatomía y Catedrático de Geometría y Física. Estuvo pensionado en París y Edimburgo para instruirse en la Oftalmología y Anatomía: en esta última Ciudad fué discípulo de Alexander Monro Secundus.

Entre noviembre de 1791 y abril de 1812, defendió cuatro "Observaciones" y dos Censuras y un Dictamen a otras tantas, en las Asambleas del Colegio de Cádiz (31), y en este año de 1812 publicó su libro El Instructor Anatomico ó modo de preparar y conservar las partes de cuerpo humano... (32), que constituye la única aportación monográfica española sobre técnica anatómica hasta su momento.

Antonio Rancé falleció en mayo de 1831 en Cádiz (33).

16.- JOSE AVILES:

Natural de Murcia y del que sólo sabemos que era hijo de Juan y que ingresó en el Colegio el tres de diciembre de 1779 con 20 años de edad.

No consta ni el nombre de su madre, no del fiador, ni Méritos, ni Deméritos. Tan sólo se refiere que falleció, sin constar la fecha, por lo que especulamos que hubo de ser antes de septiembre de 1780 (34).

17.- MAURICIO VENTURA:

Natural de Cartagena de Levante, hijo de Pascual, entró a estudiar en el Colegio el 23 de agosto de 1780 con 19 años de edad, siendo su fiador el Capellán de la Bomba D. Antonio Marín.

No se examinó en 1781 por estar enfermo, si bien se le calificó de Mediana Conducta. En 1782 obtuvo igual Calificación en Osteología, Anatomía, Fisiología, Higiene y Conducta, y en 1783 se le dió la licencia absoluta por "... su inaplicación y mala conducta", constando previamente distintos castigos en sus Deméritos (35).

18.- ANDRES LUCAS ALVAREZ:

También cartagenero, hijo de Domingo (36), empezó a estudiar en Cádiz, con 18 años de edad, el 21 de septiembre de 1780, siendo su fiador D. José de Flores.

En 1781 fué Mediano en Generalidades, Osteología, Talento y Conducta, cuya nota repitió en 1782 en todas las anteriores además de Anatomía, Fisiología e Higiene. No se examinó más, puesto que por "desidioso", por no levantarse a estudiar, por no socorrer a un enfermo durante una hemorragia, y por no corregirse "... en asuntos indecorosos", después de ser castigado, terminó siendo expulsado del Colegio en mayo de 1783 (37).

19.- JOSE ANTONIO DE FLORES (¿FRANCO?):

Cartagenero también, hijo de Ignacio y "Polonia", inició sus pasos en el Colegio el 12 de julio de 1781, figurando como fiador D. Luis (Marqués?) de Castro.

En 1781 fué Mediano en Generalidades, Talento y Conducta,

y en 1782. Buena Conducta y Mediano en Osteología, Anatomía, Fisiología e Higiene. En 1783 estaba enfermo y se le calificó de "Corto" en todas las materias.

Estuvo castigado a pan y agua en distintas ocasiones y por distintas causas, así como ingresó en la Cárcel el 20 de febrero de 1784, última noticia que tenemos de él, puesto que falleció sin finalizar sus estudios (38).

20.- FRANCISCO MORON ALABASTRO:

Hijo de Alonso y Rosalía, natural de Cartagena, empezó a estudiar en el Colegio el 5 de febrero de 1784, siendo su fiador Guillermo Amer.

Al parecer fué un estudiante aplicado que recibió calificaciones de Muy Bueno en 1784, 1785, 1786 y 1787; desde abril de 1785 fué Maestro de Sangrías y posteriormente se le nombró Practicante Mayor.

La última referencia que de él conocemos es que ascendió a Segundo Cirujano por Real Orden de 16 de julio de 1788 (39).

21.- CAYETANO DE FUENTES DE RAMOS:

Natural de Murcia, hijo de Francisco y de Josefa Ignacia, inició sus estudios en el Colegio Gaditano con 18 años de edad el 16 de diciembre de 1785.

Las únicas referencias que de él tenemos nos informan que en los exámenes de 1786, 1787, 1788, 1789 y 1790 se le calificó de Mediano.

Desconocemos otros méritos y destino posterior, así como su fiador durante su estancia en el Colegio (40).

22.- CASIMIRO SAMPERE (O SEMPERÉ) GIMENEZ (O JIMENO):

Hijo de Nicolás y Catalina, era natural de Murcia y empezó de colegial el 2 (ó 17) de octubre de 1793, con 20 años, y siendo su fiador el vecino de Cádiz D. Diego Lostau. Se le admitió tras "... haber sido examinado, y aprobado en latinidad, y filosofía, teniendo todas las circunstancias prevenidas por Reales Ordenes".

Fué mejorando a medida que avanzaba en sus estudios puesto que en los tres primeros cursos y parte del cuarto sus calificaciones

fueron de mediano; el resto de cuarto y quinto (1798) fueron de Bueno; no constan las calificaciones del sexto curso, según costumbre (41).

En noviembre de 1798 se le expidió el Grado de Bachiller en Artes.

En junio de 1807 estaba destinado en el Departamento de Cartagena, a donde se la remitió el Grado de Bachiller de Medicina, tras haber sido aprobada la disertación que envió al Colegio (42).

23.- JUAN MARIANO ROSELLO CARRERAS (O CANERAS):

Hijo de Francisco y María Teresa, natural de Lorca (Obispado de Cartagena), entró de colegial el 10 de agosto de 1795 con 17 años de edad, siendo su fiador el vecino de Cádiz D. José Lasaleta.

En los exámenes de 1796 fué Mediano en Anatomía y Física Experimental; en 1797 obtuvo Sobresaliente en Anatomía, Física, Fisiología y Vendajes, y Bueno en Patología; en 1798 fué Bueno en todas las materias menos en Patología, que obtuvo Sobresaliente. Finalmente en 1799 y 1800 obtuvo calificación de Bueno en todas las asignaturas.

El 22 de abril de 1800 se examinó ante tribunal para obtener el Grado de Bachiller en Artes (Bachiller Físico), saliendo aprobado por unanimidad, tras lo cual hizo los juramentos de rigor.

Desconocemos otras noticias de este colegial (43).

24.- ANTONIO TOMAS DE MIRAS:

El mismo día que el anterior, empezó a estudiar este colegial en Cádiz, siendo también de igual origen y de 20 años de edad. Era hijo de Bartolomé y Catalina y su fiador fué Fr. Francisco Arroyo, capellán de la Armada.

Sus calificaciones entre 1796 y 1799 fueron Buenos en todas las Materias a excepción de Anatomía en el primer año y Botánica en el cuarto, en que obtuvo Mediano.

En junio de 1800 aprobó el examen de Bachiller en Artes, debiendo fallecer poco después.

No constan deméritos en su expediente (44).

25.- PABLO MARENGO MANZANARES:

Cartagenero, hijo de Juan y Fulgencia, empezó sus estudios a los 16 años, el 6 de septiembre de 1797 tras haber sido examinado

y aprobado de "Latínidad y Filosofía" y cumpliendo también todos los requisitos de Ordenanza. Su fiador fué D. Manuel Seuridet.

Sólo sabemos de él que se examinó en 1798 obteniendo censura de Mediano en todas las materias, y que posteriormente se Licenció, sin constar causa ni razón (45).

26.- FERNANDO MARIA XIMENEZ MONTESINOS:

Hijo de Antonio y María, natural de Alumbres (Obispado de Cartagena), empezó a estudiar en el Colegio de Cádiz el 27 de septiembre de 1797, a la edad de 21 años. Su fiador fué D. Manuel Núñez.

Se mostró como un alumno muy aventajado obteniendo Sobresaliente en todas las asignaturas de los cuatro primeros años de su carrera, excepción hecha de la Anatomía de primero, en que obtuvo un Bueno. En quinto y sexto (1803) fué Bueno.

Posteriormente a esta fecha, tenemos constancia de que en noviembre de 1805 estaba en Cartagena, a donde se le remitió por medio del Ayudante Director del Hospital el punto que le tocó en suerte para confeccionar su disertación e fin de obtener el Grado de Bachiller en Medicina. Dicha disertación debía de ser entregada antes de 48 horas al Ayudante Director, quien tenía que devolverla a Cádiz. Consta que fué aprobada Nemine Discrepante y se le envió el título el 26 de enero siguiente.

En su expediente no consta ningún demérito (46).

27.- JOSE RANCE DE TORRES:

A la edad de 17 años inició su carrera este colegial, natural de Cartagena, el 10 de septiembre de 1798. Era hijo de Luis y Policarpa y su fiador fué el Profesor del Real Colegio y tío suyo Antonio Rancé, referenciado anteriormente (nº 15); por lo tanto, pertenecía a una ya ilustre familia de cirujanos latinos. Su padre también estudió en el Colegio desde 1771 (47).

Durante los seis cursos que realizó en el Colegio (1798-1804) obtuvo en todas las materias y todos los años, censura de Bueno, sin constar ningún demérito en su Expediente.

En septiembre de 1804 obtuvo el Grado de Bachiller en

Artes, tras el ejercicio verbal correspondiente, y el título de Licenciado en Cirugía Médica (Cirujano Latino), tras los ejercicios teóricos prácticos realizados en dos días consecutivos, por unanimidad del Tribunal.

Desconocemos datos posteriores de este individuo (48).

25.- FRANCISCO JAVIER LASO DE LA VEGA Y ORCAJADA:

Su figura es bien conocida por estudios previos, lo que nos exime de una referencia exhaustiva (49). Nació en Cartagena el 29 de diciembre de 1785. A los 15 años, el 6 de noviembre de 1800, ingresó en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, en septiembre de 1805 se le elige Practicante Mayor y en octubre obtiene el grado de Bachiller en Artes; en 1806 es Licenciado en Cirugía Médica, y en 1830 Doctor en Medicina y Cirugía.

Tras participar en la Guerra de la Independencia se le nombra Profesor del Real Colegio de Cádiz; funda en 1815 la Sociedad Médica de Cádiz, antecesora de la Sociedad Médico-Quirúrgica.

Aparte de su colaboración en las Asambleas del Colegio Gaditano (50) y en la Sociedad Médico-Quirúrgica (51), donde se encargó de su "Periódico", traduce las Cartas de Lallemand sobre las "Investigaciones anatomopatológicas sobre el encéfalo y sus dependencias" (1824-1826), así como en 1822 los Diálogos familiares de Dudon. En 1823 De las prisiones consideradas en su actual estado y según las reformas que deben experimentar con respecto a la higiene, a la moral y a la economía política, de Villermé (52).

En 1828 pronunció la Oración Inaugural para la Apertura de los Estudios del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, que es la primera historia escrita e impresa de esta institución (53).

En 1831 obtiene por oposición la plaza de Catedrático de Número del Real Colegio, encargándose de la Historia y Anatomía Médica.

Falleció en Cádiz, a los 51 años de edad, en noviembre de 1836.

En resumen, de los 25 colegiales murcianos documentados, tres disertaron, uno fué expulsado y tres fueron desahuciados por delincuencia.

las causas, así como cinco fallecieron durante su estancia en el colegio. De los 17 restantes, 14 continuaron su carrera en la Armada al parecer: dos se quedaron en Hispanoamérica (Lima y Buenos Aires), uno de ellos como Cirujano de un Regimiento; y del último no tenemos noticias posteriores (Cayetano de Fuentes).

De los 14 que al parecer continuaron en Marina, uno ascendió directamente a Primer Cirujano por premio, dada su excelente preparación; siete ascendieron a Segundo Cirujano, tres fueron Bachilleres en Medicina, uno Licenciado en Cirugía Médica y dos llegaron a Doctores.

También es preciso decir que según costumbre, varios de ellos, sobre todo los más preparados, fueron habilitados de Cirujanos, viajando como Cirujanos Mercantes durante su período de formación. Igualmente se les confirió a los sobresalientes distintos encargos colegiales durante sus estudios, tales como Rectores (dos), Maestros de Sangrías (dos), Practicantes Mayores (cinco), Bibliotecarios (dos), Disector, Encargado del Jardín Botánico, etc.

Finalmente, sólo nos resta expresar que nuestra aportación ha pretendido reflejar la venida de colegiales murcianos a estudiar en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz durante el siglo XVIII, que puede unir "cabos sueltos" de futuras investigaciones propias o ajenas (54) y, aunque el número de los localizados nos parece insuficiente, pensamos que tienen una suma importancia para la historia del Real Colegio y de la Medicina Naval Española, no sólo reflejada en las distintas actuaciones referenciadas al hablar de cada uno de ellos, tanto en Navíos, como en Prisiones, en Hispanoamérica, etc., sino por las aportaciones que especialmente los tres murcianos que llegaron a ser Profesores de esta Institución dejaron manuscritas e impresas y que hemos mencionado.

SIGLAS UTILIZADAS EN LAS NOTAS BIBLIOGRAFICAS:

A.F.M.C.= Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz.

A.C.S.= Archivo General de Simancas.

L.M.= Libro de Matrículas (Los libros de Matrículas 6, 7 y 12 corresponden a los "Processus Collegiarum").

NOTAS BIBLIOGRAFICAS:

1.- CABRERA AFONSO, J.R. y MARQUEZ ESPINOS, C.: Alumnos valencianos en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz durante el siglo XVIII. Comunicación oficial al "VII Congreso Nacional de Historia de la Medicina". Alicante, 1983; CABRERA AFONSO, J.R.: Alumnos Hispanoamericanos en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz durante el siglo XVIII. Comunicación oficial a las "II Jornadas de Historia de la Medicina Hispanoamericana". Cádiz, 1986. En Prensa.

2.- Cf.: "Reales Ordenes, y Decretos De Ministros é Yntendentes de España en favor de el Real Hospital de Cirujía, Real Colegio Seminario de Cádiz, é individuos, que le componen. Tomo I^o." (1708-1763). p.87. A.F.M.C.

3.- Nuestro estudio lo estamos haciendo agrupando a los Colegiales por Regiones, dado que, al no contar con informatización, sería muy dificultoso -en principio- agruparlos por provincias. En los primeros diez años del Colegio hemos computado un total de 286 alumnos, de los que corresponden: 90 a Andalucía (de ellos la cuarta parte son gaditanos) uno a Aragón, tres a Asturias, uno a Baleares, dos a Castilla, 68 a Cataluña, uno a Extremadura, cinco a Galicia, tres a Murcia, cuatro a Navarra, uno a Valencia y de los 107 restantes no consta la procedencia.

4.- Loc. cit. en n. 2. p. 516: Libro de Actas. Año 1751. (1751-1814). p. 52. A.F.M.C.; Cf. también: FERRER, Diego: Historia del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad. Cádiz. 1983. (2^a ed. Facsímil). p. 112.

5.- Cf.: L.M. 1. pp. 74, 100 y 168. A.F.M.C.

6.- Así lo manifiesta Ferrer, y nosotros lo hemos comprobado a través de los distintos Libros de Matrículas del Colegio. Cf.: FERRER, D.: Opus cit. p. 318; Cf. también los trabajos citados en la n.1.

7.- Los porcentajes aproximados de Colegiales que en el siglo VIII. (1749-1800) acudieron al Real Colegio, según su procedencia, son los siguientes:

Andalucía	:	64,51%
Cataluña	:	12,18%
Murcia	:	2,32%
Asturias	:	1,82%
Galicia	:	1,74%
Extranjero	:	1,24% (Sólo Hispanoamericanos: 0,60%)
Castilla, Navarra y Valencia	:	1,07% de cada una.
Aragón	:	0,41%
Baleares, Canarias y Extremadura	:	0,24% de cada una.
Sin procedencia	:	11,77%

Para calcular el total de alumnos del Colegio hemos partido de los datos de Braza, que vamos completando a lo largo del estudio, de ahí que nuestros porcentajes varíen a medida que estudiamos más

precedencia nueva. Cf.: BRAZA COMUELLO, F.: La enseñanza en el Real Colegio de Cirujanos de la Armada de Cádiz. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina de Cádiz. 1958.

9.- CABRERA AFONSO, J.R. y MARQUEZ ESPINOS, C.: Alumnos valencianos..., p. 2.

9.- Hemos consultado: GRANJEL, Luis S. y SANTANDER RODRIGUEZ, María Teresa: Indice de Médicos Españoles. Salamanca, 1962; GRANJEL, Luis S.: Bibliografía Histórica de la Medicina Española. 2 vols. Salamanca, 1965-66; CHINCHILLA, Anastasio: Anales Históricos de la Medicina en General y Biográficos-Bibliográficos de la Española en particular. Historia de la Medicina Española. 4 vols. Ed. Facsímil de la Johnson Reprint Corporation. New York and London, 1967; HERNANDEZ MOREJON, Antonio: Historia Bibliográfica de la Medicina Española. 7 vols. Ed. Facsímil de la Johnson Reprint Corporation. New York and London, 1967; LOPEZ PIÑERO, J.M.: PESET REIG, M. y GARCIA BALLESTER, L.: Bibliografía histórica sobre la Ciencia y la Técnica en España. Valencia-Granada, 1973. 2 vols.; FERNANDEZ ARAUJO, Carlos: Bibliografía Histórica de las Ciencias Médicas en Murcia. Primera Selección. Academia Alfonso X El Sabio. Murcia, 1977; OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Bibliografía Médico-Científica Gaditana. "Casino Gaditano". Cádiz, 1981; LOPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, Th. F.; NAVARRO BROTONS, V. y PORTELA MARCO, E.: Diccionario histórico de la Ciencia Moderna en España. Península. Barcelona. 1983. 2 vols.

10.- OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Bibliografía Médico-Científica Gaditana. p. 98, nº 281.

11.- CABRERA AFONSO, Juan Rafael: Antonio Rancé (c. 1760-1831) y su "Instruidor Anathomico". "III Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina". Actas. pp. 196-206.

12.- L.M. 1. p. 97; L.M. 6. f. 61; L.M. 7. f. 102 (127); L.M. 11. f. 213. (A.F.M.C.).

13.- L.M. 1. p. 100; L.M. 6. f. 65; L.M. 7. f. 106 (135); L.M. 11. f. 221. (A.F.M.C.).

14.- L.M. 1. p. 111; L.M. 6. f. 70; L.M. 7. f. 118 (159); L.M. 11. f. 243. (A.F.M.C.).

15.- CABRERA AFONSO, J.R.; MARQUEZ ESPINOS, C. y FUENTES XIMENEZ, J.L.: El lorquino Domingo Castillejo Muñoz y su producción científica en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz. "VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina".

16.- L.M. 1. p. 143; L.M. 6. f. 108; L.M. 7. f. 135v. (252). (A.F.M.C.).

17.- L.M. p. 169; L.M. 6. f. 173; L.M. 7. f. 170v. (286). (A.F.M.C.).
"Lista de Examen de los Colegiales existentes en este Real Seminario en el presente año de 1763"; "Listas ... de 1764".

(A.G.S. Sec. Marina. Legs. 220 y 221).

18.- En su época, el primer año estudiaban Osteología; el segundo, Osteología, Anatomía, Fisiología e Higiene; el tercero, Patología, Terapéutica y las cuatro anteriores; el cuarto, todas las anteriores además de Operaciones, cuyas materias repetían al menos otro año más. Cf.: CABRERA AFONSO, J.R.: Evolución Histórica de la Escuela Anatómica Gaditana (1748-1844). Tesis Doctoral. Fac. Med. Cádiz, 1985. En prensa. pp. 131-132.

19.- L.M. 1. p. 197; L.M. 6. ff. 231 y 231v.; L.M. 12. f. 85. (A.F.M.C.)
"Estado del Examen Gen. de los Colegios Existentes en este R.^o Seminario. Año de 1767"; Lista ... de 1768"; "Lista ... de 1769"; "Lista ... de 1770"; (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 221 y 222).

20.- Cf.: MARQUEZ ESPINOS, Carlos: Las Juntas Literarias del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Catálogo de las "Observaciones" manuscritas (1742-1836). Servicio de Publicaciones de la Universidad. Cádiz, 1986. p. 87, nº 52.

21.- L.M. 1. p. 202; L.M. 6. f. 241; L.M. 12. f. 95. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1767"; "Lista ... de 1768"; "Lista ... de 1769"; "Lista ... de 1770". (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 221 y 222).

22.- L.M. 1. p. 230; L.M. 6. f. 295; L.M. 8. f. 4; L.M. 12. f. 151. (A.F.M.C.).
"Lista ... de 1770"; "Estado ... de 1772". (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 222 y 223).

23.- L.M. 1. p. 253; L.M. 6. f. 315 (333); L.M. 8. f. 27; L.M. 12. f. 188. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1772"; "Estado ... de 1773"; "Estado ... de 1774". (A.G.S. Sec. Marina. Leg. 223).

24.- L.M. 1. p. 262; L.M. 6. f. 341v. (342); L.M. 8. f. 36 y 36v.; L.M. 9. f. 2. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1772"; "Estado ... de 1773"; "Estado ... de 1774"; "Estado ... de 1775". (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 223 y 224).

25.- L.M. 1. p. 289; L.M. 8. f. 65; L.M. 9. f. 33. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1773"; "Estado ... de 1774"; "Estado ... de 1775". (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 223 y 224).

26.- L.M. 1. p. 293; L.M. 8. f. 69. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1773"; "Estado ... de 1774"; "Estado ... de 1775"; "Estado ... de 1776". (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 223 y 224).

27.- L.M. 1. p. 313; L.M. 8. f. 89; L.M. 9. f. 56. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1775"; "Estado ... de 1776". (A.G.S. Sec. Marina. Leg. 224).

28.- Cf.: MARQUEZ ESPINOSA, C.: Los Juntas Literarias..., pp. 79 y 80 (nº 19 y 20).

29.- Cf.: CABRERA AFONSO, Juan Rafael: La Producción Bibliográfica de los Reales Colegios de Cirugía de Cádiz, Barcelona y Madrid en el Siglo XVIII. Catalogación y Estudio Crítico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de Cádiz, 1984. pp. 65, 66, 123 y 185.

30.- V.: CABRERA AFONSO, Juan Rafael: Antonio Rancé (c. 1760-1831) y su "Instruidor Anatomico". "III Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina. Cádiz, mayo de 1985". pp. 296, 394-407 y 408-4133.

31.- Cf.: MARQUEZ ESPINOSA, C.: Opus cit. pp. 132-149 (nº 227, 234, 250, 254, 239, 242 y 255).

32.- RANCE, Antonio: El Instruidor Anatomico ó modo de preparar y conservar las partes del cuerpo humano, y de los irracionales por medio de la inyección, corrosión, maceración y distensión. Por D. Doctor en Medicina y Cirugía, y Catedrático de Física del Real Colegio de las expresadas Facultades. Sale á luz á expensas de dicho Real Colegio. Cádiz: Imprenta de D. Manuel Ximénez Carreño, Calle Ancha. Año 1812. 91 pp. 19,5x14 cm.

33.- Para su biografía Cf.: L.M. 1. p. 300; A.F.M.C.; L.M. 8. f. 142. A.F.M.C.; L.M. 9. f. 120. A.F.M.C.; Libro de Méritos y Servicio de los Ayudantes Consultores y Substitutos. Año 1801. ff. 20-21. A.F.M.C.; Libro de Revalidas de Licenciados en Cirugía Médica 14 f. 202. A.F.M.C.; CLAVIJO Y CLAVIJO, Salvador: Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada. San Fernando, 1925. p. 250; OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Apuntes para la Historia de la Anatomía gaditana del siglo XIX. "Asclepio", XXX-XXXI (1978-79). pp. 101-103; RIERA, Juan: Cirugía Española Ilustrada y su Comunicación con Europa. Valladolid, 1976. pp. 110 y 112; IDEM: Medicina y Ciencia en la España Ilustrada. Epistolario y Documentos. I. Valladolid, 1981. pp. 124-127; CABRERA AFONSO, J.R.: Antonio Rancé (c. 1760-1831) y su "Instruidor Anatomico". "III Congreso Nal. RR. AA. Medicina. Cádiz, mayo de 1985". Actas pp. 196-206.

34.- L.M. 1. p. 411; L.M. 8. f. 187; L.M. 9. f. 165. (A.F.M.C.).

35.- L.M. 1. p. 421; L.M. 8. f. 197; L.M. 9. f. 174. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1781"; "Estado ... de 1782"; "Estado ... de 1783". (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 224 y 225).

36.- Desconocemos si es el Colegial mencionado en el primer lugar de nuestra relación.

37.- L.M. 1. p. 423; L.M. 8. f. 199; L.M. 9. f. 176. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1781"; "Estado ... de 1782". (A.G.S. Sec. Marina. Leg. 224).

38.- L.M. 1. p. 434; L.M. 8. f. 199; L.M. 9. f. 176. (A.F.M.C.).
"Estado ... de 1781"; "Estado ... de 1782"; "Estado ...

de 1783". (A.G.S. Sec. Marina. Legs. 224 - 225).

39.- L.M. 1. p. 484; L.M. 8. f. 261v.; L.M. 10. f. 28. (A.F.M.C.).

40.- L.M. 1. p. 519; L.M. 8. f. 296; L.M. 10. f. 63. (A.F.M.C.).

41.- Las Materias que se estudiaban en esta época eran las preconizadas por las Ordenanzas de 1791: En 1º año: Anatomía, Física Experimental, Química, Botánica y Vendajes; En 2º Fisiología, Higiene, Patología General, Terapéutica y Materia Medicinal; En 3º: Patología particular de Cirugía y Algebra Quirúrgica; En 4º: Modo de practicar las Operaciones de Cirugía, Tratado de Partos, mujeres paridas y niños recién-nacidos y Enfermedades Venéreas; En 5º: Afectos de Medicina, Aforismos de Hipócrates, Enfermedades Castrenses (especialmente las de Navegantes); y en 6º se repiten las de 5º. Todas las materias de un curso se repetían el siguiente. Cf.: Ordenanzas de S.M. que se deben observar en el Colegio de Medicina y Cirugía establecido en la Ciudad de Cádiz... Madrid, 1791, Tratado tercero.

42.- L.M. 2. f. 111; L.M. 10. f. 192; Libro de Revalidas de Licenciados en Cirujía Médica 14 f. 273v. (A.F.M.C.).

43.- L.M. 2. f. 164; L.M. 10. f. 239; Libro de Revalidas de Licenciados en Cirujía Médica 14. f. 234v. (A.F.M.C.).

44.- L.M. 2. f. 163; L.M. 10. f. 238v.; Libro de Revalidas de Licenciados en Cirujía Médica 14. f. 237. (A.F.M.C.).

45.- L.M. 2. f. 195. A.F.M.C.

46.- L.M. 2. f. 209; Libro de Revalidas de Licenciados en Cirujía Médica 14. ff. 266v. y 267. (A.F.M.C.).

47.- Luis Rancé y Durán, hijo de Juan y María, ingresó en el Colegio el 26 de septiembre de 1771, siendo natural de Cádiz. Tuvo un expediente relativamente bueno y ascendió a Cirujano Segundo. Cf.: L.M. 6. f. 332 (341); L.M. 8. f. 35. (A.F.M.C.).

48.- L.M. 2. f. 214; Libro de Revalidas de Licenciados en Cirujía Médica 14. pp. 124 y 249. (A.F.M.C.).

49.- Para su biografía pueden consultarse, entre otros, los siguientes manuscritos e impresos: Libro de Matrículas 3 f. 6. A.F.M.C.; Libro de Revalidas de Licenciados en Cirujía Médica 14. pp. 150 y 251. A.F.M.C.; LOPEZ PINERO, J.Mª.: Francisco Javier Laso de la Vega y la introducción de la auscultación en España. "Arch. Iberoam. Hist. Med. Antropol. Méd.", XII (1960). pp. 157-167; IDEM: F. Javier Laso de la Vega y la introducción del Método Anatomoclínico en España. "Bol. Soc. Esp. Hist. Med." II (1962), 2; IDEM: La escuela de Cádiz y la introducción en España de la medicina anatomoclínica. "IV Congreso Soc. Esp. Hist. Med.". Granada, 1973. t.I. pp. 239-248; OROZCO ACUAVIVA, A.: Francisco Javier Laso (1785-1836) protagonista de la vacuna.

"An. Rl. Acad. Med. Cir. Cádiz". XVI (1980), 1, pp. 75-85; IDEM: Francisco Javier Laso (1785-1836). Primer historiador del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Estudio de un manuscrito inédito de 1828. "An. Rl. Acad. Med. Cir. Cádiz", XVI (1980), 2, pp. 63-91; IDEM: Francisco Javier Laso. Historiador de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz. An. Rl. Acad. Med. Cir. Cádiz". XVII (1981), Extraordinario, pp. 5-100; CABREA, J.R.: MARQUEZ, C.: NOGUEROLLES, P. y OROZCO, A.: Un aspecto insólito de Francisco Javier Laso (1785-1836): su apología de la Mexibustión. "I Symposium sobre Farmacia Andaluza". Cádiz, Febrero de 1983. En prensa; CABRERA AFONSO, J.R.: Evolución histórica de la Escuela Anatómica Gaditana (1748-1844). Tesis Doctoral. Fac. Med. Cádiz, 1985. pp. 439-442.

50.- V.: MARQUEZ ESPINOS, C.: Opus cit. pp. 153-154 (nº 300-301).

51.- V.: "An. Rl. Acad. Med. Cir. Cádiz", XVII (1981), extraordinario (íntegramente dedicado a Laso).

52.- Cf.: OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Francisco Javier Laso. Historiador de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz. "An. Rl. Acad. Med. Cir. Cádiz", XVII (1981), Extra. pp. 11-12.

53.- LASO, Francisco Javier: Oración inaugural que en sesión pública extraordinaria celebrada por la Junta Escolástica del Real Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz para la apertura de estudios pronunció el Dr. D. _____ Cádiz: Año de 1828. Imprenta de la Viuda e Hijo de Bosch.

54.- Puede ayudar a completar datos para la futura Historia de la Medicina murciana que al parecer está preconizando el Dpto. de Historia de la Medicina de Murcia. Cf.: MARSET CAMPOS, Pedro y SATURNO HERNANDEZ, Pedro J.: Los Sanitarios Murcianos de 1750 a 1850. Evolución numérica, tipos profesionales y procedencia geográfica. "Asclepio", XXXII (1980) p. 256.

LA DESAMORTIZACION Y EL HOSPITAL PROVINCIAL DE MURCIA.

Martínez Hernández, A.: Martínez Lozano, J.M.: Martínez Lozano, R.
Hospital General de Murcia.

INTRODUCCION.

La Desamortización no ha sido estudiada con rigor histórico-gráfico hasta muy recientemente: y, aún así, estas publicaciones que se remontan a los 10 ó 15 años últimos, lo han sido con carácter monográfico, en tiempo y espacio (Tomás y Valiente) (1). Desgraciadamente Murcia no ha sido estudiada convenientemente y en esto, como en otras parcelas de su historia, está huérfana de publicaciones serias y contrastadas.

Quizás los estudios más serios sobre la desamortización han sido los de tipo legislativo, y mucho menos en lo que representó en sus consecuencias. Con este trabajo nuestro queremos presentar algunas de esas consecuencias que, aunque conocidas por los historiadores (Moro) (2), no han sido valoradas adecuadamente en cuanto a su repercusión sobre los centros benéficos, como era el Hospital Provincial de Murcia.

Las guerras finiseculares y de todo el siglo XIX fueron agotando la pobre economía española y tragándose el dinero de las desamortizaciones que nunca llegaron a compensar, ni a detener el disparo alcista de la Deuda pública interior que llegó a los 7.000 millones de reales (Donezar) (3).

Las leyes desamortizadoras van tan ligadas a las de beneficencia que, como luego veremos, es difícil de valorar lo que fué causa y efecto en ellas.

En España llegó a haber tal minifundismo hospitalario y tal dispersión de bienes que llegó a decirse que "sólo servía para que unos cuantos empleados comieran del patrimonio de los pobres" (De la Fuente) (4). De ahí, que las Cortes pidieran a Felipe II que se modificase esa situación, obteniendo para ello la bula de Pio

que venía a ser una desamortización-amortizadora -reinvertía los bienes en iguales fines-, de la cual surgió el Hospital General de Madrid. En Murcia, este minifundismo hospitalario fué muy representativo: hospitalillo de la Puerta de Castilla, del Salvador, de Santa Brígida, de S. Julián, de N^a S^a de Gracia, etc.; tuvo que llegar el 1527 para que los bienes hospitalarios del S. Julián fuesen incorporados al de N^a S^a de Gracia, que en 1560 volvió a agrandarse al incorporar también los del hospitalillo de la P. de Castilla; surgió así ya un gran centro hospitalario, que con la llegada de los hermanos de S. Juan de Diós, en 1617, incorporaron los bienes que estos tenían en la convalecencia del Buen Suceso, que años después sería el Hospital Provincial de Murcia. (Ibáñez) (5).

El plan de Beneficencia implantado por Carlos III al fundar el Promotor de Obras Pías, las Sociedades de Amigos del País, y obtener la bula de Pío VI (14-3-1780) para la fundación del Fondo Pío Beneficial, de cuyo beneficio no participaron los hospitales.

La desamortización se planteaba así como un proceso necesario e irreversible, pero con malos resultados, como luego veremos.

La primera ley desamortizadora de Godoy en 1798, ponía en marcha el Tratado de Regalía de Amortización de D. Pedro Rodríguez de Campomanes, y de la que De la Fuente llegó a decir, un tanto dramáticamente: "Godoy acabó en un día con las riquezas de los establecimientos de piedad y otras muchas instituciones". Godoy pretendía acabar con la Deuda del Estado, pero no fué así, sino que añadió una pesada carga al erario público que tuvo que subvenir las necesidades de estos centros para los que no había presupuestos. Esta ley no afectó al Hospital Provincial, pero sí al de S. Antón, al del Pilar y al de Unciones. Esas ventas fueron suspendidas en 1806 (Ibáñez) (6).

El R.D. de 8-3-1836 y ley de 27-7-1837, aunque excluía las ventas de bienes de beneficencia, hospitalidad e instrucción, trajo el peligro al Hospital Provincial al pedir al Jefe Político a la Real Sociedad de Amigos del País un informe sobre mejor destino del Hospital; y gracias a ese informe emitido por D. Francisco Vallespinosa y D. Ramón Baquero que lo consideraban "de planta y el más idóneo

para hospital"; e igual el emitido por el Ayuntamiento por cada ve
D. José Monassor y D. Tomás Córdoba, se salvó el Hospital de s
desamortizado (Ibáñez) (7).

ANÁLISIS DE LOS BIENES DEL HOSPITAL.

Los ingentes bienes que llegó a acumular el Hospital tuvieron su origen en el siglo XVI, y sobre todo en el XVII con la llegada de los hermanos de S. Juan de Dios, y se debieron a donaciones, pías memorias, censos enfitéuticos, etc., que nunca proporcionaron rentas fijas y suficientes para mantenerlo con continuidad.

Todos estos bienes tuvieron su mayor protagonismo durante el siglo XIX, debido fundamentalmente a dos hechos: Por un lado, a las leyes de beneficencia que transformaron un hospital de "caridad" en "benéfico"; por otro lado, a las leyes desamortizadoras que se apropiaron de estos bienes, no muy productivos y ya innecesarios. Pero la recesión económica del siglo XIX, los bandazos políticos, la proliferación legislativa, tanto de leyes de beneficencia como desamortizadoras, muchas de ellas contradictorias que motivaron multitud de litigios, la guerra de la Independencia, etc. Todos estos vaivenes repercutieron muy negativamente en los centros benéficos, como el Hospital Provincial de Murcia: especialmente debido a las leyes de Beneficencia que tardaban en llegar o no se ponían en práctica, como la de 1822 que recogía los supuestos de las Cortes de Cádiz de 1812, pero que se pusieron en práctica concretamente en Murcia, el 7 de octubre de 1837 cuando se crea la Junta municipal de Beneficencia, y en su nombre, D. Manuel Estor, se hace cargo del Hospital. Después vendrían los decretos de 1846 y 1849 (Ley de 1852) por los que el Hospital pasaba a la Diputación, y en nombre de ésta lo tomaba el marqués de Camachos. Como dice Valeriano (8), "no hay que ser muy sagaz para comprender que los más perjudicados de todo este maremagnum serían los propios enfermos".

Sin embargo, nunca desapareció la "caridad" de estos centros y prueba de ello fueron la creación de las juntas auxiliares de Beneficencia que daban entrada a personas relevantes de la ciudad

que prestaban su colaboración desinteresada al buen funcionamiento del Hospital. Por otro lado, a pesar de las leyes desamortizadoras, se siguieron amortizando bienes al Hospital: prueba convincente de ello fueron las cuatro obras más importantes que se realizaron en el Centro: las de 1851, con un donativo de 26.000 reales de D. Tomás Albaldejo; las de 1895, con la venta de una de las mejores fincas que tuvo el Hospital, la Huerta de Espuña de Alhama; las de 1911, con un donativo de D. Aquilino Valero y D^a Juana Raymundo; y por último, la más importante de todas, la construcción de la planta 2^a del Hospital por los marqueses de Aledo (D. Mariano Vergara y Pérez de Aranda y D^a Josefa Calderón y Montalvo), cuyo importe ascendió a 74.953 pesetas. Lo más importante de esta última obra es que, ni en los libros de actas de la Diputación, ni en los libros Diarios del Centro, aparece ningún cargareme de la obra, lo que indica que fué llevada directamente por los administradores de los Marqueses, quizá por desconfianza a que la Diputación destinase el dinero a cubrir otra de las muchas necesidades que tenía en esa época.

Las rentas del Hospital de Murcia en 1850, según el Diccionario Geográfico-Estadístico de Madoz, eran de 85.000 reales como producto de bienes inmuebles, censos, pías memorias, etc., y la Diputación compensaba del déficit (Ibáñez) (9). Pero la Junta Provincial de Beneficencia calculaba que las rentas por fincas propias, en ese mismo año, serían de 60 a 50.000 reales "según las lluvias" (10). Y en 1852 subían a 93.913 reales (11); con un descenso de 20.000 reales al año siguiente (12).

La relación de bienes venales pedidos por el Gobierno el 1º de abril de 1855, cuando en las Cortes se discutía lo que luego sería la ley de 1º de mayo de ese año, es recogida por Ibáñez (13) (en la Tabla I); la misma que nosotros hemos ido comprobando en las Actas capitulares de la Beneficencia y Comisión provincial (Tabla II), en la cual incluimos los colonos, arrendatarios, subarrendatarios, etc., entre ellos el inefable y legendario D. Antonio Gálvez Arce (Antonente Gálvez).

Todas estas fincas fueron desamortizadas durante la segunda

mitad del siglo XIX, y prácticamente acabaron en 1866-67. con la famosa huerta de Espuña en Alhama, y dos trozos de tierra en Salina, que fueron vendidas en 1895, 1889 y 1893, respectivamente (Gráfica I).

Las fincas no sólo aportaban ingresos al Hospital, sino también multitud de problemas a las juntas de Beneficencia, como se demuestra que más de la mitad de las actas de estas Juntas se dedicasen a solucionar problemas de las mismas, en detrimento de otros asuntos que el Hospital tenía de mayor urgencia. Los problemas de las fincas eran, fundamentalmente: solicitudes de impago por parte de arrendatarios o aparceros (14), subarrendatarios, usureros (15), a veces consentidos por la propia Junta (16); arriendos curiosos, como el de D. Laureano Yagüe que ofrece un par de gallinas anuales por un trozo de tierra en Molina (17), etc. El más famoso de todos los arrendadores que tuvo al Hospital fué el inefable Antenete Gálvez, arrendador del huerto de San Blas en Torre-Agüera, y que nunca pagó el rento que le correspondía, por causas que él bien justificaba: heladas en 1850 (18), sequía en 1852 (19), riadas en 1853 (20): no dudaba Gálvez incluso en recurrir al Gobierno de S.M. para que se le redujese el rento, condonándole parte de él por R.O. de 25 de junio de 1852, etc. Los litigios con colonos no eran infrecuentes, como el de Nicolás Arce (21), o el de Joaquín Gonsálvez (22) que se le retiene el pimiento y la cebada recolectados (23): ello obligaba a tener un procurador de pleitos (D. Antonio Marco Padilla), cargo que se suprime en 1857 para ahorrar los 2.000 reales que se le pagaban.

Todos esos arriendos se regulaban por la ley de 8-1-1845 que los sacaba a subasta pública, lo que acarreaba que se arrendasen las buenas fincas, pero no las malas e improductivas que tenía que llevar el Hospital por administración.

Los gastos por arreglo de fincas, reparaciones por adversidades climatológicas, contribuciones al Estado, y después a la Provincia, etc., representaban importantes cantidades al Hospital.

Las fincas se vendieron con tal celeridad (Ley de 1855), que en 1857 la junta de Beneficencia considera que ha de rebajar

los 10.038,80 reales de contribuciones para el presupuesto del año siguiente (23); esa celeridad implicó que se vendiesen a muy bajos precios.

Otras veces era la política la que ocasionaba que el Hospital no se beneficiase de esas ventas, como en 1857 cuando la Junta pensaba rehusar al producto de esas ventas, que le correspondían por el R.D. de 8-6-1857 (24); al final, se impuso la cordura y se aceptó (25).

El Hospital percibía por producto de esas ventas láminas del Tesoro Público (2/5 de la venta) al 3%, que llegaron a representar hasta un 20% de su presupuesto anual, como podemos ver en la Gráfica II que representa los ingresos del Hospital en esos 21 años (Martínez Hernández) (26). Por eso no es extraño que cundiese el pánico entre los miembros de la Comisión Provincial de Beneficencia cuando en abril de 1876 se supo que el Gobierno de S.M. se proponía disminuir los intereses de la deuda perpetua de la Nación y el arreglo de la flotante y que los establecimientos benéficos, entre ellos el Hospital, se verían en conflicto para atender sus compromisos económicos (27).

El déficit del Hospital en ese mismo año era de 67.383,59 pesetas, y se ha de adelantar un préstamo de 50.000 para cubrir lo apremiante de aquel déficit. Ello suponía un empobrecimiento para el Hospital y una carga para la provincia, puesto que el Estado no lo cubría adecuadamente. Efectivamente, en la gráfica III vemos como de las 39.265,95 pesetas de 1867, se pasa a las casi 0 pesetas en 1877, cuando para ese mismo año se habían presupuestado de láminas 20.699 pesetas. (Gráfica I).

CONCLUSIONES.

El Hospital con esa ingente cantidad de fincas tenía unos gastos fijos e ingresos inciertos. Se planteaba así la desamortización como una necesidad ineludible, si se quería una estabilidad económica para las instituciones hospitalarias estatales; pero los resultados no fueron tan positivos, e incluso en algunos aspectos, negativos.

Más negativos que las propias leyes desamortizadoras fueron para el Hospital la tardanza y vaivenes de las Leyes de Beneficencia, que tenían que paliar el efecto de aquéllas.

La rapidez de las ventas y su bajo precio repercutió negativamente en las percepciones que tenía recibir de ellas el Centro.

Igualmente negativa fué el alcance de la Deuda Pública interior del Estado que llegó a subir hasta los 7.000 millones de reales y que, por ello, dejó algún año sin percepciones al Hospital y las rebajaron en los sucesivos: las láminas llevaban un descuento del 5%, que luego pasó al 20%.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Tomás y Valiente F. Recientes investigaciones sobre la desamortización. Madrid: Moneda y Crédito, 131. 1974.
- 2) Moro JM. La Desamortización de Madoz. Cuadernos de Historia 16. Nº 8. Madrid, 1985.
- 3) Donezar JM. De Campomanes a Carlos IV. Cuadernos de Historia 16. Nº 8. Madrid, 1985.
- 4) De la Fuente V. Adicciones a la historia eclesiástica de España. En Ibáñez, cap. 1, 2ª parte.
- 5) Ibáñez JM. Apuntes para la historia hospitalaria de Murcia. Revista Politechnicum, en tres partes por capítulos desde 1916 a 1921. Murcia Archivo Municipal. (Fotocopiada).
- 6) Ibáñez JM. Op. cit. Cap. V, 2ª parte.
- 7) Ibáñez JM. Op. cit. Cap. III, 2ª parte.
- 8) Valenciano Gaya L. Apuntes para la historia de la asistencia psiquiátrica en Murcia. Murcia, Real Academia Alfonso X El Sabio, 1975.
- 9) Ibáñez JM. Op. cit. Cap. I, 3ª parte.
- 10) Sesión de la Junta Provincial de Beneficencia 25-1-1850 pag. 4v.
- 11) Sesión de la Junta Provincial de Beneficencia 27-10-1952 pag. 75.
- 12) Sesión de la Junta Provincial de Beneficencia 10-6-1853 pág. 73.

- 13) Ibáñez JM. Op. cit. Cap. I, 3ª parte.
- 14) Sesiones de la Junta Municipal de Beneficencia en 1842. (9-9, 17-10, 3-11). Archivo Municipal de Murcia. (A.M.M.).
- 15) Acta de la J.P. de Ben. 5-6-1852 p.19v, y 19-6-1852 p.25v.
- 16) Acta de la J.P. de Ben. 11-12-1852 p.103v.
- 17) Acta de la J.P. de Ben. 5-10-1863 p.39v.
- 18) Acta de la J.P. de Ben. 14-2-1850 p.6v.
- 19) Acta de la J.P. de Ben. 12-2-1852 p.1.
- 20) Sesiones de la J.P. de Ben. 17-11 y 10-12-1853 (pags. 139 y 152).
- 21) Sesión del Consejo Prov. 21-9-1852 p.8v.
- 22) Legajo 322. Pliego 7. 9-5-1846. J. M.B.
- 23) Acta de la J. P.B. 5-12-1856 p.22v.
- 24) Acta de la J. P.B. 22-8-1857 p.18v.
- 25) Acta de la J. P.B. 26-3-1858 p.5v.
- 26) Martínez Hernández A. Historia del Hospital Provincial de Murcia. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina de Murcia. 1984.
- 27) Sesión de la Diputación Provincial 29-4-1876 p.13v y ss.

TABLA I (Según Ibáñez).

	Valor en renta (Pesetas)
En Murcia 15 casas.....	1.465,50
En Molina 2.....	80,00
Censos:	
Pensión cargada a los bienes propios del Real	
Colegio de teólogos de S. Isidro.....	30,00
Total.....	1.575,50

Fincas rústicas de secano y regadío (véase cuadros A y B).

(A) FINCAS RUSTICAS:
Regadío: (Valoración en pesetas).

Situación	Calidad	Medida	Valoración	Renta
Torreagüera	Riego Moreral	254 tahullas	161.591,00	6.273,00
Tiñosa	Olivar	16 "	3.375,00	202,00
Molina	Riego Moreral	167,25 "	49.424,00	2.965,50
Molina	" "	138,25 "	40.790,75	2.447,50
Casillas	" "	23,50 "	6.170,75	370,25
Punte-Tocinos	" "	53,00 "	20.641,50	1.238,50
La Urdienca	" "	32,00 "	6.908,00	414,50
Aljucer	" "	17,00 "	6.895,50	413,75
La Flota	" "	6,00 "	3.500,00	210,00
Nonduermas	" "	27,00 "	12.291,50	737,50
Los Garres	" "	15,00 "	2.270,50	136,25
Espinardo	" "	20,00 "	10.000,00	600,00
Espinardo	Olivar	Dos Trozos	4.374,75	262,50
Guadalupe	"	Un Trozo	533,25	50,00
San Benito	Riego Moreral	3,00 "	1.000,00	60,00
Lorquí	" "	8,00 "	2.708,25	162,50
Ceuti	" "	43,00 "	8.333,25	500,00
Villanueva	" "	0,50 "	562,50	33,75
Alguazas	" "	4,00 "	729,00	43,75
Novelda	" "	4,00 "	1.865,00	112,50
Alhama	Una hacienda	(sin cabida)	6.250,00	375,00
Castelicha	Riego Moreral	52,00 "	23.000,00	1.138,00
Suman		883,50 "	373.524,50	18.989,25

TABLA I (Continuación).

(B) FINCAS RUSTICAS:

Secano:

Situación	Calidad	Medida	Valoración	Renta
Cabezo Negro	NO	NO	333,25	20,00
Cañadas de S. Pedro	Olivar	NO	2.250,00	135,00
Roldán y S. Cayetano	Olivar	NO	1.208,25	72,50
Campo de Molina	Secano	66,50 fanegas	7.587,25	35,50
				fanegas, 10 celemines de trigo.
Cañadas de S. Pedro	Secano	40,00 "	5.416,50	26,00
				idem
Roldán	"	130,00 "	NO	Terra je
S. Cayetano	"	46,00 "	NO	"
Cañadas de S. Pedro	"	24,00 fanegas y 7 higueras		"
Lorquí	"	2,00 "		"
Suma		308,50 "	16.795,25	227,50

Bienes y propiedades del Hospital (según ACTAS capitulares de Beneficencia).

TABLA II

BIENES Y PROPIEDADES	COLONO (1) SUBCENSIONISTA(4) Nos. DE CENSATARIO (2) COMPRADOR (3) REFERENCIA SUBARRENDADOR (5)	
1) Casa en el Callejón de S. Benito		12M, 13M
2) Tahulla en Molina	D. Mateo Soriano (2)	17M, 74P
3) Tahulla de Riego en Molina	D. Pedro Díaz (1)	89P
4) Casa en la C/ de las Barcas	D ^a Manuela Ramos (2) y D. Juan Moya (3)	19M, 20M, 22M, 27M, 29M, 237P, 245P, 247P, 258, 21M
5) 4,5 tahullas en la carretera de Churra.	D. Rafael Pueyo (1) y Sr. Baleriola	
6) Almazara en los Garres	D. M. Lax (2)	24M, 43bisM (2)
7) Casa, secano y Olivar en S. Cayetano	D. José Beltrán (1)	25M
8) Huerto en Blanca	D. Santiago Pastor (2) y D ^a . Antonia Molina	25M, 30M
9) Otro huerto y una casa	D. Santiago Pastor	31M
10) Casa en Blanca (1)	D. Francisco Molina Núñez (3)	124P
11) Casa en la C/ de San Lorenzo 30	D. Juan Belmonte (2)	26M, 29M
12) Tahullas en Alguazas	D. Domingo Bermúdez (1)	32M
13) Tahullas en la huerta de Murcia	D. Plácido López (1)	33M
14) Tierras en Molina	D. Manuel Joaquín González	39M (3)
15) Tierras en Torreagüera (Huerto de S. Blas)	D. Antonio Gálvez Arce (1)	11P, 12P, 22P, 30P, 48P, 50P, 51P, 60P, 65P, 77P, 149P, 160P, 164P, 165P, 166P, 172P, 173P, 174P, 177P, 179P, 182P, 185P, 186P, 190P, 191P, 195-18P, 197P, 204P, 206P

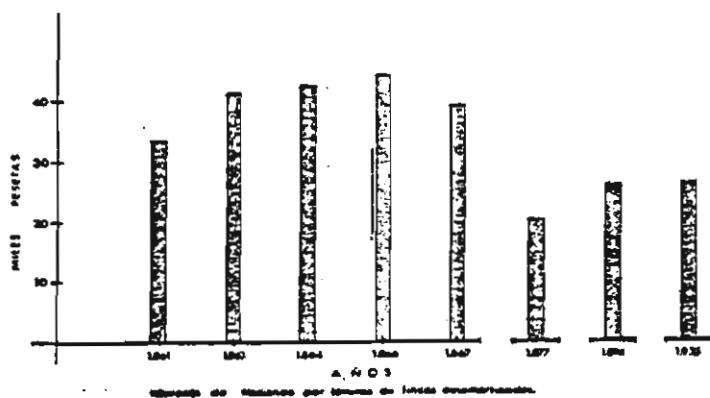
16) Casa en C. Serreta. Cartagena	D. Juan Sánchez (3)	53P, 79P, 121P, <u>198P</u>
17) Tahullas en Espinardo (Rambla Salada)	D. Francisco Navarro(1)	<u>28P</u> , 54P
18) Hacienda de Castelleche	D. Jerónimo Poveda(1)a	52P, 55P
19) 31 tahullas	D. Patricio Conesa	
20) Tierras en Cabezo Gordo o Negro	D. Nicolás Arce (1)	34P, 56P, 105P, 111P
21) Tierras en la Urdienca	D. Manuel Navarro(1),	57P, 67P, 78P
22) 24 tahullas	D. Pedro Díaz(1)	
	D. Ramón García(1)	61P, 63P
	D. Juan Muñoz Alcaraz(1)	<u>70P</u> , <u>76P</u> , 193P
	(5) D. Antonio Casanova	
23) Finca del Hospital a cambio con la de D. Juan		
	Albacete y Lores	69P, 83P
24) Tierras en Puente-Tocinos	D. Antonio Soto Mayor(1)	<u>71P</u> , 80P
	Dña. María Tovar(1)	
25) Tahulla y media en Lorquí	D. Francisco Antº Monti	
	jano	<u>82P</u> , 88P
26) Dos casas rústicas en Pacheco, Roldán y S. Cayetano	Subasta para arreglarlas	
		73P, 95P
27) Huerta de Espuña en Alhama	D. Juan Agustín Aledo(1)	75P, 91P, 127P,
	D. Francisco Balsas(1)	<u>782</u> , <u>787a</u>
	D. José Muso(2)	
28) Olivar en Mirador(S. Javier)		96P, 104P, 110P
29) Tierras en Molina	D. Ramón La Rosa(1)	
	D. Pedro Lacal Peñaranda(1)	<u>106P</u>
30) Tahullas en Casillas	Vda de D. Feº Martínez	
	Carrión(1) D. Mariano	
	Martínez Pelluz(1)	162P, 132
31) Tahullas de Vid en Novelda	Pbro. D. José Belda	138P, 145P
32) Olivar junto al Huerto de S. Blas		160P, 208P
33) Casa en C/Victorio, 50	Arreglo por pelgrosidad	183P
34) Una tahulla del Hospital por otra	a D. Antº Seiquer(Proveedor del H.)	283P, 203P
35) Finca en Cijeres(Corvera)	D. Antonio Palarea(3)	299P
36) Barranco en Molina	D. Laureano Yagüe(1)	407P
37) Finca de 6 ochavas y 20 brazas de riego en Molina	D. José Ortiz Gómez(1)	417P
38) Finca en Molina(2)	D. José Barba López(3)	1447
39) Solar en Los Garres	D. Gerardo Lax(2)	1443
40) Bienes de la Convalecencia	Fundada por D. Andrés de Paz y Sánchez(en 1792)	
41) Lámina de 4.362.193'37 rs.	Entregada a Hacienda el 13-8-1862 por orden de la superioridad	

(1) Había una casa hospital en Blanca que se vende por R.O. (146P), pero se construye otra adjudicándole la subasta de la construcción

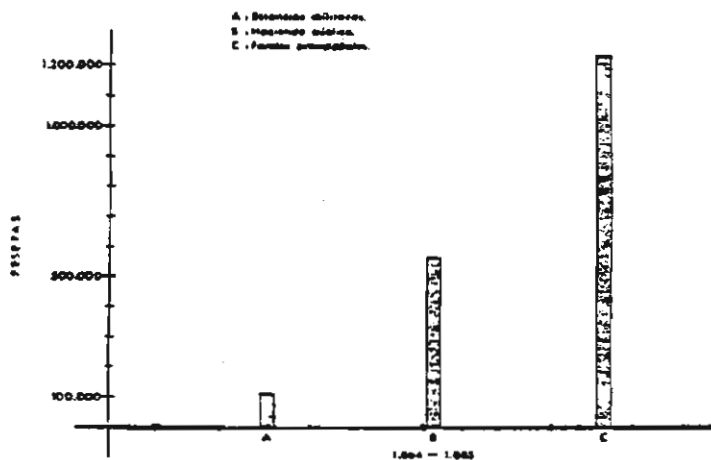
a D. Antonio Candel Fdez. (194P). Una de ellas hacía de casa de Beneficencia u Hospitalillo (124P).

(2) Había un Vicente Lax que cobra un recibo a la junta municipal de Beneficencia por medir tierras del H. (43 bis).

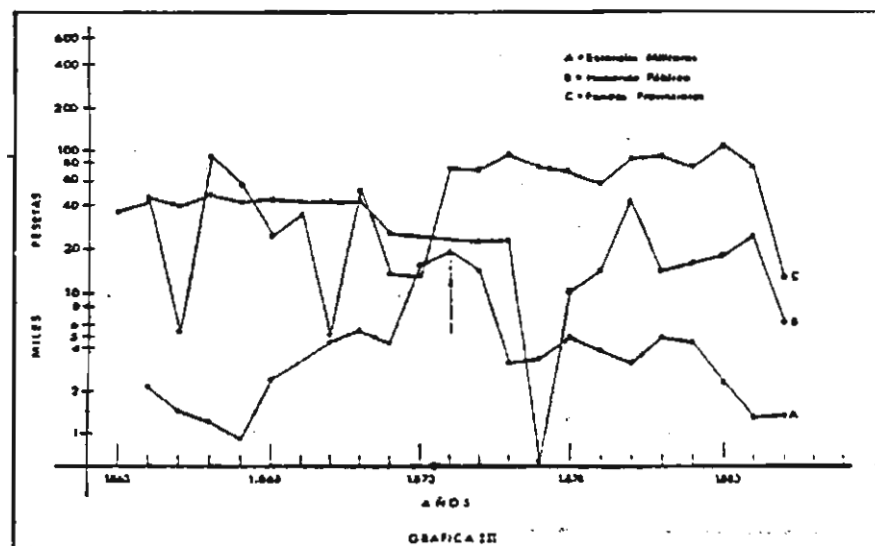
(3) Se le retiene pimiento y cebada por impago.



GRAFICA 1.



GRAFICA 1L



LA ENFERMERIA REGIONAL MURCIANA EN EL TRANSITO DEL POSITIVISMO A LA MEDICINA ACTUAL.

Martínez Hernández. A.: Martínez Lozano, J.M.

Hospital Psiquiátrico Provincial. El Palmar. Murcia.

INTRODUCCION.

Apenas existen buenas publicaciones que con rigor historio-gráfico recojan el tránsito de la asistencia médica empírica a la científica actual(1). Nosotros queremos hacer una aportación práctica en tal sentido contando para ello con la enfermería de un gran hospital regional de la época, como fué el Hospital Provincial de S. Juan de Dios de Murcia, hoy Hospital General, que, como veremos más adelante, no sólo recibía enfermos de Murcia y aledaños, sino también de provincias tan alejadas como Granada y Málaga, además de las de Alicante, Albacete y Almería. Esto nos dá idea de sus asistencia hospitalaria regional.

Lo que más define la asistencia funcional del hospital que estudiamos en esa época, es el tipo de farmacopea que utilizaba. Aunque ya en el siglo XVIII había habido voces que preconizaban el uso de la farmacopea química, como la de nuestro ilustre compatriota el doctor Mateo Zapata (Vilar) (2), durante la primera mitad del siglo XIX el Hospital basba su farmacología clínica en los tratamientos empíricos de siglos pasados como el asta ciervo pulverizada, aceite de alacranes, polvos de sándalo; plantas como manzanilla, té, cascales, maná, rosas, canela, extracto de diente de leon, etc. Tiene que llegar el 1865 para que veamos compras de principios activos más científicos para la farmacia como codeína, yodo, manteca de cacao, quinina, copaiba, belladona, alcanfor, etc. An 1872, aparecen los laboratorios de medicamentos farmacológicos como Ferrer Hermanos, Vidal y Ribas, Uriach, etc., por sólo citar los primeros que cronológicamente aparecen en nuestro Hospital.

Las compras más abundantes y habituales de la Farmacia

eran hilas, algodón y sanguijuelas. Estas últimas nos definen claramente la evolución científica de la farmacia hospitalaria con un claro y significativo descenso de la compra de las mismas durante todo el siglo XIX, verificándose la última compra de 1894. En razón inversa iban las compras de principios activos farmacológicos, con un claro ascenso en el mismo período, fundamentalmente en la segunda mitad del siglo XIX, como ya hemos dejado dicho. (Gráfica I).

El Hospital, que durante siglos había sido un hospital de "caridad", como todos los de la época, pasa, en 1537, a ser un hospital "benéfico", y regulado por las leyes de Beneficencia, como la de 1857 (R.O.) que decía que para ser cirujano del hospital había de ser licenciado o doctor en Medicina y Cirugía, los de igual clase en Cirugía, y los cirujanos de 2ª con facultad de recetar, pero nunca los de 3ª clase. Esta real orden no tuvo sentido alguno para nuestro Hospital que desde finales de la Edad Media todos los médicos del mismo habían sido doctores o licenciados, y pertenecientes al Real Protomedicato. El R.D. de 1862, que regulaba las farmacias de estos Centros, obligaba que al frente de ellas hubiese un licenciado en Farmacia. Estas, y otras leyes que fueron apareciendo, regularon la evolución científica del Centro que alcanzó su apogeo en el primer tercio del siglo XX cuando se crea el Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial (7-1-1900) compuesta por 11 profesores que regentaban otros tantos servicios hospitalarios a los que estaban adscritos. (Martínez Hernández) (3).

MATERIAL Y METODO.

Hemos analizado 18 libros de ingresos de enfermos del Hospital, correspondientes a sendos años, comprendidos entre 1871 y 1927.

De ellos hemos sacado la edad, sexo, días de estancia, mortalidad global y porcentual, diagnóstico y naturaleza de los enfermos.

Con todos estos datos hemos sacado las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES.

1ª) La mayoría de enfermos eran procedentes de la provincia de Murcia (47%), de Murcia y pedanías (20-25%); otras provincias y extranjero (20-25%), y de Cartagena (3-5%), lo que indica que en esta última ciudad cumplía perfectamente su cometido el Hospital de Caridad (Ferrándiz) (4). Gráfica II.

2ª) La Mortalidad global de los libros analizados tiene un significativo descenso, salvo un ligero aumento en la década de 1880-1890, pasa a estabilizarse en un 8-10%, que es relativamente baja para un hospital regional de la época. Naturalmente, hemos de pensar en la posibilidad de altas voluntarias de enfermos moribundos.

3ª) Las estancias causadas por los enfermos, aunque no muy significativas, tienden a descender a lo largo del período cronológico analizado por nosotros; al igual que el ascenso en la edad de los muertos que va subiendo, aunque no muy significativamente. Tabla I.

4ª) Los diagnósticos más frecuentes y en orden decreciente eran: Tuberculosis pulmonar, Cáncer, Bronquiectasias, Heridos, Gripe, Gastroenteritis, Asistología, Nefritis, Anexitis, Reumatismo, Endocarditis, Pulmonía, Úlcera de estómago, Gangrena, Venéreo, Asfixia, Vejez, Apendicitis, Fiebres crónicas, Paratíficas, etc. De ellos hemos obtenido los diez diagnósticos más frecuentes de cada año. (Tabla II).

No es de extrañar que en esta época eran las Infecciones la causa de muerte más frecuente, que llegaban a alcanzar un porcentaje global del 58,62%; y de éstas, las infecciones Respiratorias representaban un porcentaje del 35,52%.

En orden de frecuencia, y muy distanciadamente, seguían los Cánceres con una incidencia del sólo 9,19%.

Y, finalmente, las Afecciones cardiovasculares que, en oposición a lo que hoy representan, sólo alcanzaban un exiguo 8,04%. (Gráfica III).

Con esto creemos haber dado una imagen global de la enfermedad en una época de transición muy importante para la Medicina de hoy, donde las causas de mortalidad se han invertido completamente.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1976.
- 2) Vilar Ramírez, J.B. El doctor Diego Mateo Zapata (1664-1745), Medicina y Judaismo en la España Moderna. Murcia: Academia Alfonso X EL Sabio, 1970.
- 3) Martínez Hernández A. Historia del Hospital Provincial de Murcia. Facultad de Medicina, 1984.
- 4) Ferrándiz Araujo C. El Hospital de Caridad de Crtagena. Murcia: Imprenta Provincial, 1982.

TABLA I.

AÑO	Sexo	Ingresos	Estadística de muertos del año.			De 100 elegidos al azar		
			Mortalidad(1)	Estancias (2)	Edad	Mortalidad	Estancias	Edad
1872	V	1003	12'79	53'50	44'94	18	21'42	35'06
1874	V	733	13'50	21'11	41'63	19	20'51	35'71
1878	V	981	13'65	22'12	47'18	14	18'51	33'51
1881	H	703	9'81	28'37	49'14	12	21	37'57
1881	V	1061	7'10	20'05	48'73	5	18'81	32'41
1882	H	514	15'17	19'88	50'52	16	19'15	40'20
1883	H	503	14'11	23'42	48'88	19	20'08	39'25
1884	H	436	15'36	24'27	51'83	16	19'15	40'26
1885	H	454	18'28	17'18	54'20	22	18'50	42'58
1890	H	494	14'57	21'41	50'52	16	27'47	40'04
1893	H	581	13'21	17'84	52'26	8	21'33	35'70
1894	H	742	11'05	22'36	46'70	8	25'56	37'74
1895	H	706	7'50	20'54	52'20	9	26'92	33'62
1902	H	634	8'04	23'51	48'78	17	30'38	35'35
1903	H	698	8'30	22'34	49'36	7	26'50	35'57
1927	V-H	1097 (3)	7'93	22'56	43'05	7	23'04	32'68

(1) Porcentajes de mortalidad (%). (2) Días de estancias medias (X). (3) Desde 1º de Enero a 31 de Julio.

TABLE II • Diagnósticos mas frecuentes de mortalidad(1) en varios años.

Diagnósticos	1872(2)	1874V	1878V	1881V	1882H	1883H	1884H	1885H	1886H	1887H	1888H	1889H	1890H	1891H	1892H	1893H	1894H	1895H	1896H	1897H	1898H	1899H	1900H	1901H
1) Disenteria.....	18	48	78	48	28	18	38	28	108	78	28	28	108	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
2) Gonorrea.....	28	28	68	78	68	48	88																	
3) Adinamia.....	38						58																	
4) Herido (a).....	48	38	48	68																				
5) Hemiparesia-Abc...	58	68			58	58	28																	
6) T. b. c.....	68	18	38	28	38	28																		
7) Absceso.....	78				98																			
8) Sin diagnóstico.....	88	88																						
9) Gastralgia.....	98						18																	
10) Enteritis (3).....	108	58	28	38																				
11) Faludismo.....		58	88		48		68	78	58	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98
12) Apoplejia(7).....		78	38	58			78	98	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
13) Hepatitis.....		98	38	18			88	78	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
14) Pulmonia.....		108	58	18			78	98	98	68														
15) Tifoidea.....		78	48																					
16) Anguina.....		98																						
17) Escarlatina.....		108																						
18) Fiebre(6).....		88	28	98	18	98																		
19) Viruela (4).....		98	98	108	108	68																		
20) Cencer(5).....		108																						
21) Consecucion.....																								
22) Ama.....																								
23) Yelaz.....																								
24) Reaccosion.....																								
25) Anasarca.....																								
26) Cardiopatia(8).....																								
27) Difteria.....																								
28) Catarro.....																								
29) Ulcera.....																								
30) Insuficiencia.....																								
31) Quemaduras.....																								
32) Diabetes.....																								

(1) Numeradas por orden de la frecuencia hallada.

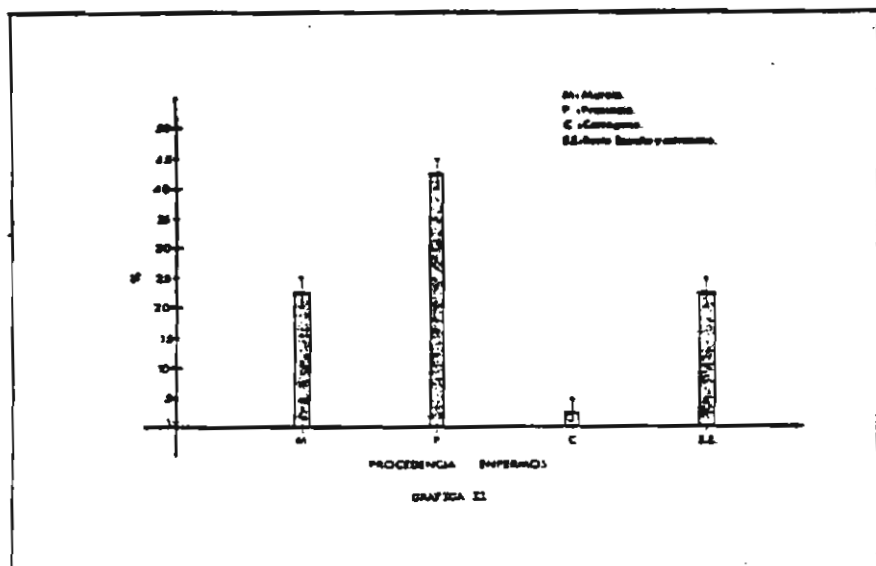
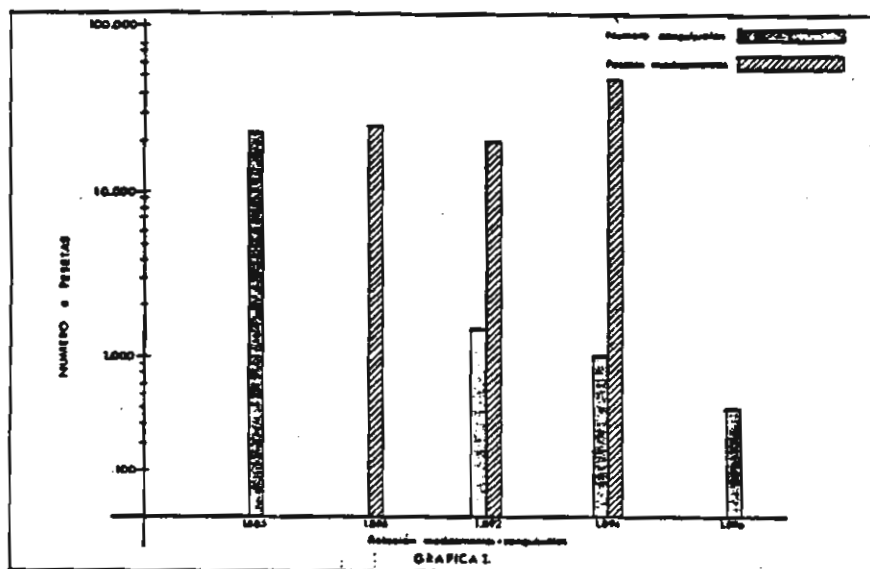
(2) Afos y varones (V) y hembras (H).

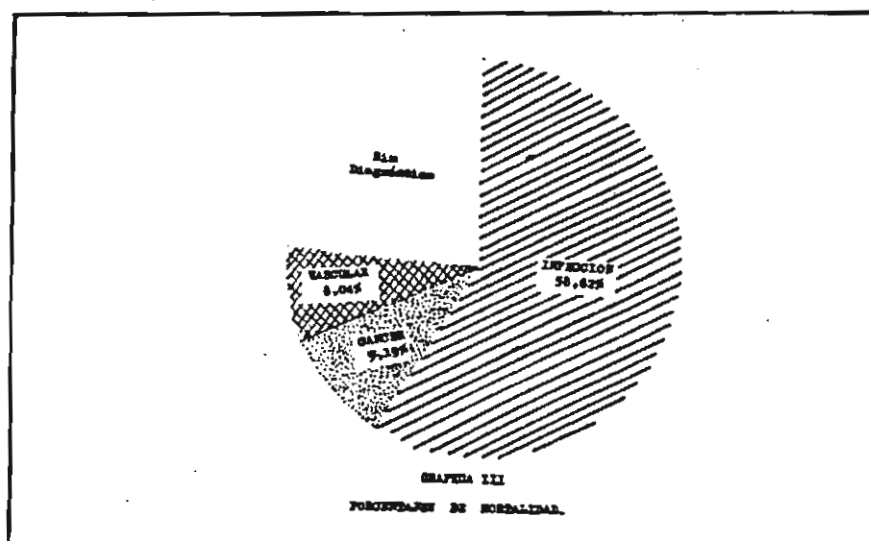
(3) Enteritis, gastroenteritis, enterocolitis.

(4) Gran incidencia en la mortalidad murciana y pocos ha-

llazgos en los diagnósticos del Hospital.

(5) A veces, especificaba con matriz, vulva, recto, etc.
 (6) Fiebre maseterica, febricitante, febril, etc.
 (7) Apoplejia o Perlesia. (8) Hipertrofia del corazon, y
 lesion valvular. (9) Muchas enteritis y disenterias, y
 un solo caso de colera, y eso que era año de epidemia
 (10) T.b.c. meningea. (11) Cerebritis, demencia senil.





EVOLUCION NUMERICA DE LOS SANITARIOS INSCRITOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. 1700-1750.

Sáez Gómez, J.M.; Blázquez Quijada, M.D.; Guillén Grima, F.;
San Eustaquio Tudanca, F. de
Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad
de Medicina. Universidad de Murcia.

INTRODUCCION.

El estudio del número de inscripciones de sanitarios, su categoría profesional y su evolución en el tiempo nos va a permitir una primera aproximación al conocimiento del estado de salud de la población, además de servirnos como un indicador de la situación económica, política y jurídica de la sociedad que estudiamos. Es de suponer que una época como la que estudiamos con un período inicial en que toda España se encuentra inmersa en una guerra y una segunda etapa de desarrollo económico y tranquila en el aspecto sanitario, aunque con frecuentes brotes epidémicos tanto en la primera como en la segunda etapa, con una expansión demográfica que se inicia ya hacia 1650 (1) y se prolonga a lo largo de todo el período estudiado, va a tener un reflejo en el número de sanitarios que desean ejercer en la jurisdicción murciana, número además, que acusará los cambios que van produciéndose en la estructura de la sociedad y en la estructura sanitaria, como traducción de la transformación de la propia sociedad.

Para realizar el presente estudio hemos escogido unos límites geográficos que coinciden con los del municipio de Murcia en la primera mitad del siglo XVIII. Aunque coincidimos con Ernest Labrousse en que entre los períodos históricos "no hay una línea fronteriza, sino una zona fronteriza en la que se producen múltiples cortes" (2), es necesario elegir un período en que podamos inscribir el trabajo y hemos considerado el escogido, delimitado por los años 1700 (inicio de la guerra de sucesión) y 1759 (ascenso al trono de Carlos III), como una etapa con la suficiente entidad propia por

tratarse de un período de transición hacia el propiamente ilustrado, que todos los autores coinciden en señalar se inicia con el reinado de Carlos III.

Conseguimos además con el estudio de este período completar la panorámica del siglo XVIII, ya iniciada por Marset y Saturno (3) sobre el mismo aspecto de la sanidad murciana entre 1750 y 1850.

Nuestro objetivo, como señalábamos más arriba, será observar como los distintos acontecimientos, tanto de índole social como sanitaria, repercuten en el número de sanitarios que intentar ejercer en nuestro municipio, de forma que en situaciones en que Murcia manifiesta una mayor pujanza económica o las posibilidades de promoción científica y profesional de los sanitarios son más favorables, las inscripciones de estos aumentarán.

Suponemos que la atención sanitaria a la población va a ir mejorando en múltiples aspectos, entre ellos en la cualificación de los profesionales encargados de cuidar su salud, lo que se traducirá en un aumento progresivo del índice médicos/auxiliares con el transcurso de los años.

Pensamos que la ausencia de Universidad y otras instituciones de carácter científico limitará el interés de los sanitarios forasteros por ejercer en el municipio de Murcia, con lo que la inmigración será muy escasa.

Estudiando las afinidades entre apellidos de los sanitarios queremos apreciar la posibilidad de promoción de los mismos, expresada en el ascenso en la escala profesional, así como la presencia de una tradición familiar establecida entre los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y METODO.

Hemos vaciado las inscripciones de sanitarios que se registran entre 1700 y 1759 en los Libros Capitulares del Ayuntamiento de Murcia. Puesto que esta fuente no comienza a registrar el lugar de nacimiento de los sanitarios de una forma constante hasta la segunda mitad del período estudiado, ha sido necesario recurrir también, para obtener esta información, a los Libros de Cartas Reales,

en los que se recogen los títulos expedidos por el Tribunal del Protomedicato, donde sí figura el lugar de nacimiento o, al menos, el lugar habitual de residencia, aunque no en todos los casos se ha conservado el título, por lo que son numerosos los sanitarios de los que no podemos facilitar este dato.

Además del nombre y lugar de nacimiento o residencia habitual, hemos recogido la fecha de inscripción en el ayuntamiento y la categoría profesional del sanitario. Con el fin de evitar repeticiones, hemos considerado como fecha de inscripción la primera en que el sanitario solicita el permiso para ejercer en Murcia, pues son numerosas las ocasiones en que un mismo individuo solicita el permiso en más de una ocasión y se le deniega en principio por defectos de forma o carencia de algún documento, aunque finalmente tan sólo se han contabilizado aquellos que, en efecto, obtienen el permiso solicitado.

La ordenación alfabética de los sanitarios inscritos nos ha permitido estudiar, por las afinidades entre apellidos, las posibilidades de promoción profesional que tiene el sanitario. Sin embargo se han presentado problemas al trabajar con este dato, principalmente derivados de que en muchas ocasiones no conocemos más que un apellido e incluso, a veces, el sanitario es nombrado por el apellido materno. Se presenta además una dificultad adicional y es que cuando no tenemos conocimientos más que de un apellido, se hace necesario desechar para el estudio aquellos más frecuentes, pues son innumerables los Fernández, García, González, Hernández, Jiménez, López, etc., lo que hace imposible establecer si se trata de un mismo individuo o existen lazos familiares entre ellos.

En este mismo aspecto, otra dificultad a superar la representa la ausencia absoluta de normas ortográficas, incluso en los nombres propios. Por ejemplo, la única matrona inscrita en el ayuntamiento es nombrada indistintamente como Antonia Vonastre (4) o Bonastre (5), y es de suponer que el boticario Cinés Guirado y Villalba (6) y el cirujano Cristóbal Guirao y Villalva (7) tengan algún lazo familiar, aunque los dos apellidos se diferencian ligeramente.

RESULTADOS Y DISCUSION.

En los 60 años que comprende el período estudiado se han localizado un total de 272 inscripciones de sanitarios para ejercer en la jurisdicción del ayuntamiento de Murcia. Esta cifra incluye médicos, cirujanos, boticarios, sangradores, un especialista en "sacar, limpiar y emplomar muelas", una matrona y cinco sludadores. En la tabla 1 podemos observar que el nivel más alto de inscripciones se localiza en la segunda mitad del período, a partir de 1725, y particularmente en los años comprendidos entre 1735 y 1744, con una media de seis incripciones anuales y un total de 30 (11,02% del total) en cada quinquenio.

A partir de 1725 el número de inscripciones se sitúa siempre por encima de la media. Antes de esta fecha sólo encontramos un alto nivel de inscripciones en el período 1705-1709, con 28, el 10,29%. El nivel más bajo se localiza entre 1715 y 1724, con 19 inscripciones durante los 10 años, menos el 7% del total. El número de sanitarios inscritos es muy bajo en el primer tercio del período estudiado (1700-1719), de forma que se registra en él poco más de la cuarta parte (exactamente el 26,83%) de las inscripciones, e incluso desciende en el quinquenio 1720-24, en el que se encuentra el número más bajo (el 3,30%), para a partir de ese momento sufrir un brusco incremento que se mantiene de forma más o menos constante hasta 1759, crecimiento que se confirma al estudiar la evolución de las medias móviles (tabla 1, gráfica 1).

En la tabla 2 y gráfica 2 podemos observar cómo, tras un ascenso en el número de inscripciones entre 1705 y 1710, se inicia un descenso que toca fondo en 1722, seguido de una recuperación que se completa entre 1725 y 1730, manteniendo sus niveles con oscilaciones de magnitud variable hasta el final.

Observamos, por tanto, una tendencia a mantenerse en constante aumento el nivel de inscripciones de los sanitarios, sobre todo a partir del quinquenio 1720-24, aunque observando el patrón que sigue cada profesión podemos comprobar diferencias.

las inscripciones de médicos reproducen casi con exactitud,

aunque lógicamente en menor proporción, el patrón de las inscripciones de los sanitarios en conjunto (tabla 3, gráfica 3) y también muestran una tendencia al alza las inscripciones de sangradores (tabla 3, gráfica 4), al tiempo que las de boticarios (tabla 3, gráfica 5) y cirujanos (tabla 3, gráfica 6) se mantienen constantes.

Ahora bien, en todos los casos encontramos una profunda depresión en el nivel de inscripciones entre 1710 y 1725, que en el caso de cirujanos y boticarios retrasa su aparición hasta 1720, y en el de los sangradores se recupera en el mismo 1720 (tabla 3).

Podemos invocar distintas causas que expliquen este patrón. Es lógico pensar que en una época, como es la primera mitad del siglo XVIII murciano, de expansión demográfica y económica, aumente el número de personas dedicadas a cuidar la salud de la población, el problema reside en interpretar la causa del bache que se produce en el número de inscripciones entre 1710 y 1725.

Nuestra interpretación es que, a pesar de la situación favorable, Murcia aún no está en situación de absorber un gran número de sanitarios y menos aún a titulados superiores (precisamente los médicos son los que más acusan este descenso).

Es además de destacar como el descenso del número de inscripciones de sanitarios viene a coincidir con períodos en que la situación sanitaria es poco tranquilizadora. Murcia registra una epidemia de tifus en 1706-07, y en 1709 se ve afectada por la epidemia de "peste de Sevilla" que recorre en estas fechas diversos puntos de la geografía española, al tiempo que la endemia de paludismo sufre una importancia agudizada en 1719. Por otra parte, la declaración de la epidemia de peste en Marsella, que provoca una importante actividad defensiva que se prolonga hasta 1724, agravada por una nueva epidemia de "fiebres ardientes" en Murcia en 1722, crea una situación de expectativa entre los sanitarios. Aoya además esta hipótesis el descenso de inscripciones registrado durante la importante epidemia de 1738-39 (tabla y gráfica 2).

Por otra parte, la Guerra de Sucesión es un importante factor que afectaría sin duda a la producción de sanitarios y por

tanto también al número de estos que quedan disponibles para inscribirse en nuestro ayuntamiento.

El estudio del número de inscripciones de los distintos profesionales sanitarios nos proporciona otra observación interesante: la proporción de médicos entre los sanitarios inscritos va aumentando progresivamente desde 1/17 en el primer quinquenio. a una relación de 1/2-3 a partir de 1729 (tabla 4, gráfica 7). Por comparar nuestras cifras con las de otros autores (8), si esta relación la establecemos entre médicos y cirujanos con el resto de los sanitarios (tabla 5, gráfica 8) observamos como la proporción casi no varía durante todo el período, con una ligera ventaja para médicos y cirujanos sobre el resto. Es decir, mientras las inscripciones de sangradores, boticarios y otros sanitarios se mantienen practicamente constantes con un ligero incremento, son levemente descendentes las de cirujanos y se encuentran en franco ascenso las inscripciones de médicos.

Una visión de conjunto de la proporción de cada profesional sanitario que se inscribe en cada momento nos la ofrece la tabla 6 gráfica 9.

Puesto que resulta áltamente improbable que el mayor número de sanitarios en ejercicio en nuestro municipio sean los de mayor cualificación (dato, por otra parte que no hemos podido comprobar) para explicar este fenómeno es lógico suponer que los ciclos de renovación de los sanitarios son más rápidos conforme se asciende en la pirámide profesional. Es decir, se registra un gran número de inscripciones de médicos, pero estos permanecen muy poco tiempo en activo en nuestro municipio; en cambio, los sangradores y boticarios permanecen prácticamente toda su vida en el lugar que escogen para desarrollar su trabajo.

Apoyamos esta hipótesis en que el médico, como profesional de mayor prestigio, es también más caro y por tanto resulta extraño que aumente su demanda con mayor rapidez que la de otros profesionales en una situación en que, a pesar de que el momento económico es bueno y el crecimiento demográfico importante, lo mismo que la expansión en volumen de las clases populares, los estímulos científicos y profesio

nales, en cambio, son escasos dada la ausencia de Universidad e instituciones científicas de prestigio. Aunque pensamos no podemos atribuir todo el fenómeno al distinto ritmo de recambio de los profesionales pues la diferencia entre el número de inscripciones de médicos y otros sanitarios va en aumento, lo que podría indicar también unas mayores posibilidades de absorción de los primeros a medida que evoluciona nuestra sociedad.

El franco crecimiento experimentado, por otra parte, a partir del quinquenio 1720-24, tiene también su apoyo en el efecto, en cierto modo revulsivo, que parece tener la epidemia de peste en Marsella, provocando la transformación de la mentalidad de las clases dirigentes que prestarán, a partir de este momento, una mayor atención a los problemas de salud pública y política sanitaria. En efecto, será a partir de estas fechas cuando Murcia transforme su estructura de asistencia benéfico-sanitaria fundamentada en una única institución, el hospital general, con la creación de las casas de expósitos y misericordia, con la creación de plazas para médicos cuyo único cometido será la asistencia sanitaria a los presos y los internados en la propia casa de misericordia, con una mayor vigilancia a las profesiones e instituciones ligadas con la alimentación (panaderos, matadero), e incluso en atención a la salud pública, se ordenará el empedrado de calles para facilitar su limpieza y se regulará la actividad artesanal que pudiera resultar nociva a la salud de la población, al tiempo que se limita la siembra de arroz con el fin de intentar un control de la endemia palúdica, entre otras medidas que no es el momento de enumerar.

En cuanto al lugar de origen de los sanitarios que se inscriben para ejercer en Murcia, destaca que en 113 casos (41,54%) no es posible comprobarlo (tabla 7), dato que debemos tener en cuenta al valorar los resultados, pues una cantidad tan alta constituye un factor distorsionante que podría modificar las conclusiones que obtengamos. De los datos que sí hemos conseguido, destaca que 79 sanitarios (el 20,04% del total de inscritos) procede de la capital murciana y 6 (2,20%) de sus pedanías; 34 (12,50%) del resto de la diócesis,

14 (5,14%) de Orihuela y 8 (2,94%) del resto del Reino de Valencia. El escaso número de sanitarios nacidos en las pedanías murcianas pocas estimaciones nos permite hacer. En cambio destaca que los procedentes de una ciudad tan importante como Cartagena (sólamente 6), son menos de la mitad de los 14 procedentes del Obispado de Orihuela y casi los mismos que los procedentes de Cehegín o la Diócesis de Cuenca, lo que probablemente signifique que Cartagena tiene una entidad suficiente, dada la importancia militar y económica de su puerto y sus más favorables comunicaciones, como para retener los sanitarios que produce.

También resulta obvio que Murcia no aparece como un foco importante de atracción para los sanitarios forasteros, lo que puede explicarse por la ya apuntada falta de estímulo científico que supone la ausencia de Universidad y otras instituciones de carácter científico y profesional. En el cuadro I se presenta una relación de los lugares de origen de los sanitarios inscritos en Murcia.

Hemos intentado establecer una relación entre las tasas de mortalidad y el número de inscripciones de sanitarios. Al carecer de las cifras de mortalidad para el municipio en su totalidad, hemos tomado en un intento de aproximación las tasas conocidas para la huerta de Murcia según Marset et al (9). Sin embargo, como suponíamos, no hemos encontrado relación alguna (tabla 8, gráfica 10), es más, con un coeficiente de correlación de 0,32, se encuentra una asociación estadística entre el número de inscripciones y las tasas de mortalidad. Dicho de otra forma, a un mayor número de inscripciones corresponde una mortalidad más alta. Sería interesante intentar explicar este fenómeno en función de en la estructura sanitaria o crisis menores de mortalidad no detectadas por nuestras fuentes.

El estudio de los apellidos (apéndice I) no ha dado de sí lo que esperábamos, pues una vez desechados los más comunes son pocas las coincidencias que se presentan y menos aún las ocasiones en que tenemos la seguridad de que corresponden a una misma persona o al menos a familiares. Las coincidencias encontradas son:

- Bernardo, Claudio. Lo encontramos inscrito en 1722 como

sangrador y como cirujano en 1725.

- Boluda, Antonio y Joseph. Sangradores incritos en 1728 y 1755 respectivamente (10).
- Canaforte, Francisco y Diego Andrés. Cirujanos inscritos en 1700 y 1716.
- Conca, Juan Antonio y Antonio. El primero boticario inscrito en 1726, el segundo, médico en 1753.
- Cuenca Fernández, Alonso. Natural de Cehégín. Se inscribe en 1750 como sangrador y en 1758 como cirujano.
- García Romero, Manuel y Juan Nicolás, médicos inscritos en 1746 el primero, y 1752 el segundo.
- Guirado y Villalba, Ginés. Boticario en 1737.
- Guirao y Villalba, Cristóbal. Cirujano en 1745.
- Medina Moreno, Fernando y Ginés. Cirujano en 1701 y boticario en 1716, respectivamente.
- Rentero, Roque. Sangrador en 1740 y médico en 1755.
- Toribio Huarte, Nicolás, Joseph Andrés y Juan. Boticarios inscritos en 1700, 1717 y 1735.

Como se puede comprobar, sólo en tres casos parece haberse producido una promoción profesional del mismo individuo, en dos de ellos se trata de sangradores que posteriormente se inscriben como cirujanos y un solo caso que da el salto de sangrador a médico. El resto parecen tener algún tipo de lazo familiar, aunque es evidente que no se comprueba una tradición familiar establecida y las posibilidades de promoción son escasas.

CONCLUSIONES.

Observamos entre 1700 y 1759 un progresivo aumento del número de inscripciones de sanitarios, crecimiento que se interrumpe entre 1710 y 1725, período en que recae y vuelve a recuperarse. Esta interrupción la hemos interpretado como una incapacidad económica y demográfica de la Murcia de este momento para absorber un número elevado de nuevos sanitarios, sobre todo los de mayor titulación,

así como una falta de estímulo profesional y científico para los mismos y una situación sanitaria, causada por las epidemias en Murcia, poco tranquilizadora, que agravada por la peste en Marsella, crea una actitud de expectación en los profesionales sanitarios que esperan la resolución del problema para solicitar el permiso para ejercer.

El aumento del número de inscripciones es más sensible en los médicos, mientras que sangradores y boticarios presentan un ligero crecimiento y los cirujanos un crecimiento ligeramente negativo, lo que nos lleva a pensar en un recambio más acelerado de los médicos murcianos que del resto de los sanitarios, al tiempo que la mejor situación económica va a permitir una mayor absorción de profesionales más prestigiosos y caros.

Hemos podido concluir también que el número de sanitarios en ejercicio tiene poca importancia a la hora de modificar los niveles de salud de la población, traducidos en las tasas de mortalidad registradas en la huerta de Murcia.

A pesar de la expansión demográfica y económica, Murcia no se manifiesta como un punto de atracción de los sanitarios. La mayoría son naturales del municipio murciano, seguidos por los restos de la Diócesis de Cartagena y Orihuela. Atribuimos esta escasa inmigración también a la falta de atractivo y posibilidades de promoción que la ausencia de instituciones científicas crea en Murcia, junto a una situación económica no lo suficientemente estimulante.

la promoción de los profesionales hacia titulaciones superiores es excepcional y tampoco comprobamos una tradición familiar establecida entre los sanitarios, salvo en alguna rara ocasión.

NOTAS.

(1) Peset (1978), p. 10.

(2) Citado por Soubeyroux (1980), p. 10.

(3) Marset, P.; Saturno, P. (1980).

(4) Acta Capitular, 1 julio 1758.

- (5) Acta Capitular, 8 julio 1758.
- (6) Acta Capitular, 22 enero 1737.
- (7) Acta Capitular, 19 enero 1745.
- (8) Domínguez Ortiz (1973), p. 317.
- (9) Marset et al. (1977), p. 188.
- (10) Como curiosidad, hemos encontrado una referencia posterior a otro Boluda, se trata de "... don José Boluda, casado, de veintisiete años, que estaba cursante de Cirugía y Medicina (...) ha sido condenado a cuatro años de presidio, entre otras cosas por
 '... suponerse soltero, engañando a Matea Canónigo (...) para contraer matrimonio, que tal vez hubiera contraído con menosprecio de nuestra Santa Religión, si no se hubiera presentado su mujer y sorprendido en la posada donde tenía a la engañada Matea Canónigo'".
 El párrafo lo cita García Borrega (1982), p. 276, del Leg. 9354, Sala de Alcaldes, Casa y Corte, Archivo Histórico Nacional.

FUENTES.

Libros de Cartas Reales (1700-1759). Archivo Municipal. Ayuntamiento de Murcia.

Libros Capitulares (1700-1759). Archivo Municipal. Ayuntamiento de Murcia.

BIBLIOGRAFIA.

1. DOMÍNGUEZ ORTIZ, A. (1973). Algunos datos sobre médicos rurales en la España del siglo XVIII. Asclepio, 25, 317-321.
2. GARCIA BORREG, J.A. (1982). Delito y sociedad en Madrid en el reinado de Fernando VII. Estudios de Historia Social, (20-21), 227-290.
3. MARSET CAMPOS, P. et al. (1977). La sociedad murciana y cartagenera y las epidemias durante los siglos XVII, XVIII y XIX. Asclepio, 29, 177-209.
4. MARSET CAMPOS, P.; SATURNO HERNANDEZ, P. (1980). Los sanitarios murcianos de 1750 a 1850. Evolución numérica, tipos profesionales y procedencia geográfica. Asclepio, 32, 255-271.

5.- PESET, M. y J.L. (1978). Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen. Estudios de Historia Social, (4), 7-28.

6. SOUBEYROUX, J. (1980). Pauperismo y relaciones sociales en el Madrid del siglo XVIII. Estudio de Historia Social, (12-13), 7-229.

TABLA 1.

EVOLUCION NUMERICA DE LOS SANITARIOS INSCRITOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. 1700-1759.

AÑOS	n	N	$\bar{x}$ anual	$\bar{x}$ móviles
1700-04	18	18	6,61	3,6
05-09	28	46	10,29	5,6
10-14	17	63	6,25	3,4
15-19	10	73	3,67	26,83
20-24	9	82	3,30	2,0
25-29	25	107	9,19	39,33
30-34	25	132	9,19	5,0
35-39	30	162	11,02	59,55
40-44	30	192	11,02	6,0
45-49	27	219	9,92	80,51
50-54	28	247	10,29	5,6
55-59	25	272	9,19	90,80
				5,0

TABLA 2.

EVOLUCION ANUAL DE LAS INSCRIPCIONES DE SANITARIOS EN EL AYUNTA-
MIENTO DE MURCIA. 1700-1759.

AÑO	n	N	%n	%N	$\bar{x}$ MOVILES
1700	6	6	2,20	2,20	
01	7	13	2,57	4,77	
02	1	14	0,36	5,14	3,6
03	3	17	1,10	6,25	3,0
04	1	18	0,36	6,61	1,8
05	3	21	1,10	7,72	1,8
06	1	22	0,36	8,00	3,8
07	1	23	0,36	8,45	5,6
08	13	36	4,77	13,23	5,4
09	10	46	3,67	16,91	5,8
10	2	48	0,73	17,64	6,8
11	3	51	1,10	18,75	4,8
12	6	57	2,20	20,95	3,4
13	3	60	1,10	22,05	3,0
14	3	63	1,10	23,16	3,2
15	0	63	--	23,16	2,4
16	4	67	1,47	24,63	2,0
17	2	69	0,73	25,36	2,0
18	1	70	0,36	25,73	2,6
19	3	73	1,10	26,83	2,0
20	3	76	1,10	27,94	2,0
21	1	77	0,36	28,30	2,0
22	2	79	0,73	29,04	1,8
23	1	80	0,36	29,41	2,8
24	2	82	0,73	30,14	3,4
25	8	90	2,94	33,08	3,4
26	4	94	1,47	34,55	4,6
27	2	96	0,73	35,29	5,0

TABLA 2.

EVOLUCION ANUAL DE LAS INSCRIPCIONES DE SANITARIOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. 1700-1759.

AÑO	n	N	%n	%N	$\bar{x}$ MOVILES
1700	6	6	2,20	2,20	
01	7	13	2,57	4,77	
02	1	14	0,36	5,14	3,6
03	3	17	1,10	6,25	3,0
04	1	18	0,36	6,61	1,8
05	3	21	1,10	7,72	1,8
06	1	22	0,36	8,08	3,8
07	1	23	0,36	8,45	5,6
08	13	36	4,77	13,23	5,4
09	10	46	3,67	16,91	5,8
10	2	48	0,73	17,64	6,8
11	3	51	1,10	18,75	4,8
12	6	57	2,20	20,95	3,4
13	3	60	1,10	22,05	3,0
14	3	63	1,10	23,16	3,2
15	0	63	--	23,16	2,4
16	4	67	1,47	24,63	2,0
17	2	69	0,73	25,36	2,0
18	1	70	0,36	25,73	2,6
19	3	73	1,10	26,83	2,0
20	3	76	1,10	27,94	2,0
21	1	77	0,36	28,30	2,0
22	2	79	0,73	29,04	1,8
23	1	80	0,36	29,41	2,8
24	2	82	0,73	30,14	3,4
25	8	90	2,94	33,08	3,4
26	4	94	1,47	34,55	4,6
27	2	96	0,73	35,29	5,0

TABLA 2 (Continuación).

AÑO	n	N	n	N	$\bar{x}$ MOVILES
1728	7	103	2,57	37,87	4,2
29	4	107	1,47	39,33	4,6
30	4	111	1,47	40,80	5,2
31	6	117	2,20	43,01	4,8
32	5	122	1,83	44,85	5,0
33	5	127	1,83	46,69	5,0
34	5	132	1,83	48,52	5,2
35	4	136	1,47	50,00	7,0
36	7	143	2,57	52,57	6,4
37	14	157	5,14	57,72	6,0
38	2	159	0,73	58,45	6,8
39	3	162	1,10	59,55	6,2
40	8	170	2,94	62,50	4,0
41	4	174	1,47	63,97	5,0
42	3	177	1,10	65,07	6,0
43	7	184	2,57	67,64	7,0
44	8	192	2,94	70,58	6,8
45	13	205	4,77	75,36	7,6
46	3	208	1,10	76,47	6,8
47	7	215	2,57	79,04	5,4
48	3	218	1,10	80,14	3,8
49	1	219	0,36	80,51	3,8
50	5	224	1,83	82,35	4,2
51	3	227	1,10	83,45	4,6
52	9	236	3,30	86,76	5,6
53	5	241	1,83	88,60	6,0
54	6	247	2,20	90,80	6,4
55	7	254	2,57	93,38	5,2
56	5	259	1,83	95,22	5,2
57	3	262	1,10	96,32	5,0
58	5	267	1,83	98,16	
59	5	272	1,83	100,00	

TABLA 3.

EVOLUCION NUMERICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS INSCRITOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. 1700-1759

AÑOS	MEDICOS	CIRUJANOS	SANFABRADORES	BOVICARIOS	OTROS	TOTAL
1700-04	1 (1,29)	6 (8,82)	6 (9,52)	5 (8,77)		18 (6,61)
05-09	7 (9,09)	9 (13,23)	7 (11,11)	5 (8,77)		28 (10,29)
10-14	1 (1,29)	8 (11,76)	1 (1,58)	7 (12,28)		17 (6,25)
15-19	1 (1,29)	5 (7,35)	0 --	4 (7,01)		10 (3,67)
20-24	2 (2,59)	2 (2,94)	5 (7,93)	0 --		9 (3,30)
25-29	4 (5,19)	8 (11,76)	6 (9,52)	7 (12,28)		25 (9,19)
30-34	8 (10,38)	5 (7,35)	5 (7,93)	7 (12,28)		25 (9,19)
35-39	16 (20,77)	8 (11,76)	1 (1,58)	3 (5,26)	2 (28,57)	30 (11,02)
40-44	9 (11,68)	5 (7,35)	8 (12,69)	8 (14,03)	0 --	30 (11,02)
45-49	11 (14,28)	5 (7,35)	5 (7,93)	4 (7,01)	2 (28,57)	27 (9,92)
50-54	11 (14,28)	2 (2,94)	11 (17,46)	3 (5,26)	1 (14,28)	28 (10,29)
55-59	6 (7,79)	5 (7,35)	8 (12,69)	4 (7,01)	2 (28,57)	25 (9,19)
TOTAL	77 (100%)	68 (100%)	63 (100%)	57 (100%)	7 (100%)	272 (100%)

TABLA 4.

Evolución de la proporción de médicos entre los profesionales sanitarios inscritos en el Ayuntamiento de Murcia entre 1700 y 1759.

AÑOS	MÉDICOS	$\bar{x}$ MOVILES %	AUXILIARES	TOTAL	RELACION MED/AUX.	MÉDICOS % AUX.	$\bar{x}$ MOVILES MED. % AUX.
1700-04	1(5,55)		17 (94,44)	18 (100%)	1/17	5,88	
05-09	7(25,00)		21 (75,00)	28 (100%)	1/ 3	33,33	
10-14	1(5,88)	13,73	16 (94,11)	17 (100%)	1/16	6,25	17,02
15-19	1(10,00)	15,82	9 (90,00)	10 (100%)	1/ 9	11,11	19,66
20-24	2(22,22)	17,22	7 (77,77)	9 (100%)	1/ 3,50	28,57	22,40
25-29	4(16,00)	26,71	21 (84,00)	25 (100%)	1/ 5,25	19,04	44,01
30-34	8(32,00)	30,71	17 (68,00)	25 (100%)	1/ 2,12	47,05	50,36
35-39	16(53,33)	34,41	14 (46,66)	30 (100%)	1/ 0,87	14,28	58,39
40-44	9(30,00)	39,07	21 (70,00)	30 (100%)	1/ 2,33	42,85	67,53
45-49	11(40,74)	37,47	16 (59,25)	27 (100%)	1/ 1,45	68,75	64,43
50-54	11(39,28)		17 (60,71)	28 (100%)	1/ 1,54	64,70	
55-59	6(24,00)		19 (76,00)	25 (100%)	1/ 3,16	31,57	
TOTAL	77(28,30)		195 (71,63)	272 (100%)	1/ 2,53	39,48	

TAFLA 5.

PROPORCIÓN DE MEDICOS Y CIRUJANOS ENTRE LOS SANITARIOS MURCIAÑOS.

AÑOS	MEDICOS Y CIRUJANOS	X MOVILES	OTROS	TOTAL	MED.-CIR. % AUX.	X MOVILES
1700-04	7 (36,88)		11 (61,11)	18	63,63	
05-09	16 (57,14)		12 (42,85)	28	133,33	
10-14	9 (52,94)	50,68	8 (47,05)	17	112,50	107,29
15-19	6 (50,00)	52,50	4 (40,00)	10	150,00	113,62
20-24	(44,44)	51,47	5 (55,55)	9	80,00	108,62
25-29	12 (48,00)	55,88	13 (52,00)	25	92,30	100,12
30-34	13 (52,00)	54,22	12 (48,00)	25	108,33	153,52
35-39	24 (80,00)	57,18	6 (20,00)	30	400,00	166,71
40-44	14 (46,66)	56,86	16 (53,33)	30	97,50	165,59
45-49	16 (59,25)	55,26	11 (40,74)	27	145,45	159,63
50-54	13 (45,42)		15 (53,57)	28	86,66	
55-59	11 (44,00)		14 (56,00)	25	78,57	
total	145 (53,30)		127 (46,69)	272		

TABLA 6.

EVOLUCIÓN NUMÉRICA DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES SANITARIOS INSCRITOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. 1700-1759.

ANOS	MEDICOS	CIRUJANOS	SANGRADORES	BOTICARIOS	OTROS	TOTAL
1700-04	1(5,55)	6(33,33)	6(33,33)	5(27,77)		18(100)
05-09	7(25,00)	9(32,14)	7(25,00)	5(17,85)		28(100)
10-14	1(5,88)	8(47,05)	1(5,88)	7(41,17)		17(100)
15-19	1(10,00)	5(50,00)	- - -	4(40,00)		10(100)
20-24	2(22,22)	2(22,22)	5(55,55)	- - -		9(100)
25-29	4(16,00)	8(32,00)	6(24,00)	7(28,00)		25(100)
30-34	8(32,00)	5(20,00)	5(20,00)	7(28,00)		25(100)
35-39	16(53,33)	8(26,66)	1(3,33)	3(10,00)	2(6,66)	30(100)
40-44	9(30,00)	5(16,66)	8(26,66)	8(26,66)	- - -	30(100)
45-49	11(40,74)	5(18,51)	5(18,51)	4(14,81)	2(7,40)	27(100)
50-54	11(39,28)	2(7,14)	11(39,28)	3(10,71)	1(3,57)	28(100)
55-59	6(24,00)	5(20,00)	8(32,00)	4(16,00)	2(8,00)	25(100)
TOTAL	77(28,30)	68(25,00)	63(23,16)	57(20,95)	7(2,57)	272(100)

TABLA 7.

ORIGEN DE LOS SANITARIOS INSCRITOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. 1700-1759.

AÑOS	MURCIA		RESTO		RESTO			CIRSC	NO CONSTA	TOTAL
	CAPITAL	PEDANÍAS	MURCIA	ORIHUELA	VALENCIA	PENINSULA				
1700-09	11(23,91)	-	1(2,17)	-	-	1(2,17)	1(2,17)	1(2,17)	32(69,56)	46(100)
10-19	15(55,55)	1(3,70)	3(11,11)	3(11,11)	1(3,70)	-	1(3,70)	1(3,70)	3(11,11)	27(100)
20-29	3(8,82)	-	2(5,88)	-	1(2,94)	1(2,94)	-	-	27(79,41)	34(100)
30-39	14(25,45)	1(1,81)	3(5,45)	3(5,45)	2(3,63)	2(3,63)	-	-	30(54,54)	55(100)
40-49	17(29,82)	1(1,75)	14(24,56)	3(5,26)	3(5,26)	4(7,01)	-	-	15(26,31)	57(100)
50-59	19(35,84)	3(5,66)	11(20,75)	5(9,43)	1(1,88)	6(11,32)	2(3,77)	2(3,77)	6(11,32)	53(100)
TOTAL	79(29,04)	6(2,20)	34(12,50)	14(5,14)	8(2,94)	14(5,14)	4(1,47)	4(1,47)	113(41,54)	272(100)

TABLA 8.

RELACION ENTRE TASAS DE MORTALIDAD EN LA HUERTA DE MURCIA E
INSCRIPCIONES DE SANITARIOS (MEDIAS MOVILES). 1723-1757.

ARO	TASA MORTALIDAD	NUMERO INSCRIPCIONES
1723	18,3	2,8
24	16,6	3,4
25	16,5	3,4
26	17,2	4,6
27	19,6	5,0
28	26,2	4,2
29	27,0	4,6
30	23,8	5,2
31	18,2	4,8
32	21,3	5,0
33	23,0	5,0
34	26,4	5,2
35	22,5	7,0
36	22,2	6,4
37	23,3	6,0
38	24,0	6,8
39	22,3	6,2
40	19,6	4,0
41	17,8	5,0
42	19,7	6,0
43	23,8	7,0
44	25,8	6,8

TABLA 8 (CONTINUACION).

45	23,5	7,6
46	20,5	6,8
47	20,4	5,4
48	20,6	3,8
49	19,6	3,8
50	19,2	4,2
51	20,9	4,6
52	18,0	5,6
53	16,5	6,0
54	15,7	6,4
55	16,2	5,2
56	16,4	5,2
57	16,6	5,0

$$r = 0.32915$$

$$A = 0.92$$

$$B = 15,71$$

CUADRO 1.

LUGARES DE ORIGEN DE LOS SANITARIOS INSCRITOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA. 1700-1759.

ORIGEN	Nº INSCRIPCIONES	ORIGEN	Nº INSCRIPCIONES
Murcia capital.	79	Reino Valencia	
Pedanías:		Elche	1
T. Pacheco	2	Lenezo	1
Santomera	1	Orihuela	13
Beniajan	1	Valencia.	1
El Palmar	1	Alicante.	3
Roda	1	Sella.	1
Resto Diócesis:		Guardamar	1
Cartagena.	6	Granxa	1
Cieza.	3	Resto Península	
Villena.	2	Almarcha (Cuenca)	1
Jumilla.	1	Minaya (Cuenca)	1
Mula.	5	Cuenca.	1
Yecía.	2	Antequera.	1
Cehegin.	5	Villamantos (Toledo)	1
Pliego.	1	Huercaíovera.	1
Fortuna.	1	Ubeda.	1
Molina.	2	Lezuza (Toledo).	1
Totana.	2	Gabaldón (Cuenca).	1
Chinchilla.	1	Granada.	1
Hellín.	1	Madrid.	1
Caravaca.	1	Lixar (Almería).	1
Carcelén.	1	Ontosillas (Cuenca).	1
		Valladolid.	1

APENDICE.

RELACION ALFABETICA DE LOS SANITARIOS INSCRITOS EN EL AYUNTAMIENTO DE MURCIA ENTRE 1700 Y 1759.

<u>APELLIDOS Y NOMBRE.</u>	<u>TITULACION.</u>	<u>FECHA.</u>	<u>PROCEDENCIA.</u>
Aguirre, Antonio de.	Médico.	1709	
Agutina Barquero, Joseph.	Médico.	1743	
Alarcón, Thomas.	Sanrador.	1725	
Alarcón, Sebastian.	Sanrador.	1752	Minaya.
Alcaraz, Ginés.	Sanrador.	1703	Murcia.
Alcaraz Silicofre, Juan.	Boticario.	1747	Cartanena.
Alcazar, Miguel.	Boticario.	1743	
Alfocea, Francisco.	Médico.	1744	
Alfonso Pérez, Miguel.	Sanrador.	1747	Ziezar.
Alfonso de Lumeras, Salvador.	Médico.	1735	Murcia.
Antolin, Christobal.	Médico.	1752	Villena.
Anton, Isidoro.	Boticario.	1731	Elche.
Arroyo, Juan Manuel.	Saludador.	1756	Antequera
Ases, Joseph.	Médico.	1737	Lenezo (Valencia).

APENDICE (Continuación).

Avadfa y Campos, Joseph.	Boticario.	1712	Murcia
Avilés, Manuel.	Médico.	1722	
Bas, Diego.	Médico.	1741	Jumilla.
Beltran, Pedro.	Médico.	1740	
Bernardo, Claudio.	Sangrador.	1722	Villamantos (Toledo).
Bernardo, Claudio.	Cirujano.	1725	
Belven, Manuel.	Cirujano-sangrador.	1757	Santomera.
Bicente, Francisco.	Sangrador.	1741	Beniajan.
Blanes Carrasco, Manuel.	Sangrador.	1740	Murcia.
Boluda, Antonio.	Sangrador.	1728	
Boluda, Joseph.	Sangrador.	1755	Murcia.
Bonastre, Antonia.	Matrona.	1758	
Caballero y Cañadas, Antonio.	Boticario.	1755	
Cairén, Antonio.	Cirujano.	1708	
Cámara, Joseph Salvador.	Sangrador.	1709	
Canaforte, Diego Andrés.	Cirujano.	1716	Murcia.
Canaforte, Francisco.	Cirujano.	1700	
Cánovas, Bartolomé.	Médico.	1736	
Cantabella, Vicente.	Cirujano-sangrador.	1731	

APENDICE (Continuación).

Cantos, Calixto de.	Boticario.	1730	
Capel, Ginés.	Médico.	1713	Murcia.
Caravalló, Juan.	Médico.	1745	
CarboneI, Joseph.	Médico.	1737	
Carpani, Diego Alfonso.	Cirujano-sangrador.	1758	Mula.
Carpe, Joseph.	Cirujano.	1742	
Carpena, Antonio.	Médico.	1728	Yecla.
Castillo, Agustín.	Sangrador.	1725	
Chamaradas, Isidro Francisco.	Boticario.	1709	
Cheches, Antonio.	Sangrador.	1700	
Cintas y Torres, Diego de.	Médico.	1726	Murcia.
Conca, Antonio.	Médico.	1753	Murcia.
Conca, Juan Antonio de.	Boticario.	1726	
Corcoles Villar, Esteban.	Médico.	1708	
Cortés, Salvador.	Saludador.	1736	
Cuenca Fernández, Alonso.	Sangrador.	1750	Cehegín.
Cuenca Fernandez, Alonso.	Cirujano.	1759	Cehegín.
Cueva, Diego la.	Sangrador.	1753	Murcia.

APENDICE (Continuación).

Damian de Albornoz, Juan.	Médico.	1731	Murcia
Delgado, Juan.	Médico.	1757	El Palmar.
Diaz, Miguel.	Sangrador.	1708	Murcia.
Diez de Robustillo, Fco. Xavier.	Boticario.	1744	Murcia.
Domene, Ginés.	Sangrador.	1701	
Domingo, Pedro.	Cirujano.	1734	
Egea, Damian.	Médico.	1752	Cehegin.
España, Salvador de.	Cirujano.	1723	
Espinosa, Bartolomé.	Médico.	1745	Murcia.
Esteban Valcarcel, Antonio.	Boticario.	1728	
Esteve, Miguel.	Médico.	1724	
Exca, Joseph de.	Boticario.	1730	
Fajardo, Francisco.	Boticario.	1714	Murcia
Fajardo, Tomás.	Boticario.	1708	
Fanfán, Nicolás.	Sangrador.	1756	Murcia.
Felices, Juan Bautista.	Sangrador.	1733	
Fernández, Baltasar.	Cirujano.	1733	
Fernández, Damian.	Cirujano.	1736	Murcia.
Fernández, Tomás.	Médico.	1740	Murcia.
Fernández Cáceres, Juan.	Saludador.	1752	
Fernández Martínez Sánchez, Tomás.	Boticario.	1701	Pliego.
Fernández Navarro, Miguel.	Cirujano-sangrador.	1740	
Fernández de Rueda, Luis.	Cirujano.	1738	Murcia.
Fernández de Sevilla.	Sangrador.	1709	
Fernández Silva, Francisco.	Sangrador.	1743	Huercalovera.

APENDICE (Continuación).

Ginés López, Luis.	Cirujano-sangrador.	1747	Molina.
Gómez, Nicolás.	Cirujano-sangrador.	1752	Murcia.
Gómez, Antonio.	Sangrador.	1720	Valencia.
Gómez de Cantos, Joseph.	Médico.	1731	Orihueia.
Gómez Carrillo, Alonso.	Boticario.	1725	
González, Antonio Joseph.	Sangrador.	1736	
González, Joseph.	Cirujano.	1719	Murcia.
González, Joseph Bautista.	Médico.	1734	Murcia.
González, Joseph Bautista.	Médico.	1737	
González, Luis Francisco.	Sangrador.	1730	Granada
González, Manuel Joaquín.	Sangrador.	1754	Mula.
González, Pedro.	Sangrador.	1701	Murcia.
González Rosa, Sebastian.	Sangrador.	1729	Murcia.
Granja, Joseph.	Sangrador.	1745	Alicante.
Guardiola Piñero, Joseph.	Médico.	1743	Totana.
Guijarro Mendoza, Diego.	Saludador.	1732	
Guirado García, Miguel.	Sangrador.	1709	
Guirado y Villalba, Ginés.	Boticario.	1737	Cehegin.
Guirao, Pascual.	Sangrador.	1708	
Guirao, Pascual.	Cirujano.	1709	
Guirao Villalba, Cristobal.	Cirujano.	1745	Cehegin.
Gurrero, Esteban.	Boticario.	1749	Murcia.
Hechalem, Joseph Nicolás.	Médico.	1733	
Herbas, Joseph.	Boticario.	1731	
Hernandez, Bartolomé.	Cirujano.	1733	Mula.

APENDICE (Continuación).

Hernández, Bartolomé.	Cirujano.	1737	
Hernández, Damian.	Sangrador.	1724	
Hernández, Felix.	Cirujano-sangrador.	1740	Murcia.
Hernández, Gaspar.	Cirujano.	1711	Murcia.
Hernández, Joseph.	Cirujano.	1759	Cartagena.
Hernández, Miguel.	Cirujano.	1736	
Herrera, Nicloás.	Médico.	1759	Murcia.
Hortiz, Leandro.	Boticario.	1759	Murcia.
Hurtado de Mendoza, Joseph.	Cirujano.	1738	Murcia.
Jimenez, Matias.	Sangrador.	1701	Murcia.
Jimenez Bernabé, Marcos.	Boticario.	1704	Madrid.
Jimenez Molina, Juan.	Médico.	1708	
Jimenez de Quesada, Sebastian.	Médico.	1732	Murcia.
Jumilla, Juan Antonio.	Boticario.	1740	
Lizana, Pedro.	Cirujano.	1707	
López, Antonio.	Cirujano.	1710	Murcia.
López, Gerardo.	Médico.	1708	Murcia.
López, Joachin.	Boticario.	1756	Murcia.
López, Juan.	Cirujano.	1718	Cartagena.
López, Pablo.	Médico.	1737	
López, Rafael.	Cirujano.	1703	Murcia.
López de Arazan, Joseph.	Cirujano.	1741	Cartagena.
López Joseph, Cristobal.	Boticario.	1711	Murcia.
López Mesas, Antonio.	Boticario.	1712	Murcia.
Lorente, Salvador.	Médico.	1745	Murcia.

APENDICE (Continuación).

Llobregat, Miguel.	Sangrador.	1748	Alicante.
Marcos, Felipe.	Sangrador.	1729	
Marín, Miguel.	Sangrador.	1758	Chinchilla.
Martí, Lorenzo.	Sangrador.	1759	
Martínez, Jerónimo.	Sangrador.	1755	Lixar (Almería).
Martínez, Juan Francisco.	Cirujano-sangrador.	1709	
Martínez, Miguel.	Sangrador.	1732	
Martínez, Salvador.	Médico.	1745	Murcia.
Martínez, Salvador Joseph.	Cirujano.	1705	
Martínez Aguilar, Andrés.	Médico.	1750	
Martínez Cantero, Juan.	Boticario.	1734	Ontosillas (Cuenca).
Martínez Galincoga, Diego.	Boticario.	1719	Molina.
Martínez López, Antonio.	Sangrador.	1753	Villena.
Martínez Pacheco, Gregorio.	Médico.	1739	Orihuela.
Martínez Pérez, Pedro Joseph.	Sangrador.	1743	Totana.
Mateo, Carlos.	Médico.	1737	
Mateos de Medina, Pedro.	Boticario.	1737	Murcia.
Matias Orna, Joseph.	Boticario.	1728	
Mayor, Eusebio.	Boticario.	1731	
Medina Moreno, Fernando.	Cirujano.	1701	Murcia.
Medina Moreno, Ginés.	Boticario.	1716	Orihuela.
Melo, Gerónimo.	Boticario.	1706	Murcia.
Menor, Juan Faustino.	Médico.	1746	Carcelén.
Merchante Montes, Joseph Manuel.	Médico.	1744	Murcia.
Merino, Juan.	Sangrador.	1710	

APENDICE (Continuación).

Mira Moreno, Roque.	Médico.	1750	Murcia.
Montero, Gabriel.	Sangrador.	1743	
Moreno, Fernando.	Cirujano.	1719	
Mosta, Francisco Xavier.	Médico.	1755	
Motta, Raphael Dionisio.	Boticario.	1725	
Muñoz Amoraga, Joseph.	Médico.	1744	
Muñoz Carrillo, Antonio.	Sangrador.	1754	Murcia.
Navarro, Joseph.	Sangrador.	1725	
Navarro, Francisco	Boticario.	1747	Murcia.
Navarro de Alzamora, Joseph.	Cirujano.	1726	
Navarro García Peñas, Juan.	Médico.	1736	
Nina, Antonio de.	Cirujano.	1708	
Olivares, Brocardo.	Médico.	1756	Murcia.
Orcajada, Esteban.	Médico.	1716	Mula.
Ortega, Basilio.	Sangrador.	1742	Valladolid.
Ortín, Joseph.	Cirujano.	1725	
Osorio, Antonio.	Cirujano.	1728	
Osorio, Francisco.	Sangrador.	1753	Murcia.
Osorio Lozano, Salvador.	Médico.	1708	Murcia.
Palací, Miguel.	Médico.	1739	Orlhuela.
Palao de Yague, Francisco.	Médico.	1745	Yecla.
Palomero, Pedro.	Médico.	1727	
Pascual, Nicolás.	Médico.	1729	
Peña, Juan de la.	Cirujano-sangrador.	1705	Murcia.
Perales, Jacinto.	Médico.	1754	Roda (Murcia).

Pérez, Luis:	Cirujano.	1734	
Picó, Joseph.	Médico.	1759	Sella
Ponce, Silvestre.	Médico.	1737	
Pons, Gaspar.	Médico.	1752	Mahón.
Poveda, Manuel.	Cirujano-sangrador.	1747	Guardamar.
Poveda, Pedro.	Cirujano.	1737	
Prieto, Juan Joseph.	Médico.	1736	Murcia.
Pujalte Guillén, Juan.	Cirujano-sangrador.	1725	
Quico, Nicolás.	Boticario.	1713	Murcia.
Raimundo, Gregorio.	Sangrador.	1754	Orihuela.
Ramirez, Antonio.	Boticario.	1701	
Ramirez, Antonio.	Boticario.	1705	
Ramirez de Avellano, Eduardo.	Cirujano.	1703	Murcia.
Ramón, Nicolás.	Boticario.	1751	Murcia.
Rentero, Roque.	Sangrador.	1740	
Rentero, Roque.	Médico.	1755	Orihuela.
Requena, Felipe.	Cirujano.	1726	
Rives, Joseph.	Médico.	1731	
Robustillo, Francisco.	Boticario.	1712	Murcia.
Rocamora, Antonio.	Médico.	1753	Granxa (Orihuela).
Roche, Antonio.	Cirujano.	1700	
Rodriguez, Basilio.	Médico.	1735	Murcia.
Rodriguez, Simeón.	Médico.	1700	
Rodriguez Pagán, Pedro.	Cirujano-sangrador.	1737	Murcia.
Rosa, Francisco La.	Sangrador.	1708	

APENDICE (Continuación).

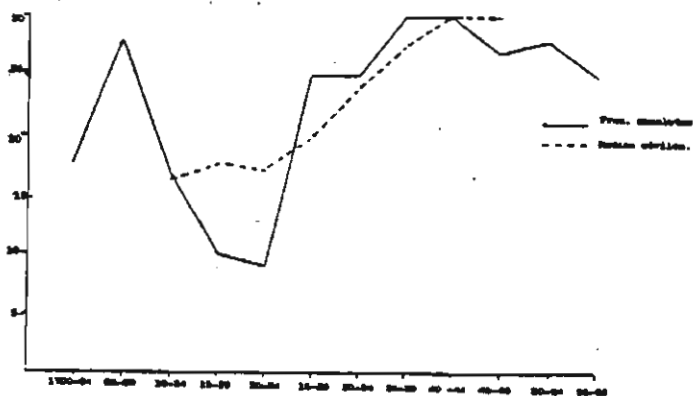
Rosa, Joseph de La.	Cirujano.	1713	
Rosellón, Joseph.	Cirujano-sangrador.	1712	Alicante.
Rubio Martínez, Alonso.	Sangrador.	1752	Ziezar.
Ruiz, Juan.	Cirujano.	1758	Almarcha (Cuenca).
Saavedra, Manuel.	Boticario.	1714	Tambaica (Méjico).
Sáez Márquez, Miguel.	Cirujano.	1727	
Salas, Gabriel de.	Boticario.	1729.	
Sales, Joseph de.	Cirujano.	1712	Orihuela.
Salomón, Santiago.	Cirujano.	1750	Sicilia.
Salvador, Silvestre.	Cirujano.	1714	Orihuela.
Sánchez, Francisco Xavier.	Sangrador.	1755	Murcia.
Sánchez, Gines.	Cirujano.	1721	
Sánchez, Marcos Francisco.	Médico.	1735	Murcia.
Sánchez, Tomás.	Cirujano-sangrador.	1740	
Sánchez Ciperdaña, Joseph.	Médico.	1708	
Sánchez Guillermo, Francisco.	Cirujano.	1745	Murcia.
Sánchez Meseguer, Salvador Joseph.	Médico.	1751	Murcia.
Sanz, Alejandro.	Boticario.	1732	
Saura, Pedro.	Boticario.	1743	Cieza.
Silvestre Rodríguez, Joseph.	Sangrador.	1720	Murcia
Soria, Francisco de.	Saludador.	1737	Hellin.
Soria, Pascual de.	Boticario.	1728	
Tebar Ortiz, Pascual de.	Médico.	1733	Murcia.
Tomás, Joseph Pascual.	Cirujano.	1701	Murcia.
Toribio Huarte, Joseph Andrés.	Boticario.	1717	Murcia.

APENDICE (Continuación).

Toribio Huarte, Juan.	Boticario.	1735	
Toribio Huarte, Nicolás.	Boticario.	1700	
Tornero, Juan.	Cirujano.	1708	
Torral, Francisco.	Cirujano.	1716.	Murcia.
Torre, Juan Raimundo de.	Boticario.	1741	Orihuela.
Trillo Bastida, Joseph.	Médico.	1745	Murcia.
Valero, Joseph.	Sanrador.	1744	Murcia.
Vargas Machuca, Nicolás de.	Cirujano.	1711	Murcia.
Vas, Diego.	Sanrador.	1756	Orihuela.
Vicente Fernández, Antonio.	Sanrador.	1745	Mula.
Vidal, Joseph.	Boticario.	1751	Murcia.
Vila, Lorenzo.	Boticario.	1744	
Villa, Diego Francisco.	Boticario.	1709	
Villanueva, Ana.	Cirujana.	1708	Orán.
Yeart, Joseph.	Médico.	1734	Murcia.
Zamora, Juan Antonio.	Cirujano-sangrador.	1747	Cuenca.
Zomeño, Joseph.	Sangrador.	1752	Caravaca.

GRÁFICA 1.

EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LAS INDUSTRIAS BÁSICAS EN EL DEPARTAMENTO DE GUAYMA, 1960-1970.



GRÁFICA 2.

EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LAS INDUSTRIAS BÁSICAS EN EL DEPARTAMENTO DE GUAYMA, 1960-1970.

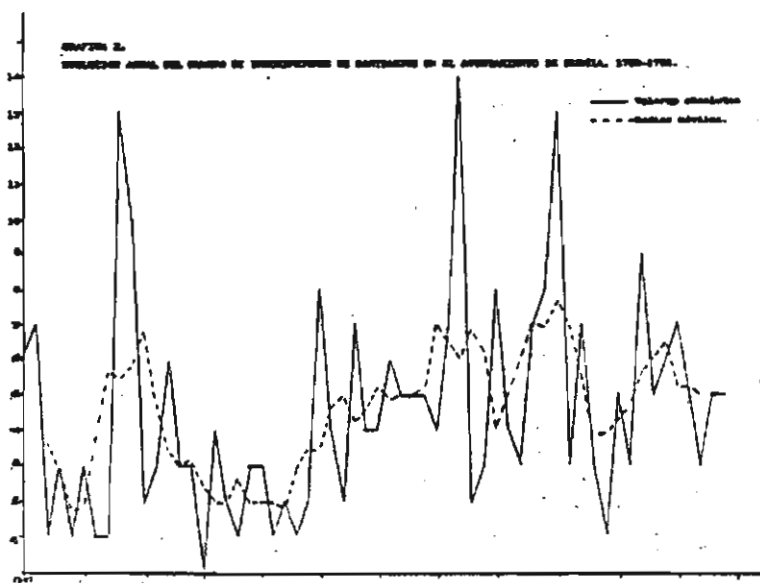


GRÁFICO 3.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE INSCRITOS EN LOS CURSOS DE LA UNIVERSIDAD DE GUATEMALA, 1960-1970.

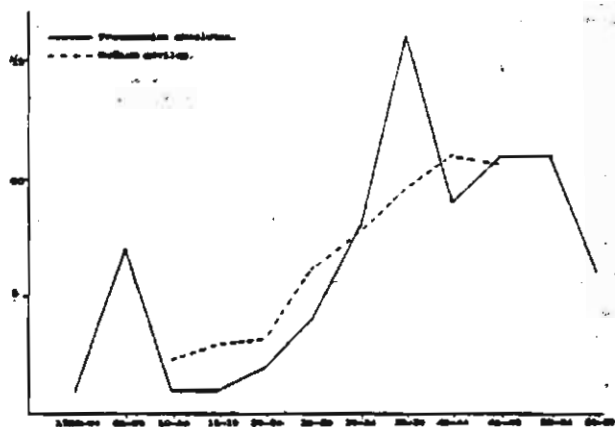


GRÁFICO 4.

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE ALUMNOS INSCRITOS EN LA UNIVERSIDAD DE GUATEMALA, 1960-1970.

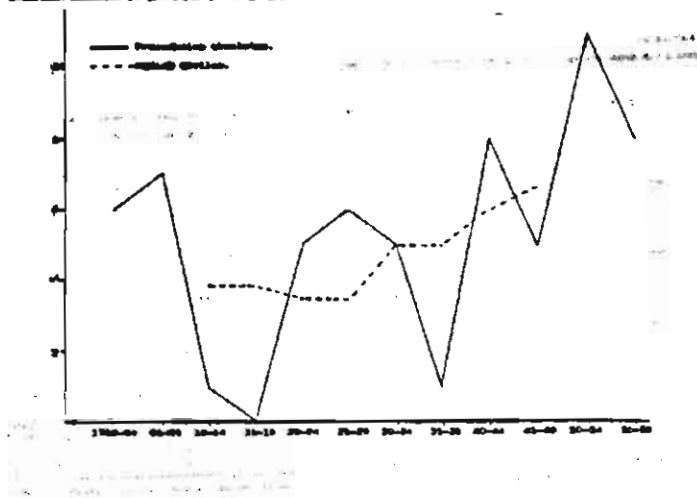


GRÁFICO 5.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE SUJECIONES DE SUJECIONES, 1960-1968.

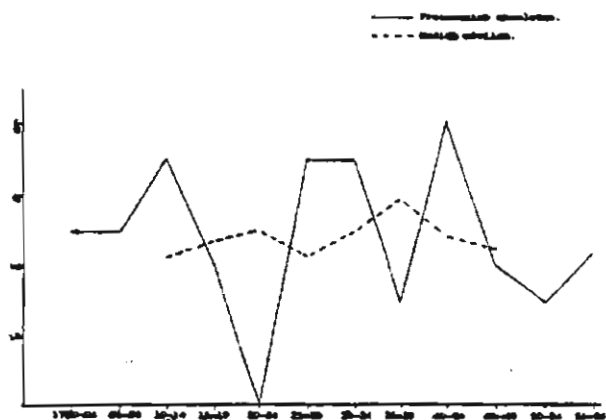
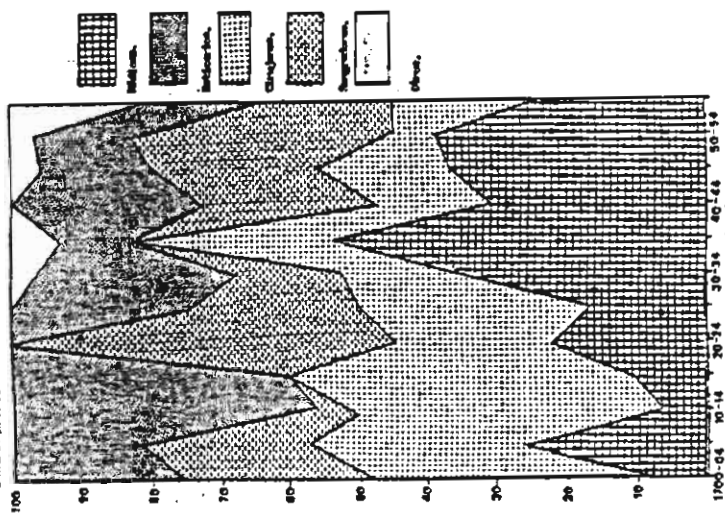


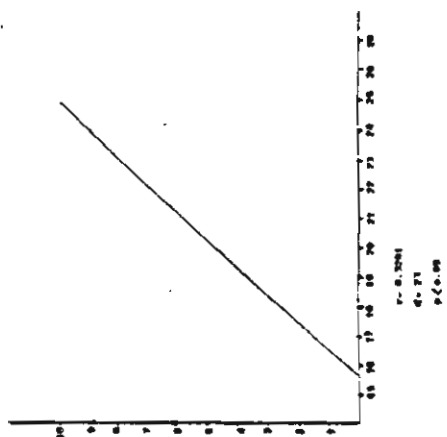
GRÁFICO 6.
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE LAS CATEGORÍAS DE SUJECIONES EN EL SUJECION DE SUJECIONES, 1960-1968.



CUADRO 9.
EQUIVALENCIA DE LOS INCREMENTOS DE LOS SECTORES ECONÓMICOS QUE SE MUESTRAN
EN EL ANÁLISIS DE SERVICIO. (1970-1978).



CUADRO 10.
RELACION ENTRE VOLUMEN DE INVESTIGACION Y VOLUMEN PRODUCCIÓN DE INVESTIGACIÓN.



EL HOSPITAL GENERAL DE MURCIA Y LOS MEDICOS DE LA FUNDACION DEL DOCTOR ESPEJO DURANTE EL SIGLO XVII

Sáez Gómez, J.M.; Soto, M.A.; Blázquez, M.D.; Guillón, F.; San Eustaquio, F.
Departamento de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Univ. Murcia.

INTRODUCCION

Aunque la historia de los hospitales de Murcia ya ha sido tratada por otros autores, principalmente por Ibañez (1) en el primer tercio de nuestro siglo, y más tarde por Martínez Hernández (2) en su tesis doctoral, siguen quedando puntos oscuros, sobre todo en lo que se refiere al origen y primeros tiempos de estas instituciones.

Pretendemos en la presente comunicación intentar una primera aproximación al origen del que, hasta hace relativamente poco tiempo, fue el hospital más importante de nuestra región, el Hospital General de San Juan de Dios, desde el momento en que esta orden religiosa se hace cargo de su gestión en 1617 hasta el comienzo del siglo XVIII.

Así mismo, asistiremos al origen de una fundación benéfico-sanitaria que marcó durante un tiempo la asistencia sanitaria en Murcia, la Fundación del Dr. Espejo, y a las especiales relaciones que se establecen entre hospital, fundación y cabildos secular y eclesiástico, aunque centraremos nuestra atención en los profesionales sanitarios que, a través de estas instituciones, se encargarán de la asistencia de la mayor parte de la población murciana, intentando establecer hasta donde sea posible, su sucesión en el tiempo y las circunstancias en que se produjo su relevo.

MATERIAL Y METODO

Para la realización de este estudio contamos con fuentes de indudable valor que nos han aportado los datos necesarios, si bien dejan lagunas que en un futuro esperamos llenar con el recurso a archivos que han quedado de momento fuera de nuestro alcance por encontrarse en fase de catalogación y ordenación (Archivos del Obispado y de la antigua Diputación Provincial de Murcia). Somos conscientes, además, de que ha quedado fuera del estudio otra fuente que en un futuro contribuirá a completar la visión que hoy esbozamos: se trata de los libros de Actas Capitulares que corresponden a todo

el siglo XVII y que actualmente están siendo objeto de estudio para la elaboración de una tesis doctoral (3).

Sí hemos contado, en cambio, con los Libros Capitulares del Ayuntamiento de Murcia entre 1700 y 1759, que hemos vaciado, y una abundante colección de legajos, conservados también en el propio Ayuntamiento, sobre temas de sanidad, beneficencia, y hospitales. También ha sido de utilidad para nuestro estudio lo Libros de Cartas Antiguas y Modernas del Ayuntamiento de Murcia, y el testamento del Dr. D. Alonso de Espejo, conservado entre los Protocolos Notariales del Archivo Histórico Regional.

Ha sido necesaria una importante labor de ordenación de la información aportada por las distintas fuentes, dada la dispersión y amplitud del contenido, a veces contradictorio, pero pensamos que los resultados obtenidos merecen ser sacados a la luz como contribución a nuestra historia regional y apoyo de futuras investigaciones.

RESULTADOS Y DISCUSION

La primera institución benéfico-sanitaria de que se tiene noticia en Murcia fue el Hospital de San Antonio Abad (4) que ya existía hacia 1500 y estaba situado en el extremo este del Huerto de San Antón. a la salida de la Puerta de Castilla (5). Concebido en su origen como Monasterio y pequeña enfermería, se convirtió en leprosería en tiempos de Alfonso X. Su fundador se proponía dedicar estas enfermerías a acoger a los afectados del "Fuego de San Antón", término que abarca según el autor que lo emplea. afecciones tan dispares como la erisipela, el ergotismo o incluso la peste (6).

Su funcionamiento debió quedar totalmente al margen del Ayuntamiento, puesto que carecemos de cualquier referencia de él, a pesar de que a principios del siglo XVIII tuvo cierta importancia, alcanzando la categoría de Casa Real.

Además de este hospital, Murcia cuenta al comenzar el siglo XVII con otros dos, aunque la tendencia que se observa a lo largo de los siglos XVI a XVIII y sobre todo en este último, de unificar en grandes hospitales generales los numerosos pequeños hospitales de forma que sus recursos unidos permitieran una labor más efectiva, parece empezar a manifestarse en Murcia, de manera que pronto estos dos hospitales se van a ver reunidos en un solo. con la entrega a los religiosos de la Orden de San Juan de Dios de

"...el Gobierno y Administración del dicho hospital, así de los

bienes de él como la cura y regalo de los Pobres del Hospital".
(7).

A su vez, los religiosos aportan

"la casa que hoy tienen de convalecientes y todo lo a ella anexo,
en utilidad del dicho Hospital General" (8),

mientras que Obispo y cabildos municipal y eclesiástico se reservan el patronazgo del hospital y

"...el derecho, dominio y superioridad". (9).

Los dos hospitales que se unifican con este contrato son, en primer lugar, el de Nuestra Señora de Buen Suceso, dedicado a hospital de convalecencia y regido por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, entonces aún no canonizado. Fue fundado por los Hermanos del Beato Juan de Dios a su llegada a Murcia en 1613. El segundo de ellos es el Hospital de Nuestra Señora de Gracia, administrado hasta ese momento por los cabildos municipal y eclesiástico de la ciudad de Murcia.

Prevía solicitud de la Orden de San Juan de Dios y tras las correspondientes reuniones, el 23 de abril de 1617, ambos cabildos otorgan escritura ante Francisco Muñoz Pareja, escribano del número de la ciudad de Murcia, por la que ceden la administración de los propios y rentas del Hospital de Nuestra Señora de Gracia a la citada Orden, que se compromete a emplearlos en la atención a los enfermos y la remuneración de los sanitarios y sirvientes del hospital, sin abandonar la asistencia a los convalecientes.

Señalan Ibañez y Martínez Hernández que un cuarto hospital, con capacidad para cuatro convalecientes y ampliado a ocho a la muerte de su fundador, fue creado en 1666 por D. José Mateos Navarro, aunque se ignora qué tipo de relaciones mantuvo con la administración, si fue incorporado al hospital general o si simplemente se extinguió (10).

El contrato de unificación de los hospitales contiene 16 cláusulas (11) que, en resumen establecen:

1. Los cabildos secular y eclesiástico se reservan el patronazgo del hospital. Cada uno de los cabildos nombrará cuatro comisarios que visitarán el hospital

"...reconociendo el bueno o mal tratamiento que se hiciere a los pobres, así en sustento como en cura y ropa de sus camas",
advertirán al Prior cualquier defecto observado y si este no es corregido, darán cuenta

- "...a el ordinario eclesiástico para que acuda a su remedio".
2. También serán controladas, una vez al mes, las cuentas del hospital, que ha de dar
 "...el recibo, así de sus rentas como de todas sus limosnas".
 3. El hospital no puede disponer para su venta de los bienes y propiedades que le han sido asignados si no cuenta con la previa autorización de los cabildos.
 4. En el momento de la cesión se entregará un inventario de
 "...todos los bienes raíces y muebles, censos y fincas que tuviese el dicho hospital".
 5. Se hace entrega también de la Iglesia de Nuestra Señora de Gracia en las mismas condiciones que el hospital, que conservará el nombre de Hospital General de Nuestra Señora de Gracia.
 6. Lo que se recaude por derechos de entierros quedará en poder del hospital.
 7. Los religiosos
 "...convertirán la casa que hoy tienen de convalecientes y todo lo a ella anexo en utilidad del dicho Hospital General".
 8. Así mismo, asumen todos los gastos.
 9. Aunque asumen también los gastos derivados de la remuneración de las amas de cría, este se realiza de forma especial.
 "Porque no sería a propósito que los hermanos paguen las amas que crían los niños expósitos por cuyo respecto tiene mucha y buena hacienda el Hospital, se contentan los dichos dos cabildos que los hermanos hayan de dar cada mes lo que pareciere bastante y juzgaren los dichos diputados para la crianza de los niños, y el torno y lugar donde se hayan de criar será el más conveniente del parecer de los dos cabildos o de sus comisarios, que mirarán bien esto".
 10. Se permitirá a los sacerdotes de la parroquia decir misa en el templo.
 11. "Conservarán el cuarto de las mujeres enfermas y procurarán siempre se les acuda con caridad".
 12. Establece la obligación de conservar un cuarto para religiosos enfermos, y de dar alojamiento a los peregrinos.
 13. Los religiosos asumen la deuda contraída con los trabajadores del

hospital que abandonan su empleo al tomar el control la Orden de San Juan.

14. "Que por cuanto este hospital es y ha sido siempre general costumbre de admitir a todos los pobres enfermos, hombres y mujeres, naturales y forasteros, que no tienen enfermedad contagiosa o incurable a parecer de los médicos, han de recibir todos cuantos enfermos contagiosa o incurable a parecer de los médicos, han de recibir todos cuantos enfermos acudieren o hubiere en la ciudad, aunque no haya camas, acomodándolos a todos lo mejor que pudieren, aunque esto no quita que si fueren tantos que no quepan en la casa, se hayan de dar otros medios, y así la dicha condición se entiende en lo general".
15. Si no se cumplen las condiciones, los religiosos pueden llegar a perder todos los derechos y la administración del hospital.
16. En el plazo de un año se han de obtener las autorizaciones precisas del Papa y el Rey.

Este reglamento merece, al menos, unos comentarios. En primer lugar destaca que parece más un programa de intenciones que un reglamento detallado sobre el funcionamiento de un hospital, y que mientras se observa cierta meticulosidad en indicar qué imágenes religiosas deben conservarse y donde, se olvida mencionar con qué recursos se cuenta para mantener a los enfermos, cuantas camas debe haber en cada sala, normas sobre el aseo y alimentación de los enfermos, régimen de los sanitarios al servicio del hospital, etc. Es curioso que de las 16 cláusulas que componen este contrato, solo cinco de ellas mencionan en qué condiciones se atiende a los enfermos: la primera, estableciendo que los cabildos fiscalizarán la asistencia al ingresado; la séptima, por la que el hospital asume funciones de hospital de convalecientes; la undécima y duodécima, que recogen la necesidad de una sala para mujeres y otra para sacerdotes, y por último, la decimocuarta especifica a grandes rasgos qué tipo de patología queda excluida de las funciones del hospital.

Es también de destacar la multiplicidad de funciones que el hospital asume. Cualquier patología, a excepción de enfermedades transmisibles e incurables, tiene cabida en él; ha de atender las necesidades de los niños expósitos, e incluso asume funciones de "hotel" para los peregrinos. A diferencia de otros hospitales de la época, no se mira la procedencia geográfica

de los enfermos que ingresan, atendiéndose tanto a los vecinos de Murcia como a los posibles transeuntes que a él acuden.

Junto a características que podríamos considerar negativas desde el punto de vista del correcto funcionamiento del hospital (atención a los expósitos, hospedaje de peregrinos), observamos otras que parecen estar pensadas para favorecer una cierta efectividad de su labor. La exclusión de "incurables" evitaría que el hospital, a la larga, fuera convirtiéndose en un asilo de ancianos y desahuciados. La exclusión de pacientes con enfermedades transmisibles conseguiría evitar epidemias en el interior del propio hospital y quizá, reducir las tasas de mortalidad, aunque posiblemente, dadas las dificultades de un diagnóstico correcto, se verían excluidos enfermos no "contagiosos", mientras que otros que sí lo eran, serían admitidos.

Este último punto, el de la exclusión de enfermos contagiosos, nos hace pensar que posiblemente sería el ya mencionado Hospital de San Antón el que actuaría como hospital de infecciosos, ampliando sus competencias que, en principio, se reducían al "fuego de San Antón".

Valoramos positivamente el hecho de que se aprecie la importancia de la segregación de los enfermos infecciosos, importancia que en muchos países más avanzados que España no valoraron hasta entrado el siglo XIX (12). Sir William Petty propuso separar los hospitales destinados a las víctimas de la peste (13) sin ser escuchado, y todavía en la primera mitad del siglo XVIII el l'Hotel-Dieu de Paris no se aislaba a los contagiosos (14). Ya en España, Bernardo Domínguez Rosains, uno de los socios de la Regia Sociedad de Medicina, en 1792 hace una disertación sobre los hospitales sevillanos, donde aconseja alojar en habitaciones separadas convalecientes, agudos, crónicos y contagiosos (15), y todavía en 1821, en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, donde habitualmente se recibe este tipo de enfermos, "...solo hay dos piezas: una inservible y otra poco capaz por el poco número que caben (...) aunque a pesar de ello no se puede evitar la mezcla de enfermos" (16). Aún así no fue el de Murcia el único hospital que no admite a estos enfermos, de hecho, por ejemplo el Hospital de San Juan Bautista de Toledo, en el capítulo XLIX dice: "Curase en esta casa de todas las enfermedades que no son contagiosas, incurables o muy largas" (17). lo que recuerda casi con las mismas palabras este punto de las constituciones de nuestro hospital.

Sin embargo, la segregación no debió ser total, en primer lugar, como ya señalamos, por la dificultades de diagnóstico, pero además hemos po-

dido encontrar referencias a que, efectivamente, pacientes afectos de tuberculosis y otras enfermedades infecciosas son ingresados y tratados en el hospital (18).

El inventario de los bienes que el hospital recibe no es capaz de darnos una pista sobre el tipo de cuidados sanitarios que se administran, aunque sí de las precarias condiciones de vida que habían de soportar los enfermos. No se nos informa de los utensilios y material de cura, así como tampoco de las existencias de la farmacia. Sí se nos dice, en cambio, que los religiosos reciben, al hacerse cargo del hospital, 35 colchones viejos "poblados de lana", tres colchones vacíos, 22 sábanas nuevas, 40 "casi nuevas" y 86 viejas, 29 "frazadas viejas", 38 almohadas viejas y diversos utensilios de cocina y culto.

Poco conocemos de la actividad del hospital a lo largo del siglo XVII, como tampoco sobre cuales eran los profesionales que se hicieron cargo de la asistencia sanitaria. Martínez Hernández (19), afirma que los primeros médicos del hospital de que se tiene referencia escrita son los de la Fundación del Dr. Espejo. Sin embargo, el primer médico de la Fundación que actuó como médico del hospital fue D. Andrés de Chaves, quien previamente era médico del hospital (no conocemos desde qué fecha) y a partir de 1650 ejerce además como médico de la Fundación. Pero antes de él, al menos desde 1633, actúan como médicos en el hospital los doctores Martínez y Juan Catalán, mientras que otros médicos ejercen sus funciones en la Fundación, sin relación alguna con el hospital: D. Domingo Conca y Torreblanca entre 1631 y 1650, y D. Juan Luis de Funeda, entre 1631 y 1657.

Resulta interesante intentar dar cuerpo a las pocas noticias que tenemos sobre el hospital durante el siglo XVII porque, particularmente los problemas planteados por el nombramiento de los médicos y la aparición de la Fundación del Dr. Espejo van a determinar, en cierto modo, la actuación del hospital durante el siglo siguiente.

Afirma Chinchilla que "En España, como nación tal vez la más fanática y supersticiosa, recibió con los brazos abiertos a unos hombres que bajo el manto religioso, ocultaban la ambición más desmedida por dominarlo todo. Apenas había una capital y una ciudad en España que no contase con un convento de San Juan de Dios" (20).

Murcia, por supuesto, se cuenta entre las ciudades que lo tienen. Quizá Chinchilla peca de anticlerical, pero lo cierto es que pronto los reli-

giosos intentan hacerse con el control de ciertas competencias que, en principio, no les estaban atribuidas explícitamente. El primer problema se plantea al intentar la Orden de San Juan de Dios designar a los sanitarios, lo que origina un pleito con el concejo municipal que, llevado por este ante la Real Chancillería de Granada, da lugar a una Real Provisión fechada en julio de 1624, en la que se reafirma el derecho de los cabildos murcianos a designar a los facultativos (21). Esta Provisión, por otra parte, va a ser aprovechada por el Ayuntamiento para ordenar la asistencia médica a la población murciana de la forma más barata posible para sus arcas, como más adelante veremos, si bien no de la forma más eficaz.

Casi simultáneamente, el 15 de junio de 1622, testa ante el escribano del número Pedro Suarez, el Dr. D. Alonso de Espejo. Este médico nacido en Alhama de Murcia se estableció en la parroquia de S. Pedro de la capital (21), ejerciendo como médico del Santo Oficio. El contenido de su testamento va a marcar profundamente, como decíamos, la asistencia sanitaria en Murcia durante los siglos XVII y XVIII. El deseo del Dr. Espejo es crear en Murcia dos plazas para médicos de reconocido prestigio, que se encarguen de atender a los pobres de las diez parroquias murcianas que no pudieran costear por sus propios medios la asistencia sanitaria. El legado impone la condición de que, en el momento en que Murcia cuente con una Universidad, los fondos se destinen a la creación de la Facultad de Medicina (23).

Con una dotación de 133.850 mrs. de renta y bajo el patronazgo del inquisidor más antiguo del Santo Tribunal, el regidor decano del Ayuntamiento, el Guardian de San Francisco y el Rector de la Compañía de Jesús, la Fundación queda establecida el 28 de noviembre de 1627, nombrándose como médicos titulares a los doctores D. Domingo Conca y Torreblanca, catedrático de vísperas de medicina en la Universidad de Alcalá de Henares, y D. Juan Luis de Funeda, también catedrático de la misma Universidad, siéndole adjudicadas las parroquias de S. Antolín, San Andrés, S. Miguel, S. Juan y Sta Catalina al Dr. Conca y el resto al Dr. Funeda (24). Estos dos serán los únicos médicos de la Fundación que ejecuten su labor al margen del hospital, y no tomarán posesión de sus plazas hasta el 24 de mayo de 1631, fecha en que otorgan escritura ante Diego López Abarca (25).

Volviendo al hospital, los cabildos secular y eclesiástico, al parecer tras algunos problemas en el nombramiento de los médicos de él y con el fin de que no vuelvan a repetirse, llegan al acuerdo de turnarse en la

designación, de forma que al quedar vacante la plaza del Dr. D. Juan Catalán, nombrado por el cabildo eclesiástico, este mismo cabildo sería responsable de decidir quien había de sustituirle. De igual forma, al quedar vacante la plaza del Dr. Martínez, nombrado por el Ayuntamiento, este sería quien propusiera al sucesor. Este acuerdo se refleja en una escritura de concordia otorgada el 30 de septiembre de 1633 (26).

Desde 1631 hay, por tanto, cuatro médicos al servicio del Ayuntamiento de Murcia, los doctores Martínez y Catalán en el hospital, y Conca y Funeda a cargo de la Fundación del Dr. Espejo.

Estamos asistiendo en estos momentos a un fenómeno interesante, la lenta pero constante sustitución de la "caridad" por la "filantropía", fenómeno que inicia en Murcia el Dr. Espejo y que continuará más tarde, con los frutos ya conocidos, con Belluga. Esta sustitución, dadas las particularidades de semejantes instituciones, va a obligar a una creciente participación de los poderes civiles en la atención sanitaria, que dejará de ser exclusiva y privilegio del estamento eclesiástico.

La estructura de la asistencia médica que se instaura en 1631 en Murcia, aparentemente podría ser efectiva si no fuera por las propias limitaciones de la ciencia médica de la época. Mientras dos médicos asumen la asistencia ambulatoria y domiciliaria, otros dos atienden a los enfermos hospitalizados, y un segundo hospital, el de San Antón, totalmente en manos religiosas, posiblemente se encargaba del cuidado y tratamiento de los enfermos infecciosos.

Sin embargo, queda constancia de que el 10 de marzo de 1650 el nombramiento de médico de la Fundación recae, por dimisión de D. Domingo Conca "por estar muy viejo", sobre el Dr. D. Andrés de Chaves, que ya era médico del hospital, aunque ignoramos desde qué fecha, unificándose así dos de las cuatro plazas (27).

La unificación de otras dos nos consta por la designación de médico de la Fundación que recae el 11 de mayo de 1657 sobre el también médico del hospital Diego Thomas Fernández (28).

De esta forma, en 1657 el Ayuntamiento ha reducido el número de médicos a su servicio a tan solo dos, además del cirujano Jaime Semper, primer cirujano de quien tenemos noticia, que junto con los doctores Chaves y Fernández, firma una carta de pago a favor del Padre Fray Fernando García Rodea, prior del hospital, en 1633, por valor de 30 ducados cada uno de los

médicos y 20 el cirujano, tras unos problemas con el hospital que pretende no pagar (29).

Esta unificación, muy posiblemente hizo que se resintiera la calidad de la asistencia, más aún si tenemos en cuenta que los dos médicos no actúan simultáneamente, sino que se turnan descansando un mes de cada dos.

El 14 de octubre de 1664 se designa como médico al Dr. D. Simón Gómez por defunción del Dr. Chaves (30). El relevo, también por defunción del Dr. Fernández corre a cargo de D. Joseph Roldán, en agosto de 1666. Tras haber sido nombrado este facultativo como médico de la Fundación, es el propio hospital quien propone la designación del Dr. Roldán (31).

En el cabildo de 10 de septiembre de 1664, el cirujano Jaime Semper presenta su dimisión "por sus muchos achaques" (32), y en el de 14 de octubre se presentan las solicitudes de Antonio Alcaraz y Jusepe García para sustituirlo, así como la del Padre Fray Mathias Ochoa, religioso de S. Juan de Dios y cirujano, que también pretende la designación. Por votación sale elegido el P. Ochoa, al que se otorga un empleo temporal de tres años, con el fin de que el hospital, acogiéndose a la costumbre, no se crea en posesión del derecho a que los cirujanos sean miembros de su comunidad. El nombramiento y las condiciones son aceptadas por todos los interesados, incluido el Prior del hospital (33).

En el cabildo ordinario de 28 de septiembre de 1660, de nuevo se presentan candidatos para cubrir la plaza de cirujano. En esta ocasión concurre otro religioso, Fray Francisco Roldán, además de Jusepe García, Antonio Alcaraz y Francisco Martínez, resultando elegido por votación Jusepe García (34). Poco dura la labor de este cirujano, pues el 2 de diciembre de 1667, de nuevo alegando "achaques", deja vacante su plaza y reclama el salario del tiempo que estuvo a su servicio (35).

En esta ocasión, para sustituir al cirujano se nombran otros dos, Diego Alfocea y Antonio Alcaraz quienes, inmediatamente tras su nombramiento, se quejan de que

"...los padres de S. Juan de Dios, no obedeciendo el mandato de V. S^a., no nos dejan curar a los pobres de dicho hospital, por que al tocar la campanilla que es el aviso para que el enfermero acuda a dar lo necesario para la curación de dichos pobres, sale a la escalera diciendo no hay ningunos que curar de cirugía..." (36).

Las razones alegadas por el Prior se refieren a que ya el hospital cuenta con un cirujano, Fray Francisco Roldán, de forma que se ahorraría el salario si no se nombra a ningún otro, y haciendo referencia a una Bula Apostólica de Pablo V. dada en Roma a 4 de abril de 1619, concediéndoles la facultad de nombrar médicos y cirujanos, aunque al fin el nombramiento otorgado por el Ayuntamiento se hace efectivo (37).

Con el transcurso del tiempo y sin que podamos precisar en qué momento, el Ayuntamiento deja de pagar a los médicos la asignación que les corresponde por su trabajo en la Fundación del Dr. Espejo, y

"...los emolumentos de su dotación pasarían a los pobres enfermos de solemnidad de las parroquias". (38)

quedándoles los 30 ducados que por S. Juan les abona el hospital.

No hemos podido confirmar que realmente el dinero redundara en beneficio de los enfermos. De cualquier forma, el Ayuntamiento ha reducido los gastos y el número de médicos directa o indirectamente a su cargo, de forma que con los mismos gastos que se atiende a los enfermos del hospital se consigue además, prestar asistencia médica a los enfermos que no precisan hospitalización.

En 1666, el hospital solicita permiso para no pagar los salarios de los médicos, alegando que obtenían dos juros de 133.850 mrs., correspondientes a la dotación de la Fundación (39). Aunque lógicamente no se les concede el permiso, los frailes

"...con sus buenas o malas conciencias no les pagaban, hasta que confundidos con ambas obligaciones, no cobran salario alguno." (40).

Por esta razón, el Dr. Roldán deja de asistir al hospital (41) y este responde interponiendo pleito en Granada, que gana por reales provisiones de fecha 5 de mayo y 6 de agosto de 1668, en las que se obliga a los médicos de la Fundación a atender a los enfermos de la parroquia de Murcia que fueran ingresados en el hospital, sin mencionar a los enfermos forasteros que, a decir de los regidores,

"...suele ser el mayor número..." (42),

aunque este detalle no es advertido por los médicos. De esta forma y tras algunos litigios con los médicos y el Ayuntamiento, el hospital consigue ahorrarse el salario de los médicos.

El 23 de septiembre de 1672, el Dr. D. Andrés Fernández sustituye

en el empleo a D. Joseph Roldán y permanece en esta plaza hasta 1724 (43). Ignoramos por qué causa y en qué momento el Dr. Gómez deja vacante la suya, pero ya en 1680 se encuentra un memorial firmado por D. Andrés Fernández y D. Joseph Amund, el nuevo médico, afirmando que, como titulares de la Fundación del Dr. Espejo, están visitando el hospital (44).

El nombramiento del Dr. Fernández será el último que se haga como médico del hospital; después de él a nadie se designará para cubrir esa plaza, solo se nombrarán médicos para la Fundación del Dr. Espejo y ellos serán quienes asuman la asistencia del hospital, perdiendo la remuneración por este último concepto, lo que provocará, a mediados del siglo siguiente, los problemas que comentábamos al principio.

En el cuadro 1 presentamos un resumen de los médicos y cirujanos que atendieron al hospital y la Fundación del Dr. Espejo a lo largo del siglo XVII.

CONCLUSIONES

La asistencia sanitaria en la Murcia del siglo XVIII se encuentra enmarcada principalmente entre dos instituciones: el Hospital General de Nuestra Señora de Gracia, administrado por la Orden de San Juan de Dios, y la Fundación del Dr. Espejo, a cargo de la asistencia ambulatoria y domiciliaria de los enfermos de la ciudad.

Las deficiencias del contrato de cesión del hospital a la Orden religiosa, además de impedirnos profundizar en la investigación de las características de la asistencia hospitalaria, crea problemas de interpretación que origina constantes conflictos entre hospital, médicos y cabildos murcianos, que se prolongan hasta mediado el siglo XVIII.

Es de destacar que en el contrato de cesión del hospital ya se valora la importancia de la segregación de enfermos infecciosos, lo que posiblemente redundó en beneficio de los pacientes ingresados, si bien otras cláusulas, que establecen múltiples funciones para el hospital (hospedaje de peregrinos, asistencia a niños expósitos, cuidado de convalecientes), sin duda hicieron que se resintiera la calidad de la asistencia.

La creación de la Fundación del Dr. Espejo da lugar a unas condiciones en la organización de la sanidad que, salvando las limitaciones de la ciencia médica, tiene visos de poder ser efectiva. A lo largo de todo el siglo se encargarán de la asistencia sanitaria de la población diez médicos

y cinco cirujanos. Hasta 1650 serán cuatro los médicos que ejercen simultáneamente en Murcia, dos en el hospital y otros dos en la Fundación; en 1650 se unifican dos de estas plazas y en 1657 las otras dos, con lo que el Ayuntamiento ha intentado y conseguido reunir en una sola ambas instituciones, de forma que la asistencia benéfico-sanitaria de toda la población de Murcia, quedará en manos de tan solo dos médicos, que alternan en el ejercicio, y un cirujano.

NOTAS

- (1) Ibañez (1917-18)
- (2) Martínez Hernández (1983)
- (3) Santiuste de Pablos. Tesis doctoral en elaboración.
- (4) Chazarra (1960), p. 317.
- (5) Martínez Hernández (1983), p. 27.
- (6) Chazarra (1960), p. 317-18.
- (7) Escritura de cesión del hospital general (1617). Copia de 12 de noviembre de 1728. Legajo 951. Archivo Municipal de Murcia.
- (8) Ibidem
- (9) Ibidem
- (10) Martínez Hernández (1983), pp. 76-77.
- (11) Escritura... Leg. 951. A.M.M.
- (12) McKeown (1978), pp. 182-184.
- (13) Lyons; Petrucelli (1984), p. 463.
- (14) Peset, J.L. (1973), p. 372.
- (15) Carmona García (1979), p. 422.
- (16) Deliberacions, 5 sept. 1821. Cit. por Danon (1978), p. 101.
- (17) Granjel (1978), p. 109.

- (18) Acta Capitular 2 mayo 1752. A.M.M.
"El Sr. Corregidor hizo presente a la ciudad se le ha manifestado por uno de los médicos del hospital que asisten a la curación de los enfermos, la resistencia que tienen el prior y comunidad de religiosos de Sr. S. Juan de Dios, de recibir y curar los que están tocados de los accidentes de ecthiquia, tisis y demás contagiosos, por el temor de la última resolución de S.M. de que se quemen precisamente toda la ropa y bienes que usan los pacientes...."
- (19) Martínez Hernández (1983), p. 144.
- (20) Chinchilla (1917), vol. 1, p. 28.
- (21) A.C. 15 marzo 1757, fol. 86v. A.M.M.
- (22) Chazarra (1960), p. 314, fija la fecha de nacimiento el 24 de mayo de 1643 y el establecimiento en S. Pedro en 1665, fechas forzosamente equivocadas y atribuibles a un error de imprenta. Probablemente las correctas se refieran a un siglo antes, 1543 y 1565.
- (23) Testamento del Dr. Espejo. Protocolos, Nº 2098, fol. 245-250. A.H.R.
- (24) A.C. 15 marzo 1757, fol. 87. A.M.M.
- (25) Ibidem, fol. 87v.
- (26) Ibidem
- (27) Ibidem, fol. 88v.
- (28) Ibidem.
- (29) Ibidem, fols. 88 y 88v.
- (30) Ibidem, fol. 96.
- (31) 31 agosto 1666. Memorial de Fray Fernando García Rodea. Libro de Cartas Antiguas y Modernas, vol. 5, fasc. 96, fol. 224.
- (32) A.C. 15 marzo 1757, fol. 94v.
- (33) Ibidem, fols. 96 y 96v.
- (34) Ibidem, fol. 96.
- (35) Ibidem, fols., 97 y 99v.
- (36) Memorial de Fray Fernando García Rodea. Libro de Cartas Antiguas y Modernas, vol. 5, fasc. 96, fol. 248.
- (37) Ibidem, fols. 241-242.
- (38) A.C. 15 marzo 1757, fol. 88.

- (30) Memorial...Cartas Ant. y Mod., vol. 5, fasc. 90, fol. 224.
- (40) A.C. 15 marzo 1757, fol. 80.
- (41) 7 nov. 1000. Memorial...Cartas Ant. y Mod., vol. 5, fasc. 96, fol. 224.
- (42) A.C. 15 marzo 1757, fol. 07v.-08.
- (43) Ibidem, fols. 08v.-00.
- (44) Ibidem, fol. 80v.

FUENTES

Escritura de cesión del hospital general a la Orden de S. Juan de Dios. Legajo Nº 951. Archivo Municipal de Murcia (A.M.M.).

Libros de Actas Capitulares (A.C.). 1700-1759. A.M.M.

Libro de Cartas Antiguas y Modernas, vol. 5, A.M.M.

Protocolos Notariales. Número 2008. Archivo Histórico Regional (A.H.R.).

BIBLIOGRAFIA

1. CARMONA GARCIA, J.I. (1979). El sistema de la hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen. Sevilla. Diputación.
2. CHAZARRA FUSTER, J. (1960). La medicina y los médicos murcianos desde la Reconquista hasta el siglo XVIII. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, 293-328.
3. CHINCHILLA, A. (1967). Anales históricos de la medicina en general, vols. 1, 3 y 4. New York. Johnson Reprint Corporation.
4. DANON, J. (1978). Visió històrica de l'Hospital General de Santa Creu de Barcelona. Barcelona. Fundació Salvador Vives Casajuana.
5. GRANJEL, L.S. (1978). La medicina española del siglo XVII. Salamanca. Universidad.
6. IBÁÑEZ, J.M. (1917-1918). Apuntes para la historia de los servicios hospitalarios en Murcia. Polytechnicum, 10, (114), 91-95, jun. 1917; (116), 132-136, jul. 1917; (116 -sic-), 174, ag. 1917; (119) 393-397, nov. 1917; 11, (122), 22-27, feb. 1918; (124), 62-64, ab. 1918; (125), 77-81, mayo 1918; (126), 93-96, jun. 1918; (128), 125-130, ag. 1918; (130), 145-147, oct. 1918; (131), 161-165, nov. 1918; (132), 175-178 dic. 1918.

7. MARTINEZ HERNANDEZ, A. (1980). Historia del Hospital Provincial de Murcia. Murcia. Tesis Doctoral.
8. McKEOWN, T. (1978). El crecimiento moderno de la población. Barcelona. Bosch.
9. PESET, J.L. (1973). Medicina y sociedad en la Francia del Barroco, en LAIN ENTRALGO, P. Historia Universal de la Medicina, vol. 4, pp. 367-375. Barcelona. Salvat.
10. SANTIUSTE DE PABLOS, M. La sanidad en Murcia durante el siglo XVII. Tesis Doctoral en elaboración. Murcia. Dpto. Historia de la Medicina.

MEDICOS Y CIRUJANOS DEL HOSPITAL GENERAL Y FUNDACION
DEL DR. ESPEJO DURANTE EL SIGLO XVII EN MURCIA.



Sáez Gómez, J.M.; Blazquez, M^a.D.; Guillén, F.; San Eustaquio, F.

Departamento de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Univ. Murcia.

INTRODUCCION

Los estudios sobre legislación sanitaria en general y el control del ejercicio de los sanitarios en particular durante el siglo XVIII son relativamente abundantes, baste recordar las comunicaciones, artículos y libros de Galindo Antón (1), Corbella (2), Muñoz Garrido (3), Granjel (4) o el más antiguo de Muñoz (5) por citar algunos ejemplos.

Nosotros intentamos además una aproximación al ejercicio de los profesionales sanitarios a nivel práctico, observando la normativa que aparece y la respuesta, si la hay, de los afectados. En este sentido es escasa la literatura, aunque un estudio similar es el de Fernández Dueñas et al. (6) en el reino de Córdoba. En Murcia, sin embargo, carecemos de estudios de este tipo si exceptuamos alguna breve mención al problema por parte de Díaz Cassou (7) y Frutos Baeza (8).

Nuestro objetivo, por tanto, es en primer lugar establecer una cronología de las normas legales emanadas del Ayuntamiento de Murcia o de instancias superiores, intentando relacionar su aparición con los acontecimientos que afectan a nuestra sociedad.

Queremos investigar cómo se desarrolla en la práctica el ejercicio de las distintas profesiones relacionadas con la sanidad y como se solucionan los problemas planteados por el intrusismo y ejercicio de individuos que sin título alguno, se mueven en los límites de la asistencia sanitaria, pues como afirma García Abellán (9), "Murcia (...) distribuye el cuidado de la salud entre médicos doctos y cirujanos eficaces al cincuenta por ciento con curanderos y saludadores sin descartar, claro está, la intervención decisiva de los santos y bienaventurados (...)".

Antes de entrar de lleno en los resultados de nuestra investigación hemos de hacer unas breves precisiones sobre el ejercicio de la sanidad en la época que hemos escogido.

Estamos asistiendo en este momento a un cambio, por parte de la sociedad, de la actitud ante la enfermedad. La creciente estima de la vida

hace que tome un papel más importante la prevención y la lucha contra la enfermedad, de ahí que la sociedad vaya reclamando la presencia de profesionales con mayor cualificación, sin excluir por supuesto, el recurso cada vez menos frecuente a curanderos y ritos religiosos. Ahora más claramente que en ningún momento anterior de la historia, se va a establecer una pirámide de prestigio con una cúspide representada por el médico y una base que es el sangrador sin formación universitaria; entre ambos, los cirujanos establecen un puente de pugna con el médico por la formación universitaria y el prestigio gracias a los cada vez más evidentes progresos de su técnica y efectividad.

Sin embargo va a seguir existiendo una diferenciación a la hora de la práctica. El médico de prestigio seguirá siendo un privilegio exclusivo de la nobleza. Las clases más pudientes escogerán médico de acuerdo con su capacidad económica; las clases populares, por otra parte el estamento más numeroso de la población, en fin, tendrán que conformarse con cirujanos, sangradores, curanderos o con el hospital en el peor de los casos.

El organismo regulador por excelencia de la actividad profesional continuará siendo el Tribunal del Protomedicato.

MATERIAL Y METODO

Hemos intentado, sin éxito, localizar algún tipo de recopilación de ordenanzas municipales y otras disposiciones legales referentes al ejercicio de los profesionales sanitarios en Murcia, por lo que nos hemos visto obligados a recurrir a fuentes más indirectas como son las Actas Capitulares del Ayuntamiento de Murcia.

Esta fuente tiene el inconveniente de que hay que buscar, día a día, la posible aparición de la norma legal. Es frecuente, además, que se haga alusión a normas más antiguas y que no podamos precisar el momento exacto de su aparición, pues no se menciona la fecha ni la institución que la promulga.

Tiene, sin embargo, una ventaja de apreciable valor: no se limita a la simple transcripción de la norma, sino que refleja también las actitudes y reacciones de los propios afectados y de los gobernantes del Ayuntamiento, así como los problemas prácticos que surgen de su aplicación.

Puesto que, como hemos indicado, carecemos de una recopilación de ordenanzas, la mayor parte de datos se obtienen de resoluciones del cabil-

do municipal referentes a problemas de intrusismo, por lo que en nuestra exposición hemos cambiado el orden que parecía lógico: en primer lugar estudiamos la normativa sobre intrusismo y de ahí deducimos la mayor parte de las atribuciones de cada profesional y los límites entre ellas. Solo después, cuando es posible, investigamos las particularidades del ejercicio de cada tipo profesional específico.

RESULTADOS Y DISCUSION

1. El control del intrusismo y la regulación del ejercicio profesional.

A pesar de que la actuación de los sanitarios está controlada por el Ayuntamiento de Murcia, que se encarga de reprimir y penar el intrusismo profesional, el mismo es muy frecuente en Murcia. La referencia más temprana de nuestras fuentes dentro del periodo estudiado data ya de 1700 (10) y hace referencia a cirujanos y sangradores que están ejerciendo como tales sin haber obtenido previamente el título correspondiente del Protomedicato, viéndose comprometidos en su control los diputados de huerta y campo a partir de 1708.

Por Real Decreto de 21 de noviembre de 1737 (11) se cuantifican las sanciones que se impondrán a quienes ejercen sin título, que ascienden por la primera falta a 500 ducados de vellón y destierro a más de 10 leguas del contorno, por la segunda a 2000 ducados y destierro de la provincia, y por la tercera, la misma multa y seis años de presidio en Africa (12).

La figura del "saludador", que hemos incluido entre los sanitarios en función de que su trabajo es "saludar" (salvar, obtener la salud), es algo especial, puesto que escapa a la normativa legal, ya que no está obligado a obtener título alguno y su capacidad para sanar procede directamente de la gracia divina, si bien ejerce con el permiso y protección del Ayuntamiento. Más adelante nos ocuparemos de esta figura.

El resto de los sanitarios, además de tener en regla el título expedido por el Protomedicato, lo que se ratifica en una Provisión Real que el Ayuntamiento recibe el 17 de julio de 1728 (13), deben reunir toda una serie de requisitos. En primer lugar es condición inexcusable para poder ejercer que el título sea presentado en el Ayuntamiento con el fin de registrarlo en el Libro de Cartas Reales. Al parecer aquí también hay otra excepción que trataremos más tarde: la matrona que aún no posee título oficial.

Para comprobar que realmente los sanitarios que ejercen en el municipio están aprobados por el Protomedicato y han registrado su título en el Ayuntamiento, se suelen ordenar, aunque no con una periodicidad constante, inspecciones a los locales en que ejercen.

Otro requisito exigido es el que establece un Decreto Real de 26 de marzo de 1726 (14), obligando a los médicos, cirujanos y boticarios "...por los riesgos que puedan seguirse a las vidas y salud de mis vasallos...",

a que se hagan informaciones de limpieza de sangre y filiación a través de los Síndicos Procuradores Generales, disposición vigente desde antiguo pero que de nuevo se recuerda. Este decreto llega al Ayuntamiento murciano a través de una carta de D. Francisco Castejón, Secretario de Cámara del Consejo de Castilla, el 13 de julio de 1726 (15) y dos años más tarde, el Ayuntamiento ratifica la necesidad de las informaciones de limpieza de sangre y el que estas queden en poder del Ayuntamiento para que se permita el ejercicio del sanitario (16).

Aunque no ha sido posible comprobar cuando se establece la norma, para ejercer en Murcia es necesario ser vecino de su término municipal como se deduce de la resolución de 1707 del cabildo municipal, en que se deniega la autorización para ejercer al cirujano Pedro Lizana, en base a que el título expedido por el Protomedicato

"...no menciona ser vecino de esta ciudad, sino de la de Cartagena..." (17),

autorización que efectivamente se concede tras la reclamación del cirujano (18) y la pertinente investigación, la cual demuestra que lleva más de diez años residiendo en Murcia (19).

Si bien se concede una gran importancia a que el profesional reúna todos los requisitos burocráticos, no hemos encontrado ninguna referencia, en cambio, a un posible control de su calidad y a que se exijan responsabilidades por las consecuencias de su actuación. Mientras que en cualquier otro oficio es relativamente fácil conseguir una licencia temporal para ejercerlo en tanto se reúne el dinero suficiente para obtener el título correspondiente, la presentación de este es obligatoria para cualquier sanitario, cualquiera que sea su categoría profesional. Son numerosas las peticiones de sanitarios que pretenden obtener este permiso temporal que son denegadas (20). Sin embargo, puesto que la norma no es explícita, a veces se presentan problemas

de interpretación: es el caso, por ejemplo, de Pascual Guirao

"vecino de esta ciudad, diciendo que a más tiempo de quince años ejerce en casa de su padre el arte de sangrador y tambien a la curación de los heridos del hospital del año de setecientos y seis (...) y por hallarse con cortos medios para pasar a la aprobación de tal sangrador y cirujano y con obligación de casa y familia, suplica a la ciudad le conceda licencia para tener tienda por el tiempo que fuese servido".

La licencia que pide se le concede por un plazo de seis meses, a condición de que durante ese tiempo se presente a examen del Protomedicato (21). Sin embargo, la decisión es protestada cuatro dias más tarde por el regidor y procurador general D. Juan Bautista Ferro, quien recuerda al Ayuntamiento las disposiciones que existen en contra de este tipo de licencias

"...por los graves inconvenientes que resultan a la salud pública".

En consecuencia, se retira el permiso que ha habia sido concedido (22) y para que el caso no vuelva a repetirse, ya en 1705

"...la ciudad acordó, por evitar los graves inconvenientes que se han reconocido y en ratificación de lo resuelto en el cabildo antecedente el prohibir, como prohíbe, las licencias que pidiesen médicos, cirujanos, sangradores, barberos y boticarios sin que primero estén aprobados por el Protomedicato y presentados sus títulos en este Ayuntamiento, y en su conformidad no se reciban memoriales para licencias, cesando las que hasta ahora se hubiesen dado de estas facultades y efercicios, y los caballeros Procurador General y Fieles Ejecutores, celen la observancia de este acuerdo" (23).

La norma se va a cumplir estrictamente en adelante y tan solo hemos encontrado excepción en el caso de tres cirujanos con título de la Universidad de Valencia pero sin examen del Protomedicato, a los que se concede una licencia por cuatro meses, con la condición de que en ese tiempo deben obtener la convalidación del título por el Protomedicato.

Lógicamente, dada la época en que nos movemos, todos los sanitarios inscritos en el Ayuntamiento de Murcia, a excepción de una matrona, son varones, pero hemos podido encontrar el permiso concedido a una mujer,

"Doña Ana Villanueva, vecina de Orán, mujer de Sebastián Gómez,

cirujano (...), diciendo que habiendo pasado su marido al Castillo de San Felipe con orden del Capitán General a cuidar de los heridos, quedó el dicho su marido cautivo, porque suplica se le de licencia para continuar en el uso de dicho ejercicio, atento a más de treinta y cinco años (como pareja de su título y papeles que exhibe), lo están ejercitando, para ayuda a poder mantenerse, por medio de persona apta que para ello conserva. Visto por la ciudad le concedió a esta parte la licencia que pide" (25).

Ya dentro de las excepciones a la norma, no hemos podido comprobar si efectivamente tiene vigor en Murcia la de 1617 renovada en 1746 (26), la cual establece que, tras dos años de ausencia de la Corte, los sanitarios deben volver a ser examinados para ser de nuevo admitidos al ejercicio. La cuestión es que los sanitarios no comunican al Ayuntamiento sus ausencias, y para comprobar si efectivamente la norma se cumple tendríamos que constatar más de una inscripción del mismo sanitario, lo que no ocurre salvo que el médico Joseph Bautista González, inscrito en 1734 y 1737 (27), y el boticario Antonio Ramírez, inscrito en 1701 y 1705 (28), sean las mismas personas que vuelven a inscribirse tras una ausencia. De cualquier forma, las únicas dudas son estas y no hemos podido encontrar en nuestras fuentes ninguna indicación de que esta normativa llegara a la ciudad, por lo que podemos deducir que nunca fue aplicada.

Lo hasta ahora expuesto nos conduce a un punto principal. El Ayuntamiento controlará la actividad de los sanitarios asegurando en primer lugar su aptitud documentalmente demostrada a través de los títulos expedidos por las universidades y el Protomedicato, así como por las informaciones de limpieza de sangre. En cambio, la calidad del sanitario nunca es controlada una vez que el título ha sido presentado, con la única excepción de los boticarios.

2. El saludador.

Mayor problema que establecer estas normas mínimas que regulan la actividad del profesional presenta intentar establecer los límites entre las competencias de uno y otro. Posiblemente la función más clara sea la del único sanitario que, además de la matrona, no precisa título ni examen para ejercer: el saludador. Con mucha frecuencia, su función se limita a "saludar del accidente de rabia", pero no es excepcional que intenten devolver la salud a los afectos de otro tipo de patología, siendo su característica que

el poder que poseen les permite realizar las curaciones sin recurrir a medicación alguna, y el pueblo murciano parece depositar una gran fé en sus habilidades. Sin embargo, las normas contra el intrusismo también alcanzarán a estos "sanitarios", no porque invadan el campo de actuación de otros profesionales, sino porque personas que, al parecer, carecen de este especial don pretenden ejercerlo (29). A pesar de que el saludador, como indicamos, no precisa de ningún título para ejercer, sí se le exige que demuestre su capacidad antes de concederle el permiso para ejercitarla. Un ejemplo ampliamente documentado en nuestras fuentes figura en las sesiones del cabildo murciano de 16 de marzo y 26 de octubre de 1745 (30), en las que el saludador Manuel Ferrando solicita permiso para ejercer en sustitución de Fulgencio Sevilla, que ha muerto, y consigue convencer al regidor D. Luis Menchirón tras

"...haberse pasado cuatro veces un hierro hecho ascua por la lengua y otras cuatro por la planta del pie, sin haberle ofendido; y del mismo modo otro leño hecho ascua lo apagó con la lengua, habiendo saludado antes así dicho leño, como el hierro...".

Ante el informe del regidor se acuerda conceder

"...licencia al dicho Manuel Ferrando para que pueda usar de la gracia de saludar y acordó se le de testimonio de este acuerdo que le sirva de título" (31).

Las pruebas a que se somete Manuel Ferrando no parecen diferenciarse en nada de las que realizó el mismo saludador a quien pretende sustituir, Fulgencio Sevilla, en los últimos años del siglo XVII, según nos relata García Abellán (32).

Es lógico que existiera una relativa abundancia de estos individuos que sin estudios ni titulación alguna trataban enfermedades. En primer lugar por la escasa cultura y lo extendido de las supersticiones, en segundo lugar por la escasez de auténticos profesionales. En tercero y no por ello menos importante, la insuficiencia de la estructura benefico-sanitaria, con tan solo dos médicos y un cirujano dependientes, directa o indirectamente, del Ayuntamiento encargados de atender a la ya numerosa población murciana, incluidos los enfermos del hospital, deja una gran parte de la población sin asistencia sanitaria, puesto que el ejercicio privado resulta caro. No es, por tanto, extraño que el recurso a estos saludadores y a los remedios caseiros sea frecuente. García Abellán dedica algunas páginas a estos remedios

populares (33), y Díaz Cassou (34) hace una interesante recopilación de costumbres que tienen como fin evitar ciertas enfermedades, y expone un calendario de "abogados" contra todos los males conocidos.

De cualquier forma, sea cual fuere su efectividad y la fé en ellos depositada, pronto, posiblemente en una cédula de 1783 (35), se extenderán las órdenes de persecución contra vagos, mendigos y gitanos, a los santeros, saludadores y buhoneros.

3. Las matronas.

Las parteras cumplen su cometido profesional con toda libertad desde 1567, fecha en que se prohíbe que sean examinadas por el Tribunal del Protomedicato como se venía haciendo desde 1498. Asisten a los partos y tratan algunas enfermedades propias de la mujer y afecciones infantiles (36), recurriendo a veces a prácticas de hechicería.

Sin embargo, en Murcia se contempla de nuevo la necesidad de controlar de algún modo su actividad, por lo que se resuelve someterlas a examen que demuestre su cualificación, como se refleja en el Acta Capitular de 19 de junio de 1728 (37), donde se establece que

"...la ciudad, en vista de lo manifestado por el Sr. D. Francisco Cetina, Regidor, acordó que ninguna matrona use su oficio sin estar examinada".

Al carecer de título oficial, no están obligadas a registrarlo en el Ayuntamiento, razón por la cual no hemos podido localizar en todo el periodo estudiado más que a una matrona, Antonia Vonastre o Bonastre, que solicita permiso para ejercer en 1758 y es examinada por los médicos de la ciudad, consiguiendo el permiso que solicita (38). No será hasta 1750 según Granjel (39) cuando este oficio empiece en España a ser reglamentado, imponiendo de nuevo su examen ante el Protomedicato y regulando al tiempo el procedimiento para otorgar a los cirujanos el título de partero.

4. Sangradores y barberos.

Para el resto de los sanitarios, los límites entre sus competencias quedan un tanto difusos. Incluso la cuestión de si los términos "sangrador" y "barbero" indican una misma actividad, continúa sin estar muy clara hasta el momento. Por ejemplo, Carreras Panchón afirma que de "un examen atento de las obras médicas y de la legislación resulta incuestionable la identidad entre ambos términos y el de flebotomiano" (40), mientras que Muñoz Garri

do no los asocia (41).

Sin lugar a dudas, flebotomianos y sangradores representan la misma categoría profesional, un mismo título y una misma actividad, pero pensamos que hay que dar la razón a Muñoz Garrido al establecer diferencias con los barberos. Otra cuestión es que en la práctica, como más tarde veremos, tanto barberos como cirujanos actúen como sangradores.

Nos parece evidente que, legalmente y al menos en la época que estudiamos, el barbero no tiene función sanitaria alguna. Hemos mencionado más arriba una norma del Ayuntamiento de Murcia que prohíbe la concesión de permisos de trabajo temporales a "médicos, cirujanos, sangradores, barberos y boticarios" sin la correspondiente aprobación del Protomedicato, lo que podría inclinarnos a pensar que el barbero representa algún papel en la sanidad del momento. Sin embargo pensamos que la norma va contra los barberos que pretenden ejercer temporalmente como sangradores o cirujanos, lo que no resulta infrecuente, y de hecho ya vimos como estas solicitudes son sistemáticamente denegadas. Veamos ahora como ejemplo los términos en que se conceden algunas licencias a barberos (42) y como estas no mencionan, o excluyen explícitamente, la función de sanitario

"A memorial de Pedro Temprado, morador del lugar de La Ñora en que se suplica se le conceda licencia para usar el arte de barbero en atención a su habilidad y cortedad de medios. Que visto por la ciudad lo cometi6 al Sr. D. Juan Carrillo, Regidor, Procurador General, para que se informe y constandole su habilidad le conceda la licencia que pide para barbero y no para otra cosa por seis meses".

"Al memorial de Ignacio Sierra pidiendo licencia para poner tienda de barbero, interín se halla con medios para examinarse de sangrador. Acord6 la ciudad que esta parte use de su oro como le convenga".

"Al memorial de Sebastián Martínez (...) morador del lugar de La Raya, le concedió licencia por seis meses para afeitar y no para otra cosa".

"La ciudad, en vista de las razones que presenta Juan de Córdova, vecino que ha sido de la ciudad de Orihuela, le concede licencia para que se use el oficio de barbero, sin hacer otra cosa que afeitar por el tiempo de la voluntad de la ciudad y constando

primero al Sr. D. Joseph Prieto, Regidor, hallarse habil para ello".

Pero el problema quizá quede más claro a consecuencia de unas "diligencias judiciales" que plantean los cirujanos y sangradores murcianos contra varios barberos por tener en sus puertas "insignias" que pueden hacerlos confundir con cirujanos o sangradores (43). Y terminamos por comprender las diferencias legales entre barberos y sanitarios cuando en 1728, Joseph Navarro Alzamora, maestro de cirujano y vecino de Murcia, se querella contra un grupo de personas, la mayoría de ellos barberos por

"...usar las facultades de cirugía y flebotomía sin estar examinados".

Nuestro cirujano se querella nada menos que contra 19 vecinos de la capital y 7 de la huerta y otros lugares de la jurisdicción del Ayuntamiento de Murcia, lo que también nos da una idea del nivel de intrusismo que debía padecer la ciudad (44).

También se aclara con la disposición del Ayuntamiento de 18 de agosto de 1736, en que se especifica que

"...ninguna persona use su empleo sin estar examinado y admitido por esta ciudad a su uso, haciendo a este fin las diligencias correspondientes a evitar los perjuicios que se puedan ocasionar a la salud pública, y solo se permite tiendas para afeitar, en que no procede examen alguno." (45).

Una vez aclaradas las distintas competencias de sangradores y barberos, intentamos acercarnos a la función de los primeros. En primer lugar hay que señalar que en no pocas ocasiones, el sangrador sería el único sanitario al alcance del pueblo, como afirma Juan Fernández Valle en 1794 (46): "...en la mayor parte de ciertas Provincias de España se sirven de Sangradores, porque lo esteril del país no les permite dar un mediano sueldo para que les asista Cirujano en propiedad: por esta razón el Sangrador suple al Cirujano y al Médico, de lo que resultan los inconvenientes que son manifiestos a todos. Y así vienen a confirmarlo también las respuestas al cuestionario que Tomás López envía a los curas de distintas parroquias (47): se encuentran sin facultativo alguno Algarinejo (Granada), con 1500 vecinos; Arroyomolinos de Plasencia, Atalaya (Badajoz), Bélmez (cuenta con un curandero), Espartinas (2000 almas), e Hinarejos (Cuenca) que cuenta solo con un sangrador.

Cuando en la población se cuenta con médicos y cirujanos, las

funciones del sangrador, según la Pragmática de 9-4-1500 dictada por los Reyes Católicos (48), consisten en "sajar, sangrar, poner ventosas y sanguijuelas y sacar dientes y muelas", al tiempo, eso sí, que ejerfa como barbero. Entre 1500 y 1804 el sangrador pierde la facultad de sajar y su actividad queda sometida a las indicaciones de médicos y cirujanos, como se desprende de la Cédula de Carlos IV de 6-5-1804 (49): "...sus facultades se limitarán a sangrar, sacar dientes y muelas, aplicar sanguijuelas y vexigatorios, poner ventosas y sajarlas; pero nada de esto podrán executar sin disposición de Cirujano o Médico aprobado respectivamente en los casos que corresponden a cada uno; y solo estarán autorizados para sangrar, y sacar dientes y muelas sin disposición de dichos profesores, en los casos violentos y de absoluta necesidad (...)" . Aunque no sabemos desde cuando, si no estaba regulado legalmente, esta disposición era ya una costumbre en el término de Murcia, que el Ayuntamiento controla, como vemos en el Acta Capitular de 15 de noviembre de 1712 (50), cuando los Diputados de La Raya denuncian que

"Sebastián Martínez está usando el arte de sangrador (...), pasan do a sangrar a un hijo de Pedro Lano, morador de Nonduermas, sin que precediese licencia de médico (...). Y la ciudad (...) suplicó al señor Alcalde Mayor se sirva mandar llamar a este sujeto y castigarle su delito (...)." .

5. Cirujanos.

Lo que no queda en absoluto claro, independientemente del título necesario para ejercer, son los límites entre las funciones de sangrador y cirujano, con mayor razón cuando en varias ocasiones el cirujano ejerce ambos oficios, habiendo obtenido previamente los dos títulos. Poco más que anécdotas hemos podido encontrar en nuestras fuentes, como el que los cirujanos del ejército pueden practicar sus funciones entre la población civil con los mismos privilegios que el resto de los cirujanos (51), lo que se confirma en las Reales Ordenes de 31-1-1786 y 10-11-1797, así como en Circular del Consejo de 9-5-1798, citadas por Muñoz Garrido (52), o la facultad concedida únicamente a médicos y cirujanos, por Real Pragmática, en 1724 de poder viajar en mulas (53). Quedan totalmente difusas las diferencias entre cirujanos latinos y romancistas a nivel práctico. Posiblemente la diferencia la establezca el prestigio social y la posibilidad de acceso a empleos dependientes de la administración.

El cirujano latino tan solo está autorizado a prescribir medicamentos de uso externo, lo que también queda fuera de la capacidad de los romancistas desde la resolución del Protomedicato de 1688 (54), quienes, por lo demás, pueden ejercer desde 1603 a pesar de no tener título, puesto que su examen por el Protomedicato fue suprimido en 1592, volviendo a imponerse en la fecha anteriormente citada en Pragmática dictada por Felipe III, siempre que justifiquen tres años de práctica hospitalaria y dos con un médico o cirujano (55).

Más claros quedan por tanto, los límites entre médico y cirujano. El cirujano tiene facultad para tratar ciertas enfermedades "externas" en las que la labor curativa sea puramente mecánica, pero no están autorizados a recetar ni administrar medicamento alguno. Así parece desprenderse al menos, del proceso judicial que se origina en 1729, al encontrarse en las boticas de Pascual de Soria y Juan Antonio Conca unas recetas firmadas por los maestros de cirujano Juan Pujalte y Joseph Navarro Alzamora (este último es el mismo que inició otro proceso semejante, que ya hemos mencionado, un año antes contra 26 vecinos de Murcia y su jurisdicción por ejercer los oficios de cirujano y sangrador sin título). Por este acto de intrusismo se les condena a secuestro y sin embargo de sus bienes, pero en vista de su "pobreza y crecida familia", el castigo se limita a multa de 3000 mrs., con "apercibimiento para otra vez" (56).

Así se deduce también de la resolución del Ayuntamiento en sesión de 28 de julio de 1714 (57), en la que ante el hecho de

"que algunos cirujanos recetan de su propio arbitrio medicinas, purgantes y otras que no tocan a su facultad, de que se sigue grave perjuicio público (...)",

se toma el acuerdo de que

"...se notifique a todos los boticarios no despachen receta purgante alguna que no vaya firmada de médico aprobado, con apercibimiento que serán castigados con todo rigor, dejándolos en la inteligencia de que por parte de esta ciudad se celará en el cumplimiento de esta obligación".

Casos como este se presentan desde el principio del periodo que estudiamos. El 12 de octubre del año 1700 (58), el sangrador Francisco Spin denuncia que hay cirujanos y sangradores que actúan sin permiso alguno, llegando incluso a recetar, como ocurre con el cirujano Gaspar López Rubio. Y

en 1712, al encontrarse algunas recetas de cirujanos (59), el Ayuntamiento "...acordó se notifique a todos los boticarios no despachen ninguna receta que no vaya firmada de médico aprobado, con apercibimiento que el daño que resultare de lo contrario correrá de su cuenta y riesgo..."

6. Los médicos.

El médico representa la cúspide de la pirámide. Ya hemos hecho referencia a la mayor parte de sus derechos y obligaciones. Además están obligados, al igual que cirujanos y sangradores, a atender gratuitamente a los pobres, según consta en sus títulos expedidos por el Protomedicato, aunque frecuentemente se hace caso omiso de esta obligación, alegando normalmente que para eso ya cuenta el Ayuntamiento con la Fundación del Dr. Espejo. Pero a veces este incumplimiento llega a extremos que obligan al Ayuntamiento a intervenir, como consta, por ejemplo, en el Acta Capitular del sábado 28 de julio de 1714 (60):

"El Sr. D. Jerónimo Zarandona, Regidor, Procurador General, dió cuenta como por medio de diferentes eclesiásticos ha llegado a entender que habiendo sobrevenido algunos accidentes repentinos a diferentes personas de cortos medios en horas desusadas de la noche, se ha seguido la muerte de algunas por no haber querido incomodarse ninguno de los médicos que han llamado para su cura..".

Este problema se reproduce con relativa frecuencia desde el principio al final del periodo que estudiamos (61). En otro lugar estudiaremos como intenta resolver el Ayuntamiento estos problemas y en general, los derivados de la asistencia benéfico-sanitaria.

A los médicos se reserva, además, el derecho de prescribir "polvos" o "tabletas purgantes", es decir, todo tipo de medicamento de uso interno (62), pero no pueden elaborarlos ni venderlos, y sus recetas han de ir firmadas, no bastando con la rúbrica.

7. Los boticarios.

El boticario es el único autorizado a elaborar y comercializar los medicamentos, según Pragmática de 1617 reiterada por el Protomedicato en 1688 y 1699 (63): "...que ningún Médico, ni Cirujano pueda hazer en su casa purgas, ni medicamentos para venderlos, sino que los mande hacer a los

Boticarios examinados: porque de hacerlos en su casa resulta fraude, y daño de los enfermos, que los hacen pagar mucho más de lo que valen, a título de ser secreto suyo."

Hasta la mitad del siglo XVII (Real Cédula de 13 de marzo de 1650), la farmacia no obtiene la declaración de arte científico igual a la medicina (64) y ya desde 1518 se vienen realizando visitas anuales de inspección a las boticas (65). El de "visitador de boticas" es un título cedido por disposición real, pero no en virtud de privilegio alguno, ni en recompensa por servicios prestados, sino que se trata de un título que se vende al mejor postor (eso sí, siempre a un boticario), sin admitir nunca cantidades inferiores a los 1000 ducados, y que se adjudica por un período de tres vidas, la del comprador y sus sucesores (66). Por decreto de 1743 se dictan normas para la visita, estableciendo la necesidad de que a ellas asistan un médico y un cirujano (67).

En Murcia la visita de boticas tiene ciertas particularidades. Es el Ayuntamiento el que, cada año, ordena la visita, nombrando para ello dos comisarios entre sus regidores, quienes a su vez eligen un médico y un boticario para que les acompañen. La inspección, habitualmente se realiza cada año, pero ante la sospecha de una posible irregularidad, se puede ordenar una nueva visita (68).

Esta costumbre del Ayuntamiento de nombrar sus propios inspectores y controlar así la actividad de los boticarios, se va a ver interrumpida a partir del año 1708, cuando D. Antonio Castaño es nombrado visitador de boticas de Murcia, figura hasta entonces desconocida en su jurisdicción. Aunque tanto Ayuntamiento (69) como los propios boticarios (70) se muestran descontentos con el nombramiento, todos los intentos encaminados a conseguir que Murcia conserve su privilegio resulten infructuosos y en adelante, será el visitador quien realice la inspección, si bien el Ayuntamiento no se resigna a verse desplazado y seguirá nombrando comisarios para que acompañen al visitador, al tiempo que intentará durante largos años y con todos los medios a su alcance recuperar los derechos perdidos, intentos que se extienden hasta 1735, fecha en que hemos registrado los últimos (71).

Este cambio, además de contrariar a los regidores del Ayuntamiento y a los boticarios de la ciudad, consigue que el propio Ayuntamiento, no resignado a perder el protagonismo, exija nuevas condiciones a los boticarios que pretenden ejercer en Murcia y a partir de 1708, además de presentar el

título del Protomedicato, deberán someterse, antes de obtener el permiso para abrir la botica, a una

"...visita y reconocimiento de las medicinas..."

exigiéndose además

"...que esté surtida de todas las que necesita..." (72)

Los boticarios, al igual que médicos y cirujanos, están exentos de cargas y oficios concejiles (de hecho, el Ayuntamiento encarcela y embarga los bienes del boticario Jerónimo Melo por negarse a actuar como receptor del papel sellado, viéndose obligado despues a liberarlo y devolver sus propiedades) (73), así como de participar en los repartimientos de cuarteles (74), aunque esto último no queda muy claro, y aunque cirujanos y boticarios intentan hacer valer sus derechos, el Ayuntamiento exhibe una Real Provisión de 1709 en la que se especifica que

"...durante el tiempo de guerra en todo lo que mirare a ella, contribuyen todos igualmente a la defensa del Reino" (75)

y considerando que el repartimiento tiene este fin, finalmente se ven obligados a pagar (76), aunque conservando su derecho a no alojar soldados (77).

En ocasiones, la inspección de boticas no tiene la claridad que debiera, unas veces porque los encargados de llevarla a cabo no ponen el suficiente "celo" en su labor y

"...donde hay un cúmulo de tantos simples y compuestos y el dilatado tiempo de tres o cuatro días en la inspección de estas medicinas, solo en el breve de una hora y media dejó quieto el ánimo de los visitantes." (78);

otras veces, aunque de hecho está prohibido

"...permitir ninguna gratificación de los géneros de dichas boticas, ni otros gastos superfluos..." (79),

los propios boticarios intentan sobornar con "refrescos" y regalos a los visitantes (80), cuando no es algún funcionario el que intenta, ilegalmente, cobrar por la inspección realizada (81).

La visita se hace necesaria en ocasiones para evitar efectivamente, los abusos de los boticarios adulterando las recetas ordenadas o cobrando importes superiores a los que establecen las tarifas oficiales (82).

Además de las inspecciones a que nos estamos refiriendo, con el fin de regular la actividad de los boticarios y conseguir una ordenación de los medicamentos, se edita en 1739 la Pharmacopea Matritensis, que pretende

conseguir una uniformidad en la elaboración de los medicamentos, haciéndose obligatoria su presencia en todas las boticas, además de otro libro

"...sobre la Triaca magna de Auromacho..." (83).

Por otra parte, tampoco los boticarios están libres de los problemas de intrusismo, e incluso tampoco los límites de sus competencias están claros, sobre todo con drogueros y especieros (84).

Hasta 1720, las normas van fundamentalmente encaminadas a regular la actuación de los boticarios, dado el inesperado nombramiento del visitador en 1708, en contra de la costumbre que se observa en Murcia.

Es de destacar que tradicionalmente en Murcia se viene realizando la visita de boticas en presencia de un boticario y un médico como expertos (85); mientras que hemos de esperar hasta 1743 para que un Real Decreto imponga en toda España la presencia de un médico y un cirujano.

El que Murcia conserve hasta una época tan avanzada su propia normativa de inspección de boticas posiblemente podamos atribuirlo a que nadie antes haya aspirado a ese empleo, pues una vez adjudicado de nada sirven los recursos interpuestos por las distintas instancias del municipio, como si realmente nada hubiera impedido con anterioridad que la visita se realizara como en el resto de España.

Como resumen, en el apéndice presentamos la cronología de las normas emitidas por el Ayuntamiento o recibidas en él, que se refieren a la actuación y control de los sanitarios.

CONCLUSIONES

El nivel de intrusismo debió ser considerablemente elevado en Murcia, especialmente por parte de barberos que ejercían como sangradores o cirujanos sin haber obtenido los títulos y permisos necesarios para ello. Solo en contadas ocasiones hemos encontrado referencias a otro nivel de intrusismo, el de cirujanos que invaden las competencias de los médicos extendiendo recetas.

Cualquier sanitario que desee ejercer en el municipio de Murcia debe registrar en su Ayuntamiento el título expedido por el Protomedicato (la obtención de permisos temporales para ejercer es poco menos que imposible sin este requisito), y a partir de 1726 presentarán además información de limpieza de sangre y filiación. Existen sin embargo dos excepciones: el saluador y la matrona.

El saludador, sin título ni estudios de ningún tipo, ejerce en Murcia bajo la protección del Ayuntamiento una vez que ha demostrado satisfactoriamente, a juicio de los regidores, su capacidad. Debió jugar un papel nada despreciable en la asistencia sanitaria a las clases populares.

La matrona tampoco tiene un título oficial hasta que una disposición de 1750 impone su examen ante el Protomedicato y regula la obtención de este título por los cirujanos. En Murcia están obligadas a pasar examen ante los médicos designados por el Ayuntamiento desde 1728.

Hemos concluido que el barbero no tiene función alguna como sanitario, aunque no es infrecuente que actúe ilegalmente como sangrador o cirujano. El sangrador, por otra parte, no puede actuar sin mediar orden del médico, salvo en caso de urgencia.

No hemos encontrado referencias al control de la calidad del ejercicio de los distintos profesionales sanitarios. El único que se encontró permanentemente vigilado fue el de boticario a través de las inspecciones que anualmente realiza el Ayuntamiento hasta 1708, y el visitador de boticas desde esta fecha. Hasta 1708, la inspección ordenada por el Ayuntamiento se realiza en presencia de un médico y un boticario en calidad de expertos. En 1743, un Real Decreto impone en toda España la presencia de un médico y un cirujano en las inspecciones.

Es difícil establecer la causa de que solo se controle la calidad de la actuación del boticario. Posiblemente el Ayuntamiento confía en que los títulos expedidos por Universidades y Protomedicato a los sanitarios que atienden directamente al enfermo (sangradores, cirujanos y médicos) son suficiente garantía de calidad. En cambio, la del boticario, es en cierto modo, una actividad mercantil y como tal cae más directamente bajo las competencias del Ayuntamiento, que por esta causa cuida que el abastecimiento sea suficiente, los precios adecuados y no se cometa adulteración de las recetas ordenadas. Puede, además, favorecer este control el hecho de que en Murcia la inspección dependa del propio Ayuntamiento hasta épocas muy tardías, mientras que en el resto de España es el "visitador" de nombramiento real quien se encarga de esta tarea.

Merece ser destacado que la mayor parte de la normativa legal o incluso la confirmación o reforma de normas anteriores se produce a partir de 1725. Mientras que con anterioridad a esta fecha, como señalábamos, la mayor parte de las normas se refieren a la actuación de los boticarios, a

partir de 1725 la actividad legislativa se va a diversificar en su temática. Hemos atribuido este fenómeno al efecto de la epidemia de peste en Marsella, que, aunque no afectó directamente a España, sí consiguió despertar las conciencias de las clases dirigentes sobre la conveniencia de introducir mejoras en la sanidad. Pensamos que por esta causa, por ejemplo, en 1728 se impone la obligatoriedad de pasar examen a las parteras (86) lo que se regulariza a nivel nacional en 1750, y en 1731 (87) se establece la obligatoriedad de declarar la muerte de enfermos infecciosos, norma que se amplía a todo el estado con la Real Cédula de 1751, estableciendo la declaración de la enfermedad y no solo de la defunción.

NOTAS

- (1) Galindo Antón (1963).
- (2) Corbella Corbella (1966).
- (3) Muñoz Garrido, R.· Muñiz Fernández, C. (1969).
Muñoz Garrido, R. (1967).
- (4) Granjel, L. (1949).
- (5) Muñoz, M.E. (1751).
- (6) Fernández Dueñas, A. et al. (1983).
- (7) Diaz Cassou, P. (1889).
- (8) Frutos Baeza, J. (1934).
- (9) García Abellán, (1981), pp. 24-25.
- (10) En el Acta Capitular (A.C.) de 11 de septiembre de 1700 figura una petición de cirujanos y sangradores para que se vigile a los que practican sus oficios sin título alguno, y el Ayuntamiento concede un plazo de seis días para que todos los sanitarios presenten sus títulos. En términos similares se expresa el A.C. de 3 de noviembre de 1708:
"Porque se ha entendido que en la huerta, campo y lugares de esta jurisdicción, con el nombre de sangradores y cirujanos están asistiendo a los enfermos, resultado por mala curación malos efectos, pues se dice mueren los más sin dar lugar a que se llamen médicos. La ciudad acuerda se publique que ningún cirujano use sin tener título y los presente y envíe orden a los diputados para que cada uno en su territorio haga lista de los que usan estos

ejercicios sin tener título, haciéndoles notorio no prosigan en ellos sin estar aprobados, y las tales listas se traigan ante el Sr. Corregidor para proceder a lo que hubiere lugar."

- (11) A.C. 22 de diciembre 1737.
- (12) Muñoz Garrido (1967), pp. 80-83.
- (13) A.C. 17 julio 1728:
"...ninguna persona use la facultad de Medicina, Artes de cirugía y sangradores sin estar examinado por el Real Protomedicato".
- (14) Muñoz Garrido (1967), p. 33
- (15) A.C. 13 jul. 1726.
- (16) A.C. 23 oct. 1728.
- (17) A.C. 13 ag. 1707.
- (18) A.C. 20 ag. 1707.
- (19) A.C. 10 sept. 1707.
- (20) Como ejemplos, en el A.C. de 15 de noviembre de 1707, es denegada esa petición al sangrador Francisco Lara, el 1 de octubre de 1720 al también sangrador Juan Bautista Felices y el 21 de agosto de 1751 al médico D. Joseph Muñoz.
- (21) A.C. 26 jun. 1708.
- (22) A.C. 30 jun. 1708.
- (23) A.C. 3 jul. 1708.
- (24) "El Sr. D. Juan Bautista Ferro, Regidor y Procurador General, dijo que en cumplimiento de lo resuelto por esta ciudad ha hecho visita de las tiendas de cirujanos y sangradores que están usando sin aprobación ni título del Real Protomedicato y notificándoles no lo hagan y cierran sus tiendas bajo apercibimientos (...) y que esto mismo ha procedido con Antonio Nina, Antonio Cairen y Juan Tornero, sin embargo de hallarse con título de la Universidad de Valencia. Y la ciudad habiéndolo oído, y memorial de dichos cirujanos y sangradores suplicando se les permita su uso en atención a los contratiempos que han experimentado en el tiempo de la guerra y cortos medios con que se hallan, ofreciendo examinarse en el tiempo de un año, acordó que los dichos Antonio Nina, Antonio Cairen, y Juan Tornero (...) usen su arte por el término de seis meses, con la calidad de que en este intermedio hayan de pasar a obtener título del Real Protomedicato y presentarlo en este Ayuntamiento, y por lo que mira a los demás se guarde lo resuelto de que no continúen con el uso de cirugía y sangradores, cerrando sus tiendas, y que dicho Sr. D. Juan Ferro cele su observancia de la acertada resolución de esta ciudad, pues

consiste en la suficiencia de estas personas la salud de los enfermos, siendo en conformidad de las Leyes Reales y últimos decretos de este Ayuntamiento para su buen gobierno".

- (25) A.C. 6 oct. 1708.
- (26) Muñoz Garrido (1967), p. 77.
- (27) A.C. 9 oct. 1734 y 12 enero 1737.
- (28) A.C. 9 jul. 1701 y 9 jun. 1705.
- (29) A.C. 28 abril 1725. El saludador Fulgencio Sevilla envía un memorial al Ayuntamiento
"...ponderado los perjuicios que causan muchas personas que usan de esta habilidad y gracias sin tenerla, y suplica se aplique el remedio conveniente. Y la ciudad lo cometi6 al Sr. D. Diego Zarzosa, Regidor, para que pida cesen estos abusos, con amplia comisi6n."
- (30) A.C. 16 marzo y 26 oct. 1745.
- (31) A.C. 16 nov. 1745.
- (32) Garcí a Abellán (1981), pp. 25-26.
- (33) Ibidem, pp. 24-30.
- (34) Díaz Cassou (1982), pp. 21-98.
- (35) El dato ha sido tomado de Romero de Solís (1973), p. 43, donde no queda claro si es realmente esta la fecha.
- (36) Granjel (1974), p. 54.
- (37) A.C. 19 jun. 1728.
- (38) A.C. 1 jul. 1758. El memorial presentado se expresa en los siguientes términos.
"...Antonia Vonastre, de ejercicio matrona o comadre, suplicando a la ciudad que en atención a acreditarse del testimonio que presenta, dado por Pedro García, escribano del Ayuntamiento de la Ciudad de Orihuela, haberse ejercitado en ella en este asunto, se sirva concederle su licencia para que use en esta capital (...). Y la ciudad habiendolo oido, acordó que los médicos titulares de esta Real Carcel y D. Thomas de Mira, cirujano, examinen a la susodicha, y estando habil ejerza sin perjuicio de las demás."
- (39) Granjel (1979), p. 89.
- (40) Carreras Panchón (1974), p. 209.
- (41) Muñoz Garrido (1967), p. 66.

- (42) A.C. 25 en. y 1 feb. 1716, 13 nov. 1717 y 21 mayo 1740.
- (43) A.C. 22 marzo y 8 abril 1755.
- (44) Leg. 4048 A.M.M. También es cierto que entre los demandados figuran Antonio Voluda, Antonio Cairel, Joseph Thomas y Joseph Rozellen, cuyos nombres coinciden, con alguna diferencia ortográfica, con los de cirujanos y sangradores inscritos en el Ayuntamiento con anterioridad a 1728
- (45) A.C. 18 ag. 1736.
- (46) FERNANDEZ VALLE, J. (1794). Tratado completo de flebotomía u operación de la sangría. Madrid. Cit. por Carreras (1974), p. 206.
- (47) Cit. por Dominguez Ortiz (1973), pp. 320-21.
- (48) Carreras Panchón (1974), pp. 207-8.
- (49) Cit. por Muñoz Garrido (1967), p. 69.
- (50) A.C. 5 nov. 1712.
- (51) A.C. 4 y 14 marzo 1719.
- (52) Muñoz Garrido (1967), p. 64.
- (53) A.C. 8 enero 1724.
- (54) Granjel (1974), p. 64.
- (55) Ibidem, p. 52.
- (56) Leg. 4048. A.M.M.
- (57) A.C. 38 jul. 1714.
- (58) A.C. 12 oct. 1700.
- (59) A.C. 20 dic. 1712.
- (60) A.C. 28 jul. 1714.
- (61) A.C. 4 nov. 1747:
 "El Sr. Marqués de Beniel, dió cuenta como el día de ayer, inmediato a su casa, acometió un accidente repentino a una pobre mujer vergonzante en cuyo lance mandó avisar al médico más cercano, quien se excusó de asistir a esta urgente necesidad, sin embargo de la obligación en que contempla están constituidos todos los médicos para semejantes casos por acto de caridad y por el juramento que hacen cuando se aprueban de esta facultad.
- (62) Granjel (1974), p. 64.
- (63) Ibidem

(64) Muñoz Garrido (1967), p. 20.

(65) *Ibidem*, p. 88.

(66) Francés: Piedrabuena (1985), p. 31.

(67) Muñoz Garrido (1967), p. 88.

(68) A.C. 21 feb. 1705:

"Habiendo entendido la ciudad el corto avío con que se hallan de medicinas algunas boticas de esta ciudad y perjuicios que pueden resultar por esta razón y por el descuido y corta inteligencia de los oficiales que asisten para el despacho, suplicó al Sr. Corregidor que cuando fuere de su agrado haga visita de boticas y para ello nombró por comisarios a los Sres. D. Alonso Pérez Montes y D. Antonio de Roda, Regidores."

(69) A.C. 16 jun. 1708:

"El Sr. D. Juan Bautista Ferro, Regidor y Procurador General dió cuenta a la ciudad, como en ella se halla un vecino de la villa de Yecla con Despacho de Su Magestad (que Dios Guarde) para visitar las boticas que hubiere en esta ciudad y que habiendose presentado ante el Sr. Alcalde Mayor y dádole su cumplimiento, en consideración de tener entendido dicho Sr. D. Juan que esta ciudad se halla con privilegio para hacer por sí dichas visitas concurriendo la Justicia y Caballero Comisario Regidor y que en esta forma lo ha visto practicar, y que como tal Procurador General ha salido lo referido para que en esta inteligencia la ciudad resuelva lo que tuviere por conveniente. Y habiendolo oído le dió las gracias por su celo y acordó continúe en estas diligencias valiendose y presentando los papeles que conduzcan a la regalía y costumbres de esta ciudad."

(70) A.C. 19 ag. 1710:

"Al memorial de los maestros del arte de boticarios de esta ciudad en que hacen relación de los Reales Privilegios que tienen para que no se les visite sus boticas si no es por los Señores Justicia y dos Caballeros Capitulares y un médico de esta ciudad y que por no haber hallado hasta ahora dichos Reales Despachos, en el año pasado de setecientos y ocho se les visitó por D. Antonio Castaño, boticario forastero, en consecuencia de la Real Cédula y que ahora pretende hacer la misma diligencia, a que se les precisa salir oponiéndose, para lo que suplican que por los escribanos del Ayuntamiento se les de testimonio en relación de los autos de dicha visita con inserción del recibo que hay de ellos del dicho D. Antonio y como en los Ayuntamientos de veinte y cuatro años a esta parte y muchos antes se han nombrado caballeros regidores para que con la real justicia y médico de ella hiciesen, como lo han hecho, dichas visitas. Y la ciudad habiendolo oído acordó que por los presentes escribanos se de a estas partes el testimonio que piden."

(71) A.C. 13 sept. 1710, 26 y 30 en. 1712, 30 jul. y 19 oct. 1715, 14 nov. 1733, y 23 y 30 jul. 1735.

- (72) A.C. 14 ag. 1708.
- (73) A.C. 15 marzo y 8 y 12 abril 1710. Aunque finalmente, Jerónimo Melo dió con sus huesos en la hoguera por "herege, Judayzante, convicto, perri-naz, proterbo y blasfemo", según narra García Abellán (1981), p. 74.
- (74) A.C. 23 jul. y 1, 12, y 26 oct. 1718.
- (75) A.C. 26 oct. 1717.
- (76) A.C. 1 oct. 1718.
- (77) A.C. 23 sept. y 7 oct. 1721.
- (78) A.C. 19 jun. 1731.
- (79) A.C. 22 jun. 1743.
- (80) A.C. 9 mayo 1744.
- (81) Ibidem
- (82) A.C. 5 y 13 de dic. 1715.
- (83) La Real Provisión que establece estas normas llega al Ayuntamiento mur-ciano el 28 de julio de 1739.
- (84) Un estudio de los problemas que se presentan en torno al control de me-dicamentos por causa de los límites de competencias entre boticarios y drogueros, lo presenta González (1970).
- (85) A.C. 19 ag. 1710.
- (86) A.C. 19 jun. 1728.
- (87) A.C. 12 mayo 1731.

FUENTES

Libros de Actas Capitulares. 1700-1759. Archivo Municipal Murcia.

Legajo Nº 4048. Archivo Municipal Murcia.

BIBLIOGRAFIA

1. CARRERAS PANCHON, A. (1974). Las actividades de los barberos durante los siglos XVI al XVIII. Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 13, 205-219.

2. CORBELLÀ CORBELLÀ, J. (1966). La medicina legal española en el siglo XVIII. Actas II CEHM, 2, 133-43.
3. DÍAZ CASSOU, P. (1889). Ordenanzas y costumbres de la huerta de Murcia. Madrid. Fontanet.
4. DÍAZ CASSOU, P. (1982). Tradiciones y costumbres de Murcia. Murcia. Academia Alfonso X el Sabio.
5. DOMÍNGUEZ ORTIZ, A. (1973). Algunos datos sobre los médicos rurales en la España del siglo XVIII. Asclepio, 25, 317-321.
6. FERNÁNDEZ DUEÑAS, A. et al. (1983). Intrusismo profesional sanitario y ejercicio legal de la medicina y otros menesteres curadores durante el siglo XVIII en el reino de Córdoba. VII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Alicante.
7. FRANCES, M.C.; PIEDRABUENA, M.B. (1985). Comment on devenait inspecteur des pharmacies en Espagne au XVIII^e siècle. Revue d'histoire de la pharmacie, 32, (264), 31-33.
8. FRUTOS BAEZA, J. (1934). Bosquejo histórico de Murcia y su concejo. Murcia. La Verdad.
9. GALINDO ANTON, J. (1963). Algunas disposiciones reales del siglo XVIII sobre materia higiénica. Actas I CEHM, 117-19. Madrid.
10. GARCÍA ABELLÁN, J. (1981). La otra Murcia del siglo XVIII, 2ª ed., Murcia Acad. Alfonso X el Sabio.
11. GONZÁLEZ, R. (1970). Notas sobre el control de medicamentos por los boticarios barceloneses del siglo XVIII. Actas I Congreso Internacional de Historia de la Medicina Catalana, 1, 375-381. Barcelona-Montpellier.
12. GRANJEL, L. (1949). Pragmática y leyes sobre ordenación de la enseñanza y ejercicio de la Medicina en España en los siglos XVI y XVII. Medicamenta, 12, (168), 114-16.
13. GRANJEL, L.S. (1979). La medicina española en el siglo XVIII. Salamanca. Universidad.
14. GRANJEL, L. (1974). El ejercicio médico. Salamanca. Universidad.
15. MUÑOZ, M.E. (1751). Recopilación de las leyes ... del Real Protomedicato. Valencia. Imp. Vda. Antonio Bordazar.
16. MUÑOZ GARRIDO, R. (1967). Ejercicio legal de la medicina en España (siglos XV al XVIII). Salamanca. Universidad.
17. MUÑOZ GARRIDO, R.; MUÑIZ FERNÁNDEZ, C. (1969). Fuentes legales de la medicina española (siglos XIII-XIX). Salamanca. Universidad.
18. ROMERO DE SOLÍS, P. (1973). La población española en los siglos XVIII y XIX. Madrid. Siglo XXI.

APENDICE.

CRONOLOGIA DE LA NORMATIVA SOBRE EJERCICIO Y CONTROL DE LOS SANITARIOS.

FECHA	INSTITUCION QUE PROMULGA	CONTENIDO
11-09-1700	Ayto. Murcia	Obligación de presentar los títulos para ejercer en la jurisdicción del Ayuntamiento de Murcia.
13-08-1707	Ayto. Murcia	Los sanitarios deben ser vecinos de Murcia para ejercer en su término municipal.
1708	Privilegio Rl.	Es nombrado el primer visitador de boticas para el municipio de Murcia.
03-07-1708	Ayto. Murcia.	Se ratifica la prohibición de conceder permisos temporales para el ejercicio de sanitarios que previamente no hayan obtenido el título oficial.
14-08-1708	Ayto. Murcia.	Antes de conceder permiso para la apertura de una nueva botica, se hará inspección para asegurar que reúne, en cantidad y calidad, los medicamentos precisos.
03-11-1708	Ayto. Murcia.	Implica a los diputados de huerta y campo en el control de quienes ejercen como sanitarios sin título oficial.
19-08-1710	Ayto. Murcia.	Se menciona el modo tradicional como se realiza en Murcia, antes de ser nombrado el primer visitador, la inspección de boticas. Deben estar presentes dos regidores del Ayuntamiento, acompañados por un médico y un boticario.
15-11-1712	Ayto. Murcia.	Los sangradores precisan autorización del médico para proceder a la sangría.
20-12-1712	Ayto. Murcia.	Que los boticarios no despachen recetas que no vayan firmadas por médico aprobado.
04-03-1719		Los cirujanos del ejército pueden practicar su profesión entre la población civil con los mismos privilegios que el resto de sus colegas no militares.
14-03-1719	Ayto. Murcia.	
28-04-1725	Ayto. Murcia.	Persecución contra saludadores que ejercen sin autorización del cabildo municipal.
26-03-1726	Real Decreto.	Necesidad de las informaciones de limpieza de sangre y filiación de médicos, cirujanos y boticarios.

INSTITUCION QUE

FECHA

PROMULGA

CONTENIDO

19-06-1728	Ayto. Murcia.	Obligación de las matronas de pasar examen antes de poder ejercer.
1728	Real Provisión.	Ratifica la necesidad de obtener título del Protomedicato para ejercer como médico, cirujano
23-10-1728	Ayto. Murcia.	Ratifica la necesidad de las informaciones de limpieza de sangre. Las mismas deben quedar en poder del Ayuntamiento.
1729	Ayto. Murcia.	Los cirujanos no pueden recetar ni administrar medicamentos.
22-05-1731	Ayto. Murcia.	Obligatoriedad de declarar la muerte de enfermos infecciosos.
18-08-1736	Ayto. Murcia.	Ratifica la necesidad de obtener título. Se permiten "tiendas para afeitar", oficio para el cual no es necesario examen.
21-11-1737	Real Decreto.	Establece las sanciones a quienes ejercen sin título.
1739	Real Provisión.	Obligatoriedad de tener en la botica la <u>Pharmacopea Matritensis</u> y de elaborar los medicamentos de acuerdo con sus instrucciones.
1743	Real Decreto.	Se dictan normas para la visita de boticas, estableciendo la necesidad de que a ellas asistan un médico y un cirujano.
22-06-1743	Ayto. Murcia.	Prohibición de percibir gratificación alguna por las visitas de boticas.
1750		Impone el examen de las parteras ante el Tribunal del Protomedicato y regula el procedimiento para otorgar a los cirujanos el título de parteros.
06-10-1751	Real Cédula.	Obligatoriedad de declaración de enfermedades transmisibles.

EL CICLO DE LA MUERTE: ESTUDIO DE LOS FACTORES DE MORTALIDAD EN LOS NIÑOS EXPOSITOS DURANTE EL PRIMER MES (MURCIA 1650-1721).

Chacón Jiménez, F.; Fresneda Collado, R.; Elgarrieta Domeque, R.
Departamento de Historia Moderna y Contemporánea, Universidad de Murcia.

INTRODUCCION.

Desde el pionero y escasamente conocido trabajo de Carreras Pachón sobre el problema del niño expósito en la España Ilustrada (1), son todavía escasos los estudios que, al menos de manera individualizada y específica, se han ocupado de la problemática que presenta el abandono de niños. No quiere ello decir que falten estudios de interés como el de Alvarez Santaló para Sevilla (2), las investigaciones de Larqué sobre Madrid (3), y algunos más respecto a otros puntos de nuestra geografía (4). Estas investigaciones han puesto de relieve la elevada mortalidad que se produce en un sistema que, paradójicamente, fué creado para evitarla, y casi todas coinciden en otorgar una buena parte de responsabilidad en el fracaso del sistema a las instituciones que tuvieron a su cargo la acogida y manutención de los niños abandonados. Hospicios, incluso o secciones de un Hospital carecieron, en general, de la infraestructura necesaria para el normal desarrollo de su actividad, pero sobre todo les faltaron recursos económicos suficientes para sufragar los gastos que el buen funcionamiento del sistema exigía. Lo cual se traducía en una elevada mortalidad, pero la muerte de un expósito, por incongruente que parezca, era rentable para las instituciones de acogida dado las exiguas rentas de que disponían.

La deficiente situación de aquéllas, ha sido tradicionalmente denunciada por la historiografía que se ha ocupado del tema. Ya en el siglo XVIII, Antonio Bilbao en su *Destrucción y conservación de expósitos*, señalaba: "Mueren de hambre a racimos yo lo he visto; mueren cubiertos de costras y lepra a los ocho días de nacer limpios, yo lo he palpado; mueren abandonados, hechos cadáveres antes de serlo,

yo lo he llorado delante de Dios y ahora lo lloro delante de los hombres" (5). Alberto Megino en 1805 escribía: "Las casas de expósitos se deberían de llamar potros de infanticidio" (6), y otros autores las han llegado a llamar "agencias de infanticidio" (7), etc. Quizá resulten consideraciones excesivamente duras sobre todo si se tiene en cuenta que en el Antiguo Régimen el abandono de niños suponía, a falta de otros métodos, un mecanismo de regulación demográfica que permitía a una familia desprenderse de aquellos miembros que no podía sostener. El abandono fué, por otra parte, la única alternativa que la sociedad de la época ofreció al niño nacido de una relación ilegítima.

Lo cierto es que la respuesta ofrecida al fenómeno del abandono mediante la creación de turnos, incluso u hospicios y la crianza de niños por las amas fué un absoluto fracaso que, lejos de conseguir los fines perseguidos, se saldó en muchas ocasiones con la muerte de más del 80% de los expósitos. Nuestra intención será, en estas páginas, aproximarnos al análisis de las causas de mortalidad en un momento crucial en la vida del abandonado: el primer mes. Hemos centrado nuestro estudio en el período 1650-1721 (8), período que en líneas generales presenta una coyuntura recesiva hasta los años 1680-90 para pasar a una recuperación demográfica y económica que, producida de forma escalonada, se encuentra plénamente confirmada en la primera década del siglo XVIII, etapa en la que la exposición sufre un fuerte incremento.

Hemos utilizado como fuentes los libros de expósitos conservados en el Archivo Histórico de la Administración Regional (Comunidad Autónoma) en su sección Hospital de San Juan de Dios, institución que tuvo a su cargo la acogida y manutención de los niños abandonados -excepción hecha de los expósitos de Lorca de los que se ocupaba el concejo de dicha ciudad (9)- en una amplia zona que a veces se extendía más allá de los límites geográficos del Reino de Murcia. El torno del Hospital centralizó a la práctica totalidad de los expósitos del Reino hasta 1726, momento en el que el cardenal Belluga lleva a cabo una fundación benéfica destinada a la recogida de niños huérfanos y expósitos. A partir de entonces ambas Instituciones

nes, de forma coordinada, comienzan a funcionar juntos hasta que en 1874, definitivamente, el Hospital de San Juan de Dios cede en nombre de la fundación de Belluga las responsabilidades derivadas del fenómeno del abandono.

Si ponemos en relación en el período estudiado el total de ingresos con el total de muertes en el primer mes, podemos llegar al dato, globalizado eso sí, de que uno de cada cuatro niños muere en el primer mes. En los 64 años que abarca nuestro estudio ingresan en el torno del Hospital un total de 2.774 niños de los que mueren el 63,08%, es decir 1.750. De éstos, aproximadamente la mitad (45,04%) fallece en el primer mes, por lo que este período se convierte en una etapa clave para la vida o la muerte de un expósito (diagrama nº 1).

Pero ¿cuáles son las causas de esta alta mortalidad en los 30 días siguientes a la entrada de un expósito en el torno? Toda una serie de condicionamientos de muy diverso tipo entran en juego: desde los problemas derivados del propio nacimiento, el lugar y forma del abandono, el tiempo que transcurre hasta que es encontrado, el transporte hasta el torno, el tiempo que pasa en la institución de un ama interna hasta ser entregado a un ama externa, incidirán de forma determinante en la rápida muerte del abandonado.

Que duda cabe que resulta muy difícil, cuando no imposible, cuantificar la incidencia que tuvo en la mortalidad alguno de los factores enunciados. Sólo en contadísimos casos las fuentes ofrecen información de las vicisitudes por las que pasó el niño antes de llegar al torno. Sin embargo, cuando queda constancia de ello, no dejan lugar a la duda y ofrecen una razonable explicación para aquellos niños que mueren el mismo día del ingreso: "la sacaron de la accequia" o "con una señal en la cabeza que estaba magullada" (10). Por una parte el transporte hasta el centro de acogida no tiene en Murcia la trascendencia que presenta en otros lugares como París, en donde el expósito ha de soportar traslados a veces de más de 400 kms. La

distancia recorrida por los abandonados murcianos para ver si supera los 50 kms., distancia que puede salvarse en una o dos jornadas de viaje. El resultado es que de los 242 expósitos que proceden de fuera de la ciudad, según consta en las fuentes en el período estudiado, tan sólo el 14,4% muere a la semana siguiente de su ingreso. Más del 50%, pues, muere a partir de la segunda semana y resulta muy aventurado, una vez transcurrido ese tiempo, relacionar la muerte con el desplazamiento (11). Pese a todo, el transporte de los niños debió preocupar a las personas e instituciones relacionados con el fenómeno del abandono, como demostraba el obispado murciano en 1775 al recomendar a los curas párrocos y justicias de los pueblos recoger a los expósitos y ponerlos de inmediato en amas de la localidad para evitar el traslado del niño hasta la capital (12). Lo que sí es conveniente reseñar es el tipo de alimentación recibida por estos niños durante el transporte. Tenemos referencia de que en el viaje realizado por tres niños a la localidad de Orihuela, distante de la capital unos 25 kms., con el fin de ser entregados a amas para su crianza, se les alimentó con miel (13), y también aparecen las migas en más de una ocasión como sustento de los niños (14): no es difícil imaginar las consecuencias de esta alimentación para un recién nacido.

El factor decisivo que marcó la diferencia de la elevada mortalidad en el primer mes pudo ser el tiempo que el expósito pasó en la institución con un ama interna. Cientos de niños mueren en el centro de acogida antes de ser entregados a un ama exterior. Entre los años 1670 y 1720 ingresaron en el Hospital un total de 2.215 niños de los que fueron entregados a amas para su crianza 1.272 (57,42%). De estos niños murieron 711, es decir aproximadamente la mitad (55,80%), mientras que un total de 943 niños (42,57%) no fueron entregados a ningún ama externa permaneciendo, por tanto, en la institución; de ellos murieron 686, o sea el 72,74%. Así pues, la mortalidad entre los niños entregados a amas está casi 17 puntos por debajo de la de aquellos que mueren en la institución al cuidado de las amas internas.

¿Significa esto que la puesta en ama de cría, al contrario de lo que algunos autores piensan, supone para los niños una mayor garantía de supervivencia?. Es evidente que para los niños que tuvieron que ser alimentados durante los días siguientes a su ingreso dentro de la institución, el funcionamiento interno y los recursos de ésta fueron decisivos para su vida o su muerte, máxime cuando sólo el 30% de los expósitos son entregados a amas en los 5 días que siguen a su ingreso. El Hospital contaba en el siglo XVII con dos amas internas que alimentaban y cuidaban al niño hasta su entrega a una ama externa. A comienzos del siglo XVIII su número aumentó a tres, lo que fué con toda seguridad insuficiente para atender al fuerte incremento que sufren los ingresos en ese momento. En el libro que registraba las visitas realizadas al Hospital por el padre provincial de la Orden de San Juan de Diós, consta que el día 6 de octubre de 1740, había 9 niños con las amas internas, lo que significa que cada una amamantaría a tres. El 11 de junio de 1753 las mismas amas tienen nada menos que once; el 4 de noviembre de 1761 a siete y el 16 de agosto de 1764 otros siete (15). Y sin embargo, el torno tan sólo contaba para los niños con dos cunas, una grande y otra pequeña, además de los tres colchones para las amas. El resto de las existencias que aparecen en los inventarios es ropa (10). Sirva el sondeo realizado en estos años como botón de muestra de lo que debió ser algo habitual y cotidiano en el torno durante el siglo XVII y primer tercio del XVIII: la rápida muerte de los acogidos.

el reparto por semanas de la mortalidad en el primer mes (cuadro nº 1), presenta cierta igualdad en las cuatro semanas que lo componen. El mayor porcentaje representado por la segunda (31,61%) está marcado por estos 140 muertos del período 1771-21, período en el que, por otra parte, el número de muertes se dispara en perfecta correspondencia con el fuerte incremento que sufren los ingresos esos mismos años. Por contra, el menor número de muertes se detecta en la cuarta semana (10,20%) a pesar de que se trata de una semana larga que dura en realidad nueve días (de los días 22 al 30). Comparativamente las dos primeras semanas representan el mayor porcenta-

je de muertes, el 56,67%, frente al 43,31% de las dos semanas siguientes.

Para comprender en su totalidad la influencia que la permanencia en la institución tuvo en la mortalidad infantil durante el primer mes, habría que saber cuántos de los niños muertos en ese período fallecieron dentro del Hospital y cuántos de ellos murieron después de ser entregados a un ama externa (cuadro nº 2). Hemos analizado la primera semana día a día incluyendo en ella el mismo día del ingreso al que hemos marcado en el cuadro con el número cero. el objetivo era ver si los primeros 7 días contenían alguna característica propia, pero ciertamente no se observa comportamiento especial, salvo que es a partir del segundo día cuando se alcanza una cifra de muertes que podemos considerar mas o menos "normalizada". lo que inevitablemente se debe poner en relación con el hecho de que en trata al ama externa se incrementa el durante los dos primeros días murieron 47 niños que los que fallecieron después de ser entregados a amas externas y fallecieron con estas amas externas en el primer mes de su vida en el hospital (12,5%).

Por otra parte, es preciso destacar el período 1711-21 ya que rompe totalmente la normalidad de las cifras, primero porque aunque se trata de una etapa relativamente corta -11 años frente a los 64 años que abarca nuestro estudio- en ella se produce el mayor número de muerte (50,23%), y segundo porque una minoría de esas muertes afectó a niños que estaban con amas externas mientras que los muertos dentro de la institución se elevan a 388.

El resultado de todo ello, como deja patente el cuadro número dos, está en consonancia con lo expuesto anteriormente. Del total de 792 expósitos muertos en el primer mes, 628 (79,09%) fallecen en el Hospital antes de ser entregados a un ama externa, siendo 166 (20,90%) los que mueren durante el tiempo de su crianza por un ama de fuera de la institución.

CONCLUSIÓN.

Es un fenómeno tan complejo como es el del abandono de niños en el Antiguo Régimen son múltiples los factores que inciden

en la mortalidad. Pese a todo, el análisis de una etapa tan concreta y a la vez tan decisiva como es el primer mes, nos ha permitido ahondar en el estudio de aquellos que fueron causa de una rápida muerte de los abandonados.

Sabemos la importancia que tuvieron las circunstancias que rodearon a los expósitos antes de su ingreso en el torno, pero también resulta evidente la influencia que en la sobremortalidad del primer mes tuvieron los centros de acogida. Del área de influencia, la infraestructura, el funcionamiento interno y sobre todo de sus rentas y recursos económicos van a depender, en gran medida, las disponibilidades y medios que esa institución destine y pone al servicio de los abandonados. La falta de bienes materiales se traducirá en una ausencia de recursos humanos y esto a su vez repercute directamente sobre la atención y el cuidado de los expósitos quienes son, en último término, los que pagan con su vida semejante situación.

Aunque fué infrecuente, no hay que olvidar que algunos centros de acogida gozaron, si no de una adecuada infraestructura sí de mayores posibilidades económicas que les permitió entregar de forma inmediata el expósito a un ama quien, además, se ofrecía un sueldo más digno (17). No fué éste el caso del Hospital de San Juan de Dios de Murcia, que en 1707 solicitó a la fundación creada por Belluga que se hiciera cargo de los expósitos acogidos en su torno dado que "representaron ser mayores los gastos que las rentas que tenía el Hospital" para tal efecto (18).

Por otra parte, el factor tiempo se convierte, tras el ingreso, en la llave de la supervivencia. La rápida entrega a un ama exterior significa para el niño una mayor garantía de vida, y sin embargo, 8 de cada 10 abandonados mueren en el torno en los días siguientes a su ingreso antes de poder "estar a salvo" con un ama externa. Ello nos lleva a establecer la siguiente relación inversa: a menor tiempo de permanencia en la institución, mayor posibilidad de sobrevivir. Nos encontramos, pues, ante una falta de adecuación entre las necesidades mínimas de tipo humano y económico para atender el número de abandonados y los recursos disponibles. Pero no se pueden

olvidar varias cuestiones. Por una parte, que estamos ante -al contrario de lo que puede ocurrir en Madrid, París o Rouen- un pequeño hospital, con un volumen medio anual de ingresos que oscila, a lo largo del siglo XVII, entre los 30 y 40 abandonos, lo que, teóricamente, supondría de 2'5 a 3'3 niños por mes, con lo que dos amas serían suficientes para atenderlos: ahora bien, tanto la estacionalidad como el fuerte incremento de ingresos en los últimos años del siglo XVII y primer tercio del XVIII, distorsionaría y alteraría este hipotético y, casi seguro, falso equilibrio. A lo que hay que añadir un tercer problema: la mayor o menor dificultad y, por tanto, rapidez en encontrar ama con el consiguiente tiempo de espera del abandonado en circunstancias poco favorables para su existencia. Aunque desconocemos la imagen concreta que se produce en el hospital de San Juan de Dios en Murcia, parece que estamos lejos de la que nos ofrece la Inclusa de Madrid con un grupo de amas dirigiéndose a su puerta para llevarse niños a criar.

¿Hasta qué punto esta situación se convierte en un elemento propio de las instituciones de acogida, como Murcia, reciben un volumen relativamente reducido de niños, al menos en comparación con otras grandes urbes, y de recursos también escasos?. Sin embargo, no es esto lo importante, el hecho de que sea una característica que se encuentre en otras instituciones vendrá determinado, en gran medida aunque no de forma única, por el contexto espacial, demográfico y económico-social en el que se encuentra inserto cada centro de acogida, así como por las peculiaridades de organización, administración, origen de las rentas y modo de gestión. Precisamente estamos haciendo referencia a uno de los aspectos más desatendidos en la investigación sobre niños abandonados y que requiere una mayor atención -la diferencia entre Murcia y Lorca en este sentido es contundente-, pues podemos llegar a comprender el por qué de los calificativos que recibían, y a los que hemos hecho referencia al comienzo de esta comunicación, estos centros. Tengamos en cuenta que del equilibrio entre recursos (humanos y económicos), administración, gestión y contexto en el que se inserta depende, en gran medida, la supervivencia de los niños

en los momentos iniciales de su entrega.

NOTAS.

1.- A. Carreras Pachón: El problema del niño expósito en la España Ilustrada. Salamanca 1977.

2.- L.C. Alvarez Santaló: Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910). Sevilla 1980.

3.- C. Larquié: "La mise en nourrice des enfants madrilènes en XVII^e siècle" en Reveu d'Histoire Moderne et Contemporaine, París, t.XXXII, Janu-Mars, 1985, pp. 125-144; y "Les milieux nourriciers des enfants madrilènes au XVII^e siècle" en Mélanges de la Casa de Velazquez, París, XIX/1, 1983, pp. 221-242.

4.- A. Eiras Roel: "La casa de expósitos del Real Hospital de Santiago en el siglo XVIII" en Boletín Universidad Compostelana, nº 75-76, 1967-68, pp. 295-349; T. Egido: "Aportación al estudio de la demografía española: Los niños expósitos de Valladolid (Siglos XVI-XVIII)" en Actas de las I Jornadas de Metodología aplicada a las ciencias Históricas, Santiago de Compostela, 1975, pp. 333-345.

5.- Citado por A. Domínguez Ortiz en "Los expósitos en la España Moderna: La obra de Antonio Bilbao" en Les problèmes de l'exclusion en Espagne (XVI-XVII siècles). Ideologie et discours. Centre de Recherche sur L'Espagne des XVI et XVII siècles, París 1983, pp. 167-174.

6.- Ver V. Pérez Moreda: La crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX. Madrid, Ed. Siglo XXI. 1980, pág. 184.

7.- Ver Op. cit. p. 184.

8.- En realidad no son 71 años, sino 62 pues carecemos de datos entre 1704 y 1710.

9.- El concejo de Lorca se ocupó directamente de los abandonados en su circunscripción para lo cual nombraba un "comisario de niños expósitos" que se encargaba de pagar a las amas y llevar el control de los niños, cargo que fué desempeñado, generalmente, por un regidor. Los gastos eran sufragados mediante la imposición de un arbitrio sobre el consumo del vino, que a fines del siglo XVII era de medio real por cada arroba de vino que se vendía.

10.- R. Fresneda y R. Elgarrista: "Aproximación al estudio de la identidad familiar: El abandono y la adopción de expósitos en Murcia (1601-1721)" en Familia y sociedad en el Mediterráneo occidental. Siglos XVI-XIX. (ed. F. Chacón) Universidad de Murcia (en prensa).

11.- F. Chacón, R. Elgarrista y R. Fresneda: "Mercenarismo. ¿Mito o Realidad?. Análisis del comportamiento de las amas de cría en el Reino de Murcia (siglos XVII-XVIII)", Roma, Coloquio Internacional "Enfance abandonnée et société en Europe XIV-XIX siècle" École Française de Rome, enero 1987 (en prensa).

12.- Archivo Diocesano del Obispado de Murcia, nº 24, legajo 12. Es un informe sobre el fenómeno de la exposición en el Reino de Murcia, firmado el 21 de noviembre de 1775 por D. Antonio Carrillo de Mendoza.

13.- Archivo Histórico de la Administración Regional; Sección Hospital de San Juan de Dios; libro de expósitos 1601-1603, fº 175 r. Este dato aparece en una relación de gastos de viaje de unos niños que se llevan a criar fuera de Murcia.

14.- "El ama que hoy está en el dicho torno no tenía leche para criar los niños ... cuando no hallaba quien hiciese esta obra de caridad, con migas los sustentaba" (Archivo Histórico de la Administración Regional, secc. Hospital de S. Juan de Dios; libro de Juntas de los religiosos del Convento Hospital, legajo nº 21, 24-IV-1674.

15.- Arch. Histórico de la Admón. Reg., Secc. Hosp. de S. Juan de Dios; libro de visitas y cuentas 1740-1776. Legajo nº 18.

16.- En el inventario de bienes del Hospital realizado el 31 de marzo de 1744 aparecen en el torno las siguientes existencias:

- Un torno de madera.
 - Una cuna grande de madera con su pie y en ella su colchón de lienzo.
 - Tres sabanicas mediadas, con una manta.
 - Una cuna pequeña.
 - Dos sábanas mediadas para las amas.
 - Tres colchones viejos, poblados de lana para las amas.
 - Tres mantas blancas viejas.
 - Una tinajica.
 - Un cossio.
 - Cincuenta camisicas mediadas y veinticuatro viejas.
 - Once capotes mediados y catorce viejos de lienzo.
 - Nueve capotes de lana.
 - Diez tajas nuevas y 24 viejas.
 - Dos mantillas de vayeta pajizas buenas.
 - Diecisiete mantillas viejas.
 - Un capote de raso para cristianar.
 - Dos mantillas de cotton buenas y una taja virada buena y su rebosillo encarnado y otro blanco de vayeta.
 - Dos delantales blancos de lienzo.
 - Una mantilla de vuelta de vayeta blanca.
 - Diez carotas con sus encajes buenas.
 - Cuatro montericas y dos carotas vayeta.
 - Dieciseis pañales de lienzo de cáñamo sin estrenar.
- (Arch. Hist. de la Admón. Reg. Secc. Hosp. de S. Juan de Dios)

libro de Inventarios del Hospital 1738-1787 folio 23 r. y v.).

17.- En 1790 el sueldo de un ama externa en Murcia era de 20 reales al mes que se reducían a 15 reales después del destete, mientras que en Lorca en la misma época un ama ganaba 30 rs. al mes y recibía cada seis meses una "envoltura" que importaba de 36 a 38 rs. más. (Biblioteca Nacional, Secc. Mss. 11267, nº 32).

18.- Biblioteca Nacional, Secc. Mss. 11267, nº 32.

CUADRO N.º 1

MORTALIDAD EN EL PRIMER MES: Datos semanales y porcentajes (1650 - '72)

AÑOS	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	TOTAL MUERTOS PRIMER MES
1650-59	9 (18%)	11 (22%)	14 (28%)	16 (32%)	50
1660-69	23 (28'04%)	26 (31'70%)	21 (25'60%)	12 (14'63%)	82
1670-79	27 (31'76%)	24 (28'23%)	14 (16'47%)	20 (23'52%)	85
1680-89	6 (20%)	6 (20%)	8 (26'66%)	10 (33'33%)	30
1690-99 *	25 (29'06%)	24 (27'90%)	15 (17'44%)	22 (25'58%)	86
1700-03	14 (28'57%)	20 (40'81%)	8 (16'32%)	7 (14'28%)	49
1711-21	95 (23'05%)	140 (33'98%)	106 (25'72%)	71 (17'23%)	412
TOTAL	199 (25'04%)	251 (31'61%)	186 (23'42%)	158 (19'89%)	794

* No se ha tenido en cuenta el año 1695 por irregularidades en la fuente.

MORTALIDAD EN EL PRIMER MES: Niños muertos en el parto y con amas (1650-1721)

AÑOS	1ª SEMANA, EN DÍAS							2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	TOTAL MUERTOS PRIMER MES	TOTAL MUERTOS CON AMAS
	0	1	2	3	4	5	6	7				
1650-59	1	-	(1)	1	-	1(1)	2	1(1)	11(3)	11(5)	50	12 (24;)
1660-69	-	2	4	3(1)	5(1)	3	2(1)	(1)	10(11)	4(8)	82	28 (34'14;)
1670-79	2	5	4	4	3(2)	3	2(1)	1	12 (2)	15(5)	85	12 (14'11;)
1680-89	-	-	(1)	1(1)	-	-	1(1)	(1)	(8)	1(9)	30	25 (83'33;)
1690-99	1	2	3(2)	3(1)	1(2)	5	2(3)	-	16(6)	7(13)	66	40 (46'51;)
1700-03	-	(2)	4	3	1(2)	-	(1)	(1)	2(6)	1(6)	49	33 (67'34;)
1711-21	1	5	8	16	13	20	6	24	137(3)	65(6)	412	16 (3'88;)
TOTALES 1650- 1721	5	14()	23(4)	51(3)	2 (7)	30	17(7)	2(4)	213(38)	104(54)	794	166 (20'90;)

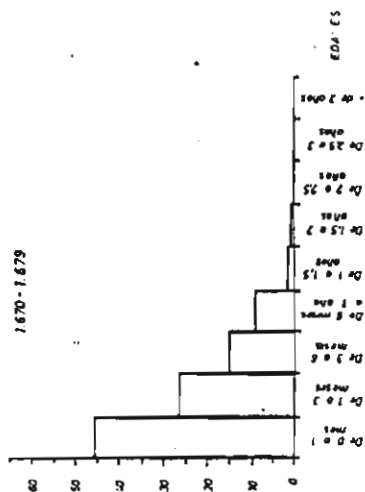
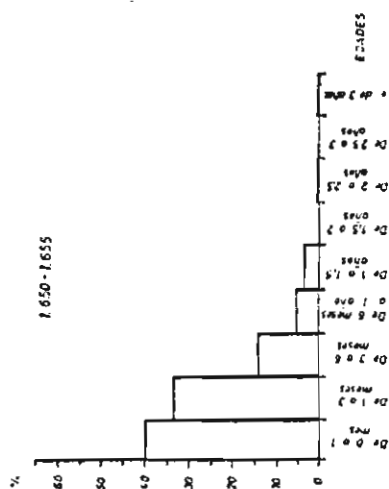
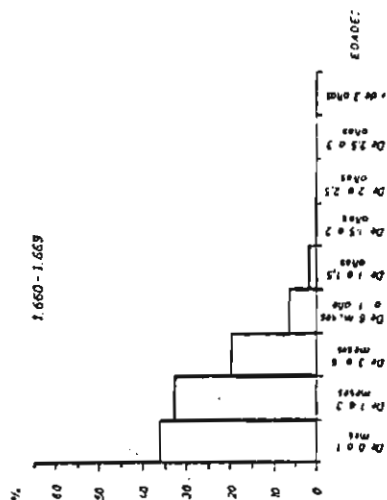
* No se ha tenido en cuenta el año 1695 por irregularidad en la fuente.

() Los números entre paréntesis indican los niños que tuvieron amas.

DIAGRAMA Nº 1

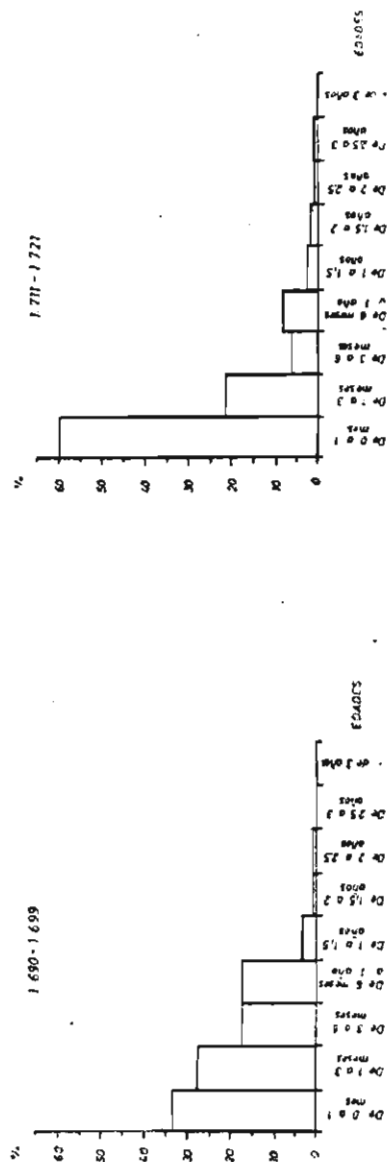
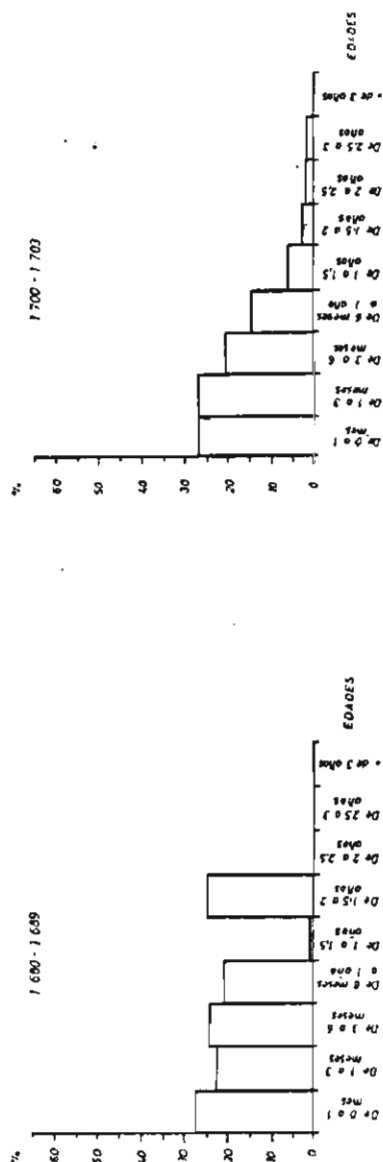
COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD EN FUNCION DEL PERIODO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO

Valores porcentuales sobre el total de defunciones de los ingresados en cada periodo



COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD EN FUNCION DEL PERIODO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO

Valores porcentuales sobre el total de defunciones de los ingresados en cada periodo



LA MORTALIDAD EN LA PARROQUIA DE SAN PEDRO DE MURCIA (1801-1935): EVOLUCION E INTENSIDAD

Blázquez Quijada, M.D.; Sáez, J.M.; Navarro, S.; Guillén, F.; San Eustaquio, F.
Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad de
Medicina. Universidad de Murcia.

Nuestro estudio se basa en el análisis del paso de una mortalidad de tipo antiguo, caracterizada por unos índices elevados de mortalidad general, en la que la presencia de brotes epidémicos y ciclos de malas cosechas ponen de manifiesto la precariedad de las estructuras socioeconómicas, a una mortalidad en descenso. En definitiva, sobre el llamado "proceso de transición demográfica". La muestra elegida es la parroquia de San Pedro que Pérez Picazo (1979:79) nos la presenta así: "San Pedro, como Sta. Eulalia, constituía un sector muy antiguo de la ciudad, con una estructura netamente urbana, caracterizada por el peso específico del comercio y la abundancia de artesanos especializados. Ahora bien, no era un comercio de clientela elegante, sino campesina, ya que se dedicaba a la venta de productos de uso cotidiano en la huerta". Por otro lado, la presencia importante de estratos sociales inferiores como los jornaleros, que suponían en 1901 el 34,23 por cien de la población (Lucas Picazo, 1980:104), colocaba a esta parroquia en una situación intermedia entre las denominadas "ricas", San Bartolomé y Sta. María y las más pobres", San Juan y San Antolín.

Esta definición de la parroquia, nos va a dar la clave para explicarnos los diferentes niveles de mortalidad entre los distintos barrios de la ciudad de Murcia y en concreto con el ya mencionado de San Antolín, ya que al existir un trabajo sobre esta parroquia y abarcar un período parecido, ha sido motivo de comparación con el nuestro. De igual manera el trabajo realizado por Martínez Carrión sobre un conjunto de parroquias rurales situadas en el sector suroccidental de la actual provincia de Albacete, nos ha permitido establecer comparaciones entre una zona netamente rural como la mencionada más arriba y una netamente urbana. También, el trabajo de Pérez Moreda nos ha permitido cotejar los niveles de mortalidad entre una zona del interior de España y una zona de la periferia. Mortalidad diferencial, por otra parte, que ha sido confirmada por numerosos estudios (Imhof, 1981, Lucas Pi-

caso, 1980, Argente del Castillo, 1983...). Hemos completado este trabajo con dos comunicaciones más, una sobre la mortalidad infantil, y otra sobre la estacionalidad de la muerte.

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD EN EL PROCESO DE CAMBIO DEMOGRAFICO (1801-1935)

La mortalidad del conjunto de esta población se caracteriza por el mantenimiento de unos índices elevados de mortalidad hasta finales del siglo XIX, produciéndose el descenso en el transcurso de las primeras décadas del siglo XX (tabla 1, gráfica 1). No obstante, la evolución de las tasas de mortalidad en esta población de San Pedro, se caracterizaron por presentar unos índices relativamente bajos si los comparamos con otras comunidades, según queda reflejado en el cuadro nº 1.

La tasa de mortalidad estuvo para la primera mitad del siglo XIX alrededor del 32,27 por mil, cifra muy inferior como se ve a las obtenidas por Pérez Moreda (1980:137) para la localidad segoviana de Otero de Herreros, calculada en un 43 por mil. En la España interior, la primera mitad del siglo pasado se presentó con un carácter verdaderamente dramático y con una mortalidad superior a las regiones periféricas o intermedias. Este hecho habría que relacionarlo con la oscilación de los precios del trigo, base de la alimentación en España durante el Antiguo Régimen, estos precios fueron más elevados en el interior que en la periferia, (Anes, 1970:210). A ello habría que añadir también a favor de un balance más favorable en las regiones periféricas, el hecho de poder importar grano con mayor facilidad por la cercanía de sus puertos, así como también en el caso de Murcia y Valencia, la proximidad de una huerta que proporcionaría en los años de escasez y carestía del trigo otros alimentos. En Valencia, concretamente, el arroz desempeñó un papel de sustitución del trigo, que sin duda llevaría a paliar la situación.

Aunque si bien esto es así a grandes rasgos, conviene que pongamos de relieve para ver que en algunos quinquenios la tasa se disparó como ocurre durante el período 1806-1810 y 1811-1815, llegándose en esta ocasión a unos índices del 35,18 y 108,23 por mil respectivamente. Parece pues oportuno señalar que, durante los primeros años de principios del siglo pasado, adquirió un notable desarrollo la mortalidad catastrófica, donde la confluencia de las guerras, hambrones y epidemias fueron elementos cotidianos de este período histórico. A ello añadiremos el ciclo de malas cosechas sufrido en la región durante los años 1871, 1827-28, 1836 y 1847 (Pérez Picazo, 1984:317).

A partir de los años cuarenta y hasta los cincuenta, los índices son muy bajos, del orden del 19 y 14 por mil. ¿Qué ha ocurrido para que se dé un cambio tan brusco? Según Pérez Picazo (1984:307) a partir de 1840 y con mayor claridad desde 1848-49, "la vida económica murciana parece experimentar un verdadero salto hacia delante. La agricultura entra en un aparente dinamismo consiguiendo desarrollar el autoabastecimiento, del mismo modo, se produce un modesto despegue de la industria tendente a aprovechar las materias primas locales tal como la lana, seda y plomo, siendo consecuencia de este último factor la introducción de una masa de dinero líquido considerable en la economía regional".

Durante la segunda mitad del siglo XIX asistimos a un recrudecimiento de los niveles medios de mortalidad general ordinaria, siendo especialmente grave la situación durante el último tercio del mismo. Esta situación fue debida presumiblemente a los efectos de la depresión agrícola y a los nuevos brotes de cólera que marcaron en los años 1854, 1859, 1865 y 1885 sendas puntas de mortalidad. De nuevo asistimos a las llamadas "crisis mixtas". La escasez de alimentos debido a la pérdida de las cosechas durante dos años consecutivos, 1866-67 (Pérez Picazo, 1984:327) tuvieron mucho que ver con este aumento de la mortalidad. Estas mismas "crisis mixtas" de las que hablamos, se dejaron sentir igualmente en la población albacetense de Yeste y en la España interior. Martínez Carrión (1983:403) y Pérez Moreda (1980:400), insisten en que si bien las crisis de subsistencias de los años 1866 y 1868 fueron graves, descendiendo el saldo del crecimiento vegetativo, no alcanzaron ni mucho menos los caracteres dramáticos de las citadas de comienzos de siglo. Todo ello hace suponer, que las crisis alimenticias no conducirán ya a las inevitables crisis de mortalidad ocasionadas por las hambres masivas que en otros tiempos pasados provocaron. No cabe duda de que la puesta en cultivo de tierras marginales y las roturaciones, realizadas tras las desamortizaciones, fueron capaces de alimentar a la población y mantener el crecimiento sostenido de la misma, aunque esto no suponga de ningún modo, indicios de una revolución agrícola como la operada en la Europa septentrional. Mientras en estas regiones se generalizaban nuevas técnicas de cultivo que, suprimiendo el barbecho, integrando agricultura y ganadería, e introduciendo nuevos productos (tubérculos, maíz, plantas forrajeras, etc.), nuevos abonos (humus, guano, estiercol, abonos químicos, etc.) y nuevos sistemas de roturación científica, España seguía apegada durante la mayor parte del siglo

XIX a la práctica del barbecho de año y vez, y al cultivo del trigo, la cebada y el centeno, con rendimientos muy bajos. Debemos, sin embargo, matizar estas afirmaciones, haciendo notar que junto a esta agricultura cerealícola predominante, había en España, en especial en la zona litoral mediterránea, inicios e indicios de una agricultura hortícola y frutícola de mayores rendimientos, (Tortella, 1985:138), pero habrá que esperar hasta el siglo XX para que estas promesas fructifiquen plenamente.

Prácticamente hasta bien entrado el siglo XX, las tasas de mortalidad se mantendrán altas, llegándose en el año 1900 al 40,68 por mil. Especialmente grave fue la situación en el último tercio del siglo XIX, ya que la consecuencia inmediata de la integración de todos los países en el mercado mundial, fue la afluencia de granos más baratos y de mejor calidad que los europeos. Esto produjo un hundimiento general de los precios que según las zonas osciló entre un 25 y un 40% (Pérez Picazo, 1984:398). Los agricultores no pudieron soportar la competencia y tuvieron serias dificultades para seguir adelante con sus exposiciones. Murcia, en concreto, sufre ampliamente los efectos del fenómeno ya que en 1877 poseía todavía 9.563 hectáreas sembradas de cereales (Pérez Picazo y Lemeunier, 1984:413). En estas condiciones, los brotes epidémicos hicieron acto de presencia entre la población, minando los organismos ya de por sí debilitados a causa de la deficiente alimentación y ausencia de una infraestructura sanitaria adecuada. No es de extrañar por ello, que junto a nuevos brotes de cólera del año 1885, se produjera un recrudescimiento de la mortalidad relacionada con enfermedades del aparato digestivo: gastritis, gastroenteritis, etc., llegándose a una tasa en la década de 1881-1890 del 48,53 por diez mil. La difícil coyuntura agraria incide por otra parte en los organismos más jóvenes comprendidos en el primer año de vida, llegándose en el año 1896 a un índice del 380,95 por mil.

La crisis finisecular no hubiera sido tal, sin la puesta en marcha de otros mecanismos demográficos, porque a pesar de todo, el balance entre nacimientos y defunciones fue favorable para los primeros en 141 durante el periodo 1881-1900 (para un seguimiento anual del movimiento natural de la población ver Tabla 2).

Hemos dejado para un estudio posterior el comportamiento de las concepciones y los matrimonios pero es muy probable que ocurra de igual manera que en el caso de Yeste, en que la caída de la nupcialidad se dejó sentir entre 1896-1898 (Martínez Carrión, 1983:401): de igual manera, la parroquia

de San Antolín de Murcia ofrece en el año 1886 una tasa de nupcialidad del 14,9 por mil, frente al 8,6 por mil del año 1879 (Argente del Castillo, 1983: apéndice estadístico). Es muy frecuente que en época de crisis económica se retraigan los matrimonios y como consecuencia se produzca una baja de nacimientos.

En suma, durante el último tercio del siglo XIX, la población de San Pedro, coincidiendo con los años de la Gran Depresión, experimenta un recrudecimiento de las tasas de mortalidad: el alza de las enfermedades digestivas durante este período (gráfica 2) apuntaría a las consecuencias de una mala alimentación. Al respecto, algunos estudios han mostrado la caída, en términos cualitativos, de los componentes de la dieta alimenticia para las últimas décadas del siglo XIX (Simón Segura, 1976), en muchos casos a base de patatas y cereales menores: centeno, cebada y maíz (Pérez Moreda, 1980:410 y ss.), que, si bien condujo a que la población no muriese de hambre, sí produjo un debilitamiento de los organismos frente a la enfermedad. Este consumo generalizado de patatas, aparte de España, se ha podido comprobar también para amplias zonas de la cuenca mediterránea (Horvath, 1981:5). Por otro lado, el propio incremento del movimiento migratorio, que hacia 1885 representaba para la región de Murcia el 39,55% del total de la migración exterior española, y los braceros como clase social más propensa a emigrar (Vilar, 1975:339 y ss.), viene a corroborar una vez más esta crisis generalizada de finales del XIX.

Por último, apuntar, que la ciencia médica, sin subestimar el avance de ésta desde 1850 y sobre todo a finales del siglo XIX, resultó impotente en el control de la enfermedad. Es a partir de la tercera o cuarta década de nuestro siglo cuando la medicina se hace efectiva en el control de las infecciones (Sandrail, 1983:388 y ss.).

El paso de un siglo a otro, parece marcar definitivamente las diferencias en el comportamiento demográfico de la población. A partir de la segunda década de nuestro siglo, la tasa comienza a descender sistemáticamente, alcanzado unos niveles entre el 17,37 4,71 por mil para los años 1906 y 1935 respectivamente. Entra así la población en una etapa distinta a la anterior, perdiendo la mortalidad catastrófica el papel relevante que tuvo durante el siglo XIX. Su carácter catastrófico debido a la alta incidencia que tenía sobre los efectivos poblacionales, en especial sobre la mortalidad infantil, se ha ido reduciendo. Así, durante el largo período de tiempo

estudiado se produce el tránsito de una mortalidad de crisis, típica según Nadal (1976:13) de una demografía "antigua", a los inicios de una mortalidad en descenso, específica de una demografía "moderna". La fisonomía netamente rural de la mayor parte de la población murciana, concentrada especialmente en la huerta y en el campo de Lorca, Murcia y Cartagena, explica la prolongación del modelo demográfico tradicional hasta el siglo XX (Pérez Picazo y Lemeunier, 1984:316). Parece pues evidente, que una población de estas características, bastante dispersa, no podía acceder ni a unos conocimientos higiénicos ni a una asistencia sanitaria mínima. En Murcia sabemos que, el número de profesionales sanitarios descendió durante la primera mitad del XIX con relación al siglo XVIII (Marsset y Saturno, 1981:264).

Es indudable que este cambio de tendencia, se debió por una parte a la mejora de las condiciones económicas y de la alimentación, reduciéndose por lo tanto la mortalidad epidémica e infecciosa, y por otro lado, a las mejoras de las condiciones higiénico-sanitarias. Recordemos que, al comenzar el siglo XX y a nivel de Murcia, se inicia la modificación de la red de alcantarillado y las obras de canalización para la provisión de agua potable por los canales del Taibilla. Igualmente, aumenta el número de médicos, constatóndose casi en todas las parroquias de la ciudad, en los registros de defunciones, la presencia del médico como habitual, un 90% a partir de 1800 (Marsset y Saturno, 1981:300).

La legislación sanitaria en materia de higiene pública empieza a proliferar en estas primeras décadas del XX. Así el R.D. de 22 de Diciembre de 1908, dispone en su articulado el establecimiento de laboratorios municipales para el reconocimiento de bebidas y sustancias alimenticias e indica las condiciones higiénicas que éstas deben cumplir (De la Peña, 1920:170-177). Igualmente se regula la instalación de los denominados "establecimientos incómodos, insalubres y peligrosos". R.O. de 17 de Noviembre de 1925 (De la Peña, 1926:261). Se refiere exactamente, a aquellos talleres, establecimientos, y todos aquellos que por sus ruidos o vibraciones que en ellos se produzcan, o por los humos u olores que de los mismos se desprendan, constituyan una molestia o un peligro para los vecinos de las inmediaciones del lugar en que se encuentran emplazados.

En definitiva, es en esta mejora de las condiciones materiales e higiénicas de la población donde hay que insertar el proceso inicial de la caída definitiva de la mortalidad.

LA INTENSIDAD DE LAS CRISIS DE MORTALIDAD GENERAL

Una vez analizada la evolución de la tasa de mortalidad general en el periodo que nos ocupa, es importante medir la intensidad de las crisis que se produjeron en dicha comunidad. Se trata de determinar numéricamente y con cierta precisión, como afirma Pérez Moreda, (1980) calificativos tales como "debastadora", "elevada", "dramática", etc.

La medición de una crisis demográfica presenta serias dificultades y, hasta el momento no existe una fórmula lo suficientemente satisfactoria para el análisis de las mismas. Por lo tanto, aceptaremos de entrada, el tratamiento estadístico propuesto por Dupâquier, así como su escala de niveles (cit. por Pérez Moreda, 1980:104).

Recordemos que la intensidad de las crisis, dependerá de las defunciones del año en estudio y de la media y desviación típica de los cinco años anteriores y posteriores, menos el inmediatamente anterior y posterior. Se trata pues, de un periodo de observación de trece años, donde se han eliminado los tres centrales.

La fórmula que ofrece Dupâquier es la siguiente:

$$I = \frac{D - M}{\sigma}$$

donde

I = intensidad de la crisis en un año determinado

D = cifra anual de defunciones en esa fecha

M = media aritmética de las defunciones anuales registradas durante diez años situados en torno a esa fecha

σ = desviación típica de tales defunciones durante dicho periodo.

Después presenta un cuadro con la magnitud de la crisis y el valor numérico de su intensidad.

<u>MAGNITUD</u>	<u>INTENSIDAD</u>
Crisis menor	De 1 a 2
Crisis media	De 2 a 4
Crisis fuerte	De 4 a 8
Crisis importante	De 8 a 16
Gran crisis	De 16 a 32
Catástrofe	De 32 ó más

Ahora pasemos a ver, después de todas estas matizaciones, lo que ocurre en la parroquia de San Pedro. (Cuadro nº 2).

Hemos de aclarar que sólo hemos analizado los años de crisis positivas (Para una evolución de la intensidad año a año de dichas crisis. Ver Tabla 3, Gráfico 3).

El cuadro recoge de acuerdo con la jerarquización anterior, la relevancia de las crisis en el conjunto de la población de San Pedro. Los resultados son ciertamente importantes, sobre todo, para la primera mitad del siglo XIX.

Dos años decisivos especialmente, 1811 y 1834, ambos están relacionados con enfermedades infecciosas, el primero se debe a la epidemia de fiebre amarilla y el segundo al cólera. Calificados en la escala propuesta por Dupâquier de Catástrofe y Crisis Importante respectivamente.

Fueron sin duda, las pésimas condiciones económicas, sobre todo, de las primeras décadas del siglo XIX, relacionadas con las guerras napoleónicas y la proximidad de un puerto de mar como el de Cartagena, lo que propiciaron la presencia de enfermedades tropicales como esta fiebre.

Seguidamente observamos 4 Crisis Medias, para los años 1812, 1859, 1885 y 1900. De nuevo las pésimas condiciones económicas agravadas por la guerra de los primeros años del siglo XIX y el cólera en 1859 y 1885 tuvieron que ver con este incremento de la intensidad de la mortalidad. Hay que matizar no obstante, y en lo que se refiere a los dos nuevos brotes de cólera, que su intensidad fue menor que la de 1834, decreciendo sus niveles conforme avanza el siglo. Pensamos que esto sucediese, como apunta Marset (1981: 230) que la población va adquiriendo mayor número de defensas ante la presencia de esta enfermedad, ya que fuera del aislamiento de los pacientes y de las casas infectadas, y de los reglamentos para la inhumación de los muertos, poco se podía hacer cuando llegaba una epidemia (Hayward, 1974:33).

De todas formas, la experiencia había demostrado que las condiciones de vida (especialmente entre las clases más pobres) y la ausencia de facilidades sanitarias, eran las principales responsables de la existencia de toda clase de enfermedades y de los estragos de las epidemias. Esta misma experiencia había ya señalado a lo largo del tiempo la conveniencia del aislamiento de los pacientes contagiosos. Sin embargo, puesto que tal enfermedad tiene su causa particular y requiere métodos especiales, "no fue posible tomar medidas efectivas y atacarlas en sus fuentes hasta que la medicina cien-

tífica y especialmente la bacteriología, hubieron descubierto el origen de muchas de ellas". (Hayward. 1974:36).

Por último la crisis de 1900, está directamente relacionada con un recrudecimiento de la mortalidad ordinaria y especialmente la habida por causa respiratorio-infecciosa, llegándose en la década de 1891-1900 a una tasa del 95,22 por diez mil habitantes, y ocupando la tuberculosis un lugar principal con una tasa del 15.81 por diez mil habitantes, tasa por otra parte, la más elevada del periodo.

A continuación, tenemos 8 Crisis Menores. Las de los años 1810 y 1827, suponemos que estarían relacionadas con la difícil coyuntura de los primeros años del siglo (concretamente el bienio 1827-1828 coincidió en la región con un ciclo de malas cosechas) (Pérez Picazo y Lemeunier, 1984:317). En el año 1841, la intensidad de la crisis calculada con un valor de 1,26, está íntimamente relacionada con la presencia de un brote de sarampión, de las 45 defunciones que se registraron en dicho año, 19 se debieron a esta causa de muerte, lo que supone un 42,22%, casi la mitad de las defunciones de ese año se debieron al sarampión. Los años 1854 y 1865, que presentan una intensidad de 1,56 y 1,81 respectivamente, fueron años azotados por el cólera, que prácticamente no nos abandonaría a lo largo de todo el siglo XIX. Sin embargo es curioso observar, que estos años tuvieron una intensidad de la crisis menor que la registrada para el año 1885 (en que también hubo cólera).

Aunque en números absolutos, el número de muertes por cólera descendió a lo largo del siglo XIX como queda reflejado en el cuadro nº 3.

Sin embargo, como decíamos, el valor de la intensidad subió más en el año 1885, pensamos que esto se debe a los efectos de la crisis generalizada de las últimas décadas del siglo, que hizo por lo tanto que se produjeran unos efectos letales mucho mayores que la de los años arriba señalados, o sea, 1854 y 1865.

Por último, los años 1902, 1920 y 1922, son considerados como años con crisis menor, debidas a enfermedades del aparato respiratorio. También aquí tuvo que ver de nuevo, la situación económica por la que atravesaba la región. baste decir que en 1900, el número de jornaleros aumentó con relación a 1860 (Pérez Picazo y Lemeunier, 1984:406). Igualmente por estas fechas y hasta 1928, se ha podido comprobar en otras parroquias de la ciudad de Murcia (Argente del Castillo, 1983:164) que los brotes epidémicos de sarampión

(1905) y viruela (1909 y 1920), hicieron acto de presencia en estas fechas tan avanzadas del siglo XX. Pero fue sobre todo, la mortalidad ordinaria, la que llevó el mayor peso, sobre todo las enfermedades infeccioso-respiratorias y las infeccioso-digestivas.

BIBLIOGRAFIA

1. ARGENTE DEL CASTILLO, D.J. (1983). San Antolín (Murcia): una parroquia rural y urbana a lo largo de la transición demográfica (1877-1980). Tesis de Licenciatura, Facultad de Letras, Murcia.
2. HAYWARD, J.A. (1974). Historia de la Medicina, 2ª ed., Fondo de Cultura Económica, México.
3. IMHOF, (1981), Mortalité différentielle dans le passé. Rapport des rapports, Union International pour l'Etude Scientifique de la Population. Congrés Général, Manila, 9-16 de diciembre.
4. LUCAS PICAZO, M. (1980). El proceso de modernización demográfica en el municipio de Murcia, 1900-1935. Tesis de Licenciatura, Facultad de Letras Murcia.
5. MARSET CAMPOS, P. (1981). La sociedad murciana y cartagenera y las epidemias durante los siglos XVII, XVIII y XIX, en TORRES FONTES, J. et al., De Historia Médica Murciana.II. Las Epidemias. Academia Alfonso X el Sabio, Murcia, 209-248.
6. MARSET CAMPOS, P.; SATURNO HERNANDEZ, J. (1981). Los sanitarios murcianos de 1750 a 1850. Evolución numérica, tipos profesionales y procedencias geográfica. Asclepio, 57, 255-270.
7. MARTINEZ CARRION, J.M. (1983). La población de Yeste en los inicios de la transición demográfica, 1850-1935. Instituto Estudios Albacetenses, Albacete.
8. NADAL, J. (1976). La población española (siglos XVI a XX). 3ª ed., Ariel, Barcelona.
9. PEREZ PICAZO, Mª.T. (1979). Oligarquía urbana y campesinado en Murcia, 1875-1902. Academia Alfonso X el Sabio, Murcia.
10. PEREZ PICAZO, Mª.T.; LEMEUNIER, G. (1984). El proceso de modernización de la Región Murciana (siglos XVI-XIX). Editora Regional, Murcia.
11. PEREZ MOREDA, V. (1980). Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX. Siglo XXI, Madrid.

12. SANDRIL, M. (1983). Historia cultural de la enfermedad. Espasa-Calé, Madrid.
13. SIMON SEGURA, F. (1976). Aspectos del nivel de vida del campesinado español en la segunda mitad del siglo XIX. La alimentación. Económicas y Empresariales, 3, 133-149.
14. TORTELLA, G. (1985). La economía española a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. en ARTOLA, M. et al., La España de la Restauración. Política, economía, legislación y cultura. Siglo XXI, Madrid, 133-152.
15. VILAR, J.B. (1975). La emigración española en Argelia, 1830-1900. Instituto Estudios Africanos, Madrid.

CUADRO I. EVOLUCION QUINQUENAL DE LA TASA DE MORTALIDAD EN LA PARROQUIA DE SAN PEDRO DE MURCIA. COMPARACION CON OTRAS COMUNIDADES.

PERIODOS	TASAS			
	San Pedro			
1806-1810	35,18			
1811-1815	10,23			
1816-1820	21,81			
1821-1825	15,69			
1826-1830	20,26			
1831-1835	31,73			
1836-1840	23,73			
1841-1845	19,70			
1846-1850	14,11			
1851-1855	18,31			
1856-1860	24,68			
1861-1865	25,53			
1866-1870	24,45			
1871-1875	25,86			
1876-1880	28,35	San Antolín		
1881-1885	33,02	44,15		
1886-1890	30,10	42,52		
1891-1895	29,89	37,03		
1896-1900	34,23	33,53	Yeste	España
1901-1905	26,79	30,05	34,2	25,9
1906-1910	15,43	24,48	30,4	24,0
1911-1915	9,80	21,82	25,9	21,2
1916-1920	11,00	23,10	26,0	26,1
1921-1925	8,85	19,92	23,5	20,2
1926-1930	7,69	16,37	21,8	17,9
1931-1935	6,13	12,70	19,7	16,3

FUENTES: Libros Parroquiales de Defunciones y Censo de Población.

ARGENTE DEL CASTILLO, F.J. (1983). San Antolín (Murcia): Una Parroquia rural y urbana a lo largo de la transición demográfica (1877-1980). Murcia, Tesis de Licenciatura, p. 162.

MARTÍNEZ CARRION, J.M. (1983). La población de Yeste en los inicios de la transición demográfica (1850-1935). Albacete, Centro de Estudios Albacetenses, p. 253.

NADAL, J. (1973). La población española. Siglos XVI a XX. 3ª ed. Barcelona, Ariel, pp. 145-146.

CUADRO 2. MAGNITUD DE LAS CRISIS DE MORTALIDAD EN LA PARROQUIA DE SAN PEDRO

I ₁₈₁₀	1.34	
I ₁₈₂₇	1.46	
I ₁₈₄₁	1.26	
I ₁₈₅₄	1.56	CRISIS MENOR
I ₁₈₆₅	1.81	
I ₁₉₀₂	1.32	
I ₁₉₂₀	1.92	
I ₁₉₂₂	1.09	
I ₁₈₁₂	2.33	
I ₁₈₅₀	3.00	CRISIS MEDIA
I ₁₈₈₅	2.88	
I ₁₉₀₀	2.21	
I ₁₈₃₄	12.84	
I ₁₈₁₁	65.38	CATASTROFE

CUADRO 3. NUMERO DE MUERTOS POR COLERA

<u>AÑOS</u>	<u>TOTAL</u>
1834	119
1854	33
1859	36
1865	28
1885	25

TABLA 1. MOVIMIENTO ANUAL DE LAS DEFUNCIONES (1801-1935)

<u>AÑOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>MM-5</u>	<u>AÑOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>MM-5</u>
1801	31	-	1834	150	59,0
1802	28	-	1835	30	57,4
1803	20	28,6	1836	52	61,0
1804	35	29,0	1837	28	39,4
1805	29	27,8	1838	45	41,4
1806	33	28,4	1839	42	40,0
1807	22	28,6	1840	40	42,8
1808	23	30,4	1841	45	39,2
1809	36	110,2	1842	42	37,6
1810	38	114,2	1843	27	34,8
1811	432	112,2	1844	34	30,2
1812	42	109,8	1845	26	27,2
1813	13	107,0	1846	22	26,0
1814	24	26,8	1847	27	23,8
1815	24	23,4	1848	21	22,4
1816	31	27,4	1849	23	22,6
1817	25	28,4	1850	19	21,4
1818	33	28,0	1851	23	21,8
1819	29	26,2	1852	21	28,8
1820	22	27,6	1853	23	29,6
1821	22	25,6	1854	58	30,6
1822	32	25,0	1855	23	33,8
1823	23	23,2	1856	28	36,6
1824	26	25,2	1857	37	40,8
1825	13	26,0	1858	37	42,0
1826	32	26,8	1859	79	43,2
1827	36	28,4	1860	29	40,8
1828	27	31,8	1861	34	41,2
1829	34	29,6	1862	25	33,6
1830	30	29,6	1863	39	41,0
1831	21	29,6	1864	41	41,0
1832	36	52,8	1865	66	44,4
1833	27	52,8	1866	34	43,8

Tabla 1 (Continuación)

<u>AÑOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>MM-5</u>	<u>AÑOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>MM-5</u>
1867	42	41,4	1902	49	38,4
1868	36	37,0	1903	38	35,4
1869	20	38,0	1904	28	34,4
1870	47	35,0	1905	35	30,4
1871	36	40,2	1906	25	26,2
1872	45	42,4	1907	26	24,8
1873	44	39,2	1908	17	23,4
1874	40	40,4	1909	21	21,8
1875	51	44,6	1910	28	19,0
1876	44	43,4	1911	17	20,0
1877	66	43,6	1912	12	19,0
1878	38	42,6	1913	22	17,0
1879	41	43,4	1914	16	17,8
1880	26	37,0	1915	18	19,2
1881	46	40,4	1916	21	19,4
1882	34	39,4	1917	19	20,0
1883	55	48,0	1918	23	21,8
1884	36	46,8	1919	19	21,4
1885	69	50,4	1920	27	22,2
1886	40	45,0	1921	19	18,6
1887	52	46,4	1922	23	18,2
1888	28	42,4	1923	5	16,4
1889	43	40,2	1924	17	15,2
1890	49	37,2	1925	18	13,4
1891	29	39,4	1926	13	15,4
1892	37	39,2	1927	14	15,0
1893	39	36,0	1928	15	15,6
1894	42	39,0	1929	15	16,0
1895	33	38,6	1930	21	16,8
1896	44	37,4	1931	15	16,0
1897	35	37,4	1932	18	15,2
1898	33	40,8	1933	11	13,0
1899	42	38,0	1934	11	-
1900	50	40,2	1935	10	-
1901	30	41,2			

FUENTE: Libros parroquiales de Defunciones

TABLA 2. MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION. (1801-1935)

<u>AÑOS</u>	<u>NACIMIENTOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>SALDO</u>	<u>AÑOS</u>	<u>NACIMIENTOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>SALDO</u>
1801	55	31	24	1834	53	150	-97
1802	47	28	19	1835	62	30	32
1803	59	20	39	1836	70	52	18
1804	56	35	21	1837	71	28	43
1805	37	29	8	1838	76	45	31
1806	50	33	17	1839	56	42	14
1807	54	22	32	1840	71	40	31
1808	41	23	18	1841	74	45	29
1809	51	36	15	1842	70	42	28
1810	44	38	6	1843	73	27	46
1811	44	432	-388	1844	63	34	29
1812	23	42	-19	1845	58	26	32
1813	43	13	30	1846	58	22	36
1814	55	24	31	1847	59	27	32
1815	58	24	34	1848	53	21	32
1816	64	31	33	1849	69	23	46
1817	57	25	32	1850	47	19	28
1818	48	33	15	1851	68	23	45
1819	61	29	32	1852	52	21	31
1820	59	22	37	1853	46	23	23
1821	64	22	42	1854	52	58	-6
1822	62	32	30	1855	43	23	20
1823	70	23	47	1856	62	28	34
1824	55	26	29	1857	50	37	13
1825	77	13	64	1858	66	37	29
1826	62	32	30	1859	46	79	-33
1827	59	36	23	1860	52	29	23
1828	60	27	33	1861	51	34	17
1829	67	34	33	1862	56	25	31
1830	57	30	27	1863	59	39	20
1831	57	21	36	1864	67	41	26
1832	57	36	21	1865	52	66	-14
1833	72	27	45	1866	67	34	33

TABLA 2. (Continuación)

<u>AÑOS</u>	<u>NACIMIENTOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>SALDO</u>	<u>AÑOS</u>	<u>NACIMIENTOS</u>	<u>DEFUNCIONES</u>	<u>SALDO</u>
1867	60	42	18	1902	45	46	-1
1868	55	36	19	1903	38	38	0
1869	53	29	24	1904	45	28	17
1870	54	47	7	1905	47	35	12
1871	63	36	27	1906	48	25	23
1872	50	45	5	1907	39	26	13
1873	51	44	7	1908	38	17	21
1874	47	40	7	1909	31	21	10
1875	51	31	20	1910	32	28	4
1876	49	42	7	1911	28	17	11
1877	47	66	-19	1912	29	12	17
1878	53	38	15	1913	30	22	8
1879	51	41	10	1914	27	16	11
1880	40	26	14	1915	26	18	8
1881	50	46	4	1916	17	21	-4
1882	50	34	16	1917	22	19	3
1883	49	55	-6	1918	19	23	-4
1884	49	36	13	1919	29	19	10
1885	49	69	-20	1920	22	27	-5
1886	49	40	9	1921	15	19	-4
1887	49	52	-3	1922	17	23	-6
1888	49	28	21	1923	18	5	13
1889	48	43	5	1924	21	17	4
1890	48	49	-1	1925	21	18	3
1891	46	29	17	1926	16	13	3
1892	57	37	20	1927	15	14	1
1893	62	39	23	1928	11	15	-4
1894	51	42	9	1929	18	15	3
1895	56	33	23	1930	17	21	-4
1896	42	44	-2	1931	15	15	0
1897	46	35	11	1932	17	18	-1
1898	34	33	1	1933	23	11	12
1899	54	42	12	1934	10	11	-1
1900	39	50	-11	1935	14	10	4
1901	52	30	22				

FUENTE: Libros parroquiales de nacimientos. Libros parroquiales de defunciones.

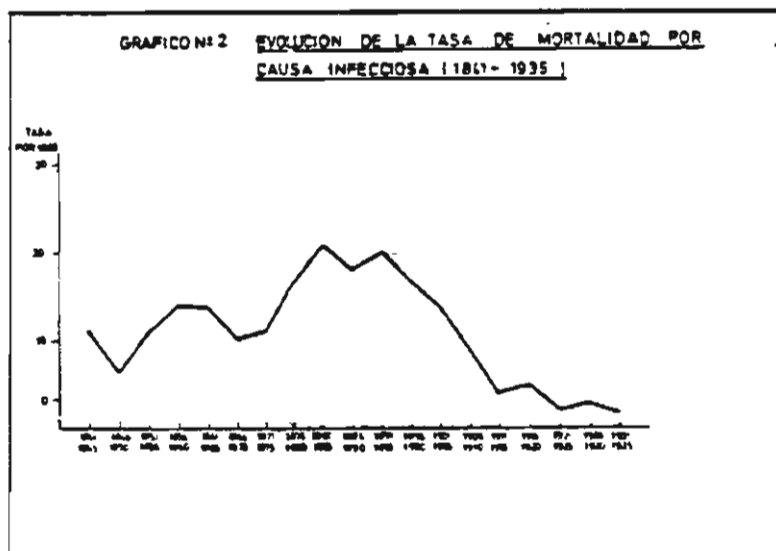
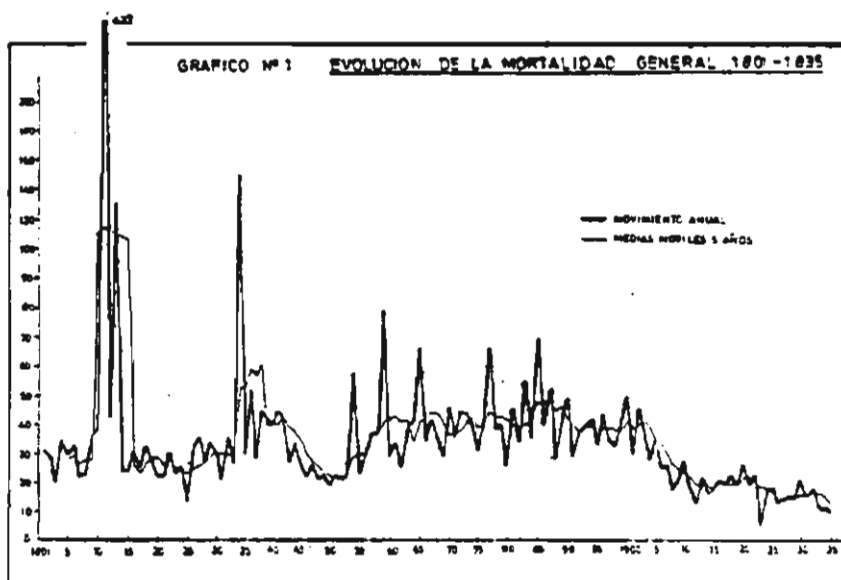
TABLA 3. INTENSIDAD DE LAS CRISIS DE MORTALIDAD SEGUN EL METODO DE J. DUPÂQUET

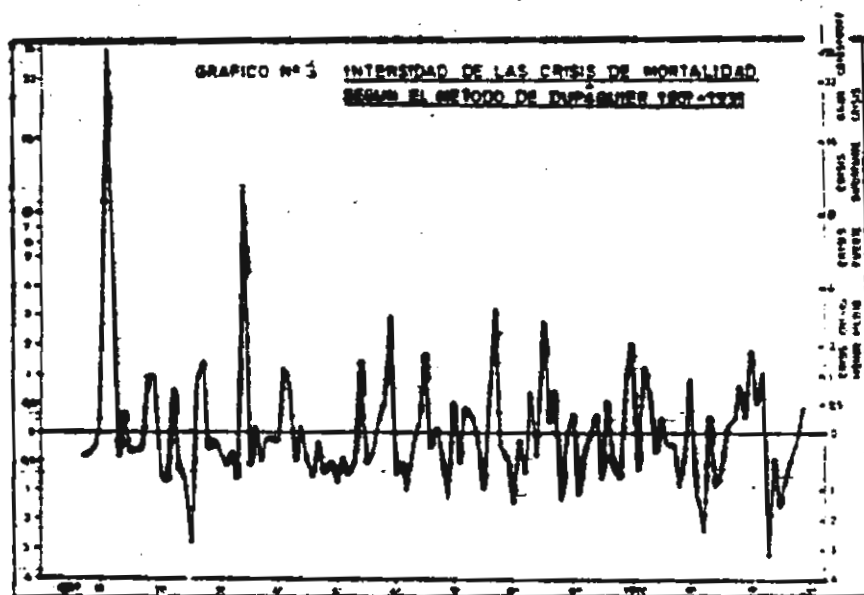
<u>AÑOS</u>	<u>INTENSIDAD</u>	<u>AÑOS</u>	<u>INTENSIDAD</u>
1807	-0,42	1840	-0,10
1808	-0,38	1841	1,26
1809	-0,26	1842	0,83
1810	1,34	1843	-0,52
1811	65,38	1844	0,13
1812	2,33	1845	-0,51
1813	-0,47	1846	-0,80
1814	0,39	1847	-0,15
1815	-0,37	1848	-0,74
1816	-0,31	1849	-0,51
1817	-0,34	1850	-0,88
1818	0,97	1851	-0,41
1819	0,95	1852	-0,76
1820	-0,75	1853	-0,52
1821	-0,83	1854	1,56
1822	0,74	1855	-0,57
1823	-0,65	1856	-0,37
1824	-0,81	1857	0,09
1825	-2,83	1858	0,45
1826	0,91	1859	3,00
1827	1,46	1860	-0,75
1828	-0,32	1861	-0,53
1829	-0,14	1862	-1,14
1830	-0,35	1863	-0,21
1831	-0,59	1864	0,12
1832	-0,29	1865	1,81
1833	-0,84	1866	-0,31
1834	12,84	1867	0,13
1835	-0,61	1868	-0,57
1836	0,12	1869	-1,31
1837	-0,51	1870	0,54
1838	-0,09	1871	-0,56
1839	-0,11	1872	0,45

TABLA 3. (Continuación)

<u>AÑOS</u>	<u>INTENSIDAD</u>	<u>AÑOS</u>	<u>INTENSIDAD</u>
1873	0,32	1902	1,32
1874	-0,06	1903	0,71
1875	-1,03	1904	-0,37
1876	0,37	1905	0,31
1877	3,30	1906	0,22
1878	-0,24	1907	-0,18
1879	-0,43	1908	-0,96
1880	-1,50	1909	-0,34
1881	-0,08	1910	0,94
1882	-0,71	1911	-0,94
1883	0,75	1912	-2,45
1884	-0,46	1913	0,31
1885	2,88	1914	-0,97
1886	0,18	1915	-0,61
1887	0,75	1916	0,08
1888	-1,35	1917	0,21
1889	-0,02	1918	0,85
1890	0,64	1919	0,25
1891	-1,25	1920	1,92
1892	-0,40	1921	0,48
1893	0,02	1922	1,09
1894	0,41	1923	-3,23
1895	-0,82	1924	-0,43
1896	0,61	1925	-1,63
1897	-0,56	1926	-0,81
1898	-0,85	1927	-0,45
1899	0,89	1928	-0,04
1900	2,21	1929	0,45
1901	-0,65		

FUENTE: Libros parroquiales de defunciones.





LOS ESQUEMAS ESTACIONALES DE LA MUERTE EN UNA PARROQUIA DE MURCIA
DURANTE EL SIGLO XIX Y PRIMER TERCIO DEL XX.

Blázquez Quijada, M.D.; Sáez Gómez, J.M.; Navarro Sánchez, S.;
Guillén Grima, F.; San Eustaquio Tudanca, F. de.
Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica.
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

En un estudio de larga duración como el que nos ocupa, el análisis de los esquemas estacionales de la muerte adquieren una extraordinaria significación, ya que este tipo de estudios nos define muy fielmente el tipo de organización económica y social de una población. En este caso, de una parroquia urbana, cuyo marco general es una economía agraria de tipo tradicional y con una infraestructura sanitaria débil. Igualmente este tipo de estudios nos va a revelar el grado de modernización de las estructuras demográficas y los cambios operados en las mismas a lo largo del tiempo. Estos cambios van a depender, por otra parte, de los cambios producidos en la economía, y sobre todo en la economía agraria, siendo Murcia en el tiempo que nos ocupa eminentemente agraria (Pérez Picazo y Lemeunier, 1984:311). Por otro lado, las aportaciones de la medicina y los cambios operados en los hábitos culturales ejercen también una influencia en la modificación de los niveles de mortalidad y por consiguiente en la estacionalidad.

Veamos, pues, el ciclo estacional de las defunciones en esta comunidad de San Pedro, parroquia netamente urbana y con un peso específico del comercio muy importante (Pérez Picazo, 1979:79).

En base a los Libros parroquiales de defunciones desde 1801 a 1935, hemos adoptado para el estudio de la estacionalidad el método planteado por Louis Henry (1983:75-78) y finalmente, dados los diferentes comportamientos demográficos en los distintos grupos de edades de la población, se ha realizado lo mismo para cada grupo de aquellos.

Los resultados obtenidos nos muestran una máxima claramente

estival, como lo demuestra el cuadro que seguidamente presentamos así como la Gráfica nº 1.

CUADRO Nº 1: Movimiento estacional de las defunciones según el método de Louis Henry.
(1801-1935).

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras													
Absolutas	402	333	326	329	319	349	483	363	695	378	346	389	4712
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	12,97	11,79	10,52	10,97	10,29	11,63	15,53	11,71	23,17	12,19	11,53	12,55	154,90
Cifras													
Proporciones	100	91	81	84	79	90	120	90	179	94	89	97	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones.

Si prescindimos en el mes de septiembre de 413 defunciones que es la cifra que alcanzó la fiebre amarilla es mes del año 1811, y consideramos este hecho como extraordinario. Los meses más calurosos de junio, julio y agosto son los que producen una punta de mortalidad, siguiéndole los meses más fríos de enero y diciembre. Igualmente el mes de octubre arroja una cifra nada despreciable, el 8,06% de las defunciones se producían en este mes, seguramente debido a la prolongación del verano que ocurre en Murcia.

Son endefinitiva, las enfermedades infecciosas en general y las digestivas en particular, transmitidas en la mayoría de las veces por el agua y los alimentos. las que van a provocar una mortalidad mayor en estos meses estivales según se aprecia en el Cuadro que seguidamente presentamos.

CUADRO Nº 2: Distribución estacional de las enfermedades infeccioso-digestivas
% (1841-1935).

E	4,48	A	16,42
F	3,48	S	10,45
M	1,74	O	16,17
A	4,97	N	9,20
M	5,97	D	3,98
J	10,70		
J	14,43		

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

Por el contrario, los meses de mayo y septiembre parecen ser los más benignos para los organismos.

Aunque desde luego, las diferencias climáticas influyan en el aumento o disminución de las defunciones de unos meses con respecto a otros, observándose en el norte de España, Galicia y Asturias una máxima invernal (Sanzo Fernández, 1983:296), así como en los países preindustriales del norte de Europa (Jutikkala y Kanppinen, 1971:283), lo que en última instancia pone de manifiesto este modelo estacional, es el tipo de sociedad y el grado de desarrollo alcanzado por la misma. Una sociedad basada en la agricultura, por lo general mal alimentada y con la inexistencia de una verdadera infraestructura sanitaria.

Nos encontramos pues, con un modelo estacional de la muerte que coincide aproximadamente, con el que a escala nacional presenta Nicolás Sánchez Albornoz (1975:160-168) o el señalado por Vicente Pérez Moreda (1980:205-214) para un grupo de poblaciones rurales del interior de España durante los siglos XVIII y XIX, así como el que presenta Jose Miguel Martínez Carrión (1984:108) para la población albacetense de Yeste. Igualmente el estudio de una parroquia de Murcia, San Antolín, rural-urbana, arroja los mismos resultados para la población infantil y juvenil, es decir, una máxima estival (Argente del Castillo, 1983:258-260).

Pero si esto es así a niveles generales, cabe preguntarse, en qué momento se produce el cambio, es decir, el paso de una mortalidad claramente estival, típica de un modelo demográfico "antiguo", a un predominio invernal, característico de una demografía de tipo "moderno".

A partir de 1846 y hasta 1890, se empiezan a observar modificaciones (Ver Tabla nº 1, Gráfica nº 2), se llega durante este periodo a una situación de compromiso: alza de la mortalidad estival e invernal.

La preponderancia de la mortalidad anciana sobre la infantil y el predominio de la estacionalidad invernal sobre la veraniega, que a escala nacional se produce a principios del siglo XX (Sánchez

Albornoz, 1975:167) y en otras comunidades se retrasa hasta los años cincuenta del mencionado siglo (Martínez Carrión, 1984:112) se logra en la parroquia de San Pedro hacia finales del siglo XIX como puede observarse en la Tabla nº 2 y en la Gráfica nº 3.

La tendencia ha cambiado completamente, son ahora los meses más fríos, enero, febrero y diciembre, los que producen una mayor mortalidad. Por el contrario, septiembre y mayo, continúan siendo al igual que en el período anterior (1846-1890), meses en los que la línea se invierte para producir una tendencia a la baja.

Seguidamente, analizaremos el ritmo estacional en los diferentes grupos de edades. En lo que respecta a la estacionalidad de la mortalidad neonatal precoz (0-7) días, su máxima la presenta el mes de diciembre (Tabla nº 3, Gráfica nº 4), le sigue el mes de enero. Sin duda esta preponderancia invernal, tiene mucho que ver con la incidencia de las enfermedades infeccioso-respiratorias y entre ellas, la pulmonía, en este grupo de edad. Igualmente, la mortalidad en el primer mes de vida, presenta una máxima invernal, siendo el mes de diciembre el que más defunciones registra, debido en parte al peso de la mortalidad en la primera semana de vida del recién nacido (Ver Tabla nº 4, Gráfica nº 5).

Como ya hemos venido indicando, los libros de defunciones, no empiezan a registrar el dato de la edad de una manera sistemática, hasta la década de los cuarenta; es por eso, que la mortalidad en los distintos grupos de edades parte de esa fecha. Sin embargo, lo que sí especifica, desde principios del siglo XIX, era la denominación de "párvulo", de tal manera que para las primeras décadas del siglo pasado, y concretamente hasta 1840, podemos presentar el movimiento estacional de estos niños, que englobaría hasta aproximadamente, los siete años de edad. En la Tabla nº 5 y en la Gráfica nº 6, se puede observar una máxima estival claramente, con el predominio del mes de julio, y donde el máximo invernal, ha quedado reducido a la mínima expresión. Por el contrario, el mes de mayo, parece ser muy favorable para estos organismos infantiles.

Este esquema de la estacionalidad de los "párvulos", es por

otra, parte muy similar a la que presenta Vicente Pérez Moreda (1980: 210) para seis localidades rurales de la España interior desde 1801 a 1850.

En lo que respecta a las defunciones típicamente infantiles (0-1) años, y a partir de 1541 hasta 1870, presenta una máxima en el mes de mayo (Tabla nº 6, Gráfica nº 7).

A continuación se podría hablar ya, de un sistema de equilibrio entre los meses invernales y los estivales. A partir de 1871 y hasta finales del siglo pasado, se experimenta ya un cambio importante. Son ahora los meses de enero y febrero, seguidos de diciembre, los que registran una mortalidad mayor (Ver Tabla nº 7, Gráfica nº 8). No obstante se sigue destacando una máxima en el mes de julio.

Ya adentrados en el siglo XX y hasta el primer tercio del mismo en que termina nuestro estudio, se observa un esquema estacional, muy similar al del período anterior, aunque con una alternancia del mes de diciembre por el mes de enero. Por otro lado, la punta del mes de julio sigue destacándose (Tabla nº 8, Gráfica nº 9).

En resumen, nos encontramos con un modelo estacional de las defunciones infantiles (0-1) años, que a niveles generales destacaríamos por una primacía invernal, debido en parte al peso de la mortalidad en el primer mes de vida y al predominio de las enfermedades infeccioso-respiratorias.

Por otro lado, las máximas que se registran durante los meses de junio, julio y agosto son debidas principalmente a las defunciones infantiles a partir del primer mes de vida y hasta los doce meses, originadas por enfermedades típicas de esta edad: dentición, gastroenteritis, calentura gástrica, etc., que su mayor porcentaje se produce precisamente en estos meses.

En cuanto al ciclo estacional de la mortalidad infantil entre (1-4) años y juvenil (5-14) años, presentan una máxima en el mes de julio (Tablas nº 9 y 10, y Gráficas nº 10 y 11), aunque la preponderancia estival, es mucho más evidente en el grupo de edad (1-4) años, que en el grupo juvenil (5-14) años, y esto por una razón, junto a la dentición, las enfermedades epidémicas, sarampión y viruela (que alcanzan su máximo porcentaje en este grupo de edad), tienen

su máxima incidencia en los meses de julio y agosto.

El ciclo estacional de la mortalidad adulta, presenta ya diferencias respecto a los anteriores grupos. Son ahora claramente, los meses más fríos: enero, diciembre y noviembre, los que acusan una mayor mortalidad (Ver Tablas nº 11 y 12, y Gráficas nº 12 y 13).

Estos valores más acusados vienen definidos por la tipología de las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio. También la incidencia de las enfermedades infecciosas del aparato digestivo, hace que se produzcan unas puntas de mortalidad en los meses de julio y agosto, más acusadas en el grupo de edad adulta entre (15-49) años, que en el de más de cincuenta años, y es que cuanto más se avanza en la edad, las enfermedades infecciosas, dejan paso a las no infecciosas.

En resumen, este esquema estacional de la muerte, a niveles generales, con preponderancia estival, nos la proporciona, como hemos tenido ocasión de comprobar, la mortalidad infantil (sobre todo a partir del primer mes de vida) y la juvenil hasta los catorce años. Estacionalidad estival y problemas del aparato digestivo, así como enfermedades como el sarampión y todo tipo de enfermedades infecciosas, explican ampliamente el ciclo anual de las defunciones generales.

En el siglo pasado, la estacionalidad estival, no sólo venía marcada por las enfermedades típicas infantiles, sino también por la intensidad letal de las epidemias, las carestías y la preponderancia de las enfermedades infecciosas en general, especialmente las digestivas, que asolaban al conjunto de la población. Así pues, el aminoramiento de éstas, traerá consigo, un cambio en el modelo estacional. Este cambio, como hemos visto, se produce a finales del siglo XIX, e incluso antes, precisamente coincidiendo con el descenso de las enfermedades infeccioso-digestivas.

Por otra parte, la punta del mes de julio que se sigue produciendo hasta el final del período estudiado, tiene su origen en el peso de la mortalidad infantil. Hemos comprobado, cómo aún a principios del presente siglo, se produce un recrudecimiento de la mortalidad infantil estival, sobre todo del mes de julio, fenómeno

que se ha observado por otra parte en el noroeste murcino (Chacón y González, 1980:86) y también a escala nacional (de Miguel, 1973: 225-229).

La letalidad de las enfermedades digestivas, seguía provocando la muerte de los niños, pero no ya la de los adultos, como había hecho en el siglo pasado. La mortalidad epidémica y de crisis dejaba paso así, a una mortalidad ordinaria en proceso creciente según avanza el siglo XX.

BIBLIOGRAFIA.

ARGENTE DEL CASTILLO, F.J., 1983, San Antolín (Murcia): una parroquia rural y urbano a lo largo de la transición demográfica (1877-1980), Tesis de Licenciatura, Facultad de Letras, Murcia.

CHACON JIMENEZ, F. y GONZALEZ ORTIZ, J.L., 1980, Bases para el estudio del comportamiento demográfico de Cehegín, Caravaca y Moratalla en la larga duración (1468-1930), Anales de la Universidad de Murcia. Filosofía y Letras, 37, 59-90.

HENRY, L., 1983, Manual de demografía histórica, Crítica, Barcelona.

JUTIKKALA, E. y KAUPPINEN, M., 1971, The structure of mortality during catastrophic years in pre-industrial society, Population Studies, 25, 283-285.

MARTINEZ CARRION, J.M., 1984, Estacionalidad y cambio demográfico. La transición del ciclo vital en tierra albacetenses, siglos XIX-XX, Albasit, 13, 87-136.

MIGUEL, J.M. de, 1973, El ritmo de la vida social. Análisis sociológico de la dinámica de la población de España, Tecnos, Madrid.

PEREZ MOREDA, V., 1980, Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX, Siglo XXI, Madrid.

PEREZ PICAZO, M^a.T., 1979, Oligarquía urbana y campesinado en Murcia, 1875-1902, Academia Alfonso X El Sabio, Murcia.

PEREZ PICAZO, M^a.T. y LEMEUNIER, G., 1984, El proceso de modernización de la región murciana. (Siglos XVI-XIX), Editora Regional, Murcia.

SANCHEZ ALBORNOZ, N., 1975, Jalones en la modernización de España, Ariel Quincenal, Barcelona.

SANZO FERNANDEZ, C.M., 1982, La población de Asturias en los siglos XVIII a XIX: los registros parroquiales, en La economía española al final del Antiguo Régimen, I. Agricultura, Ed. e introducción de Gonzalo Anes, Alianza Editorial, Madrid, 250-348.

TABLA Nº 1

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES (1846-1890)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	153	121	134	144	139	144	159	152	113	160	146	159	1724
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	4,93	4,28	4,32	4,80	4,48	4,80	5,13	4,90	3,77	5,16	4,87	5,13	56,57
Cifras proporcionales	104	90	91	101	95	101	108	103	79	109	103	108	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 2

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES (1891-1935)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	121	106	99	88	78	91	79	76	67	92	93	108	1098
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	3,90	3,75	3,19	2,93	2,52	3,03	2,55	2,45	2,23	2,97	3,10	3,48	36,10
Cifras proporcionales	129	124	106	97	83	100	84	81	74	98	103	115	1200

FUENTE : Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 3

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (0-7) DIAS (1841-1935)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	8	6	7	3	4	2	2	5	2	3	4	11	57
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	0,26	0,21	0,22	0,10	0,13	0,07	0,06	0,16	0,07	0,10	0,13	0,35	1,86
Cifras proporcionales	167	135	141	64	83	45	38	103	45	64	83	225	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 4

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD NEONATAL (0-1) MES (1841-1935)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	22	19	15	14	14	6	5	9	3	9	12	27	155
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	0,71	0,67	0,48	0,47	0,45	0,20	0,16	0,29	0,10	0,29	0,40	0,87	5,09
Cifras Proporcionales	167	157	113	110	106	47	37	68	23	68	94	205	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 5

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES INFANTILES "PARVULOS" (1801-1840)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	29	21	14	28	29	52	95	51	43	40	27	33	462
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifras por día	0,93	0,74	0,45	0,93	0,93	1,73	3,06	1,64	1,43	1,29	0,90	1,06	15,09
Cifras Proporcionales	73	58	35	73	73	137	243	130	113	102	71	84	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 6

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL (0-1) AÑO (1841-1870)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	18	18	20	12	21	19	18	15	11	10	11	14	187
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	0,58	0,64	0,64	0,40	0,68	0,63	0,58	0,48	0,37	0,32	0,36	0,45	6,13
Cifras Proporcionales	113	125	125	78	133	123	113	93	72	62	70	88	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 7

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL (0-1) AÑOS (1871-1900)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	30	30	14	24	24	21	34	20	20	14	15	38	284
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	0,97	1,06	0,45	0,80	0,77	0,70	1,10	0,64	0,67	0,45	0,50	1,22	1,22
Cifras Proporcionales	98	107	45	81	78	71	111	65	68	45	50	123	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 8

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES INFANTILES (0-1) AÑO (1901-1930)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	13	7	8	6	6	8	5	6	5	8	6	7	85
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	0,42	0,25	0,26	0,20	0,19	0,27	0,16	0,19	0,17	0,26	0,20	0,22	2,79
Cifras Proporcionales	180	107	111	86	81	116	68	81	73	111	86	92	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 9

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES INFANTILES (1-4) AÑOS (1841-1935)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	35	34	31	35	48	58	76	64	47	58	42	38	566
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	1,13	1,20	1,00	1,17	1,55	1,93	2,45	2,06	1,57	1,87	1,40	1,33	18,55
Cifras Proporcionales	73	77	64	75	100	124	158	133	101	120	90	78	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 10

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES JUVENILES (5-14) AÑOS (1841-1935)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	13	14	16	24	17	28	20	21	17	27	24	17	238
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	0,42	0,49	0,52	0,80	0,55	0,93	0,64	0,68	0,57	0,87	0,80	0,55	7,82
Cifras Proporcionales	64	75	79	122	84	141	98	104	87	133	122	84	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 11

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES DE ADULTOS ENTRE (15-49) AÑOS (1841-1935)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	63	46	48	41	48	56	39	51	30	74	68	71	635
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	2,03	1,63	1,55	1,37	1,55	1,87	1,26	1,64	1,00	2,39	2,27	2,29	20,85
Cifras Proporcionales	116	93	89	78	89	107	72	94	57	137	130	131	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

TABLA Nº 12

MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES DE ADULTOS (MAS DE 50) AÑOS (1841-1935)

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Cifras Absolutas	112	82	95	95	74	61	75	71	67	80	83	97	992
Divisor	31	28,25	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	
Cifra por día	3,61	2,90	3,06	3,17	2,39	2,03	2,42	2,19	2,23	2,58	2,77	3,13	32,58
Cifras Proporcionales	132	106	112	116	88	74	89	84	82	95	102	115	1200

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

GRAFICO N° 1 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES
SEGUN EL METODO DE LOUIS HENRY (1801-1835)

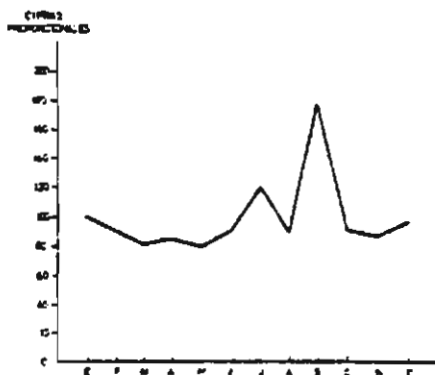


GRAFICO N° 2 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES
(1845-1890)

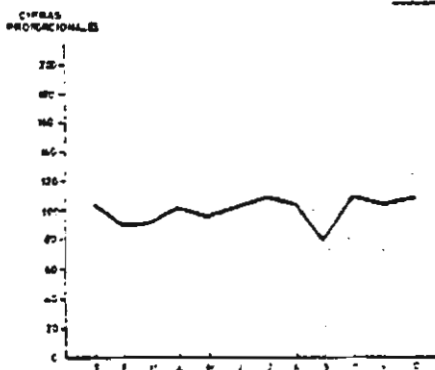


GRAFICO Nº 3 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES

(1891 - 1935)

CIFRAS
PROPORCIONALES

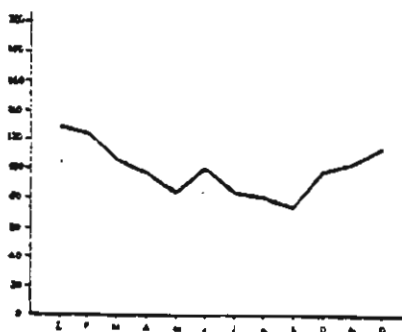


GRAFICO Nº 4 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ
0-7 DIAS 1861-1935

CIFRAS
PROPORCIONALES

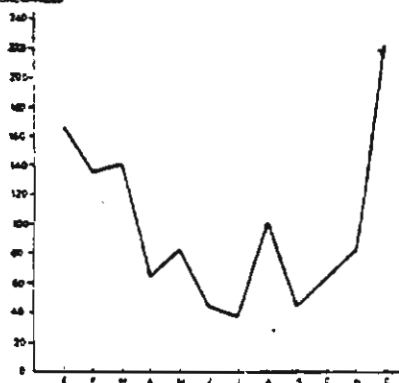


GRAFICO Nº 5 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD NEONATAL 0-1 MES
1841-1935

EFUAS
PROPORCIONALES



GRAFICO Nº 6 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES INFANTES
PARVULOS 1-60-1840

EFUAS
PROPORCIONALES

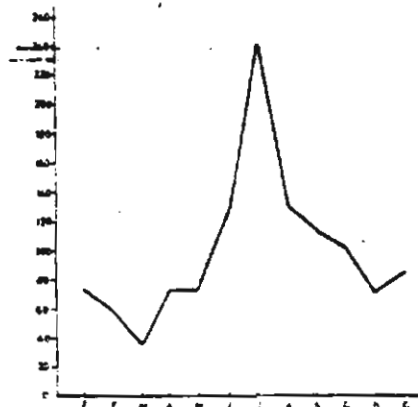


GRAFICO N° 7 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL 0-1 AÑOS
1841-1870

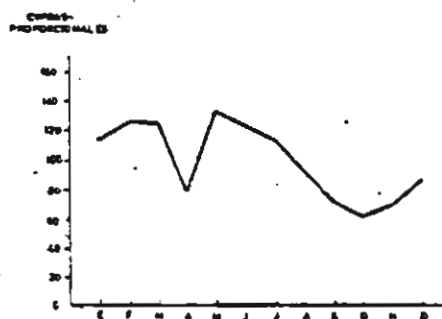


GRAFICO N° 8 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD
INFANTIL 0-1 AÑOS 1871-1900

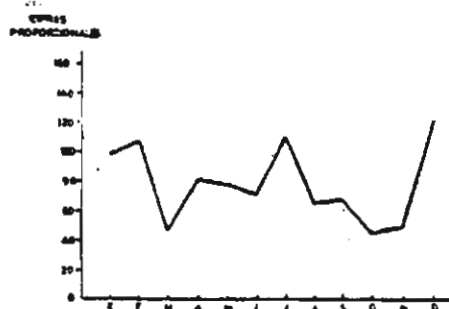


GRAFICO N° 9 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES
INFANTILES (0-1) AÑOS (1921-1930)

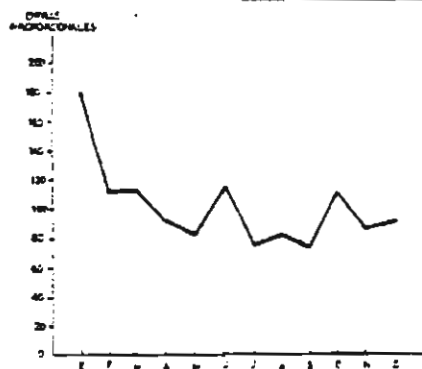


GRAFICO N° 10 MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES
INFANTILES (1-4) AÑOS (1921-1935)

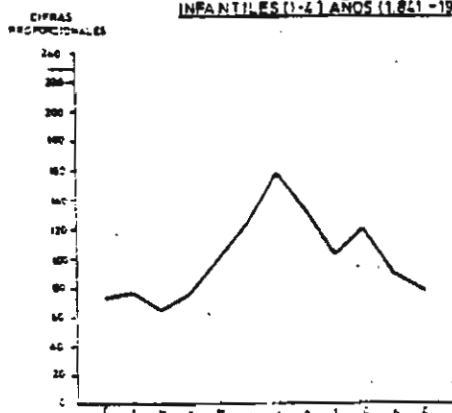


GRAFICO N° 77. MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES JUVENILES
5-14 AÑOS 1821-1935

LETRAS
 PROPORCIONALES

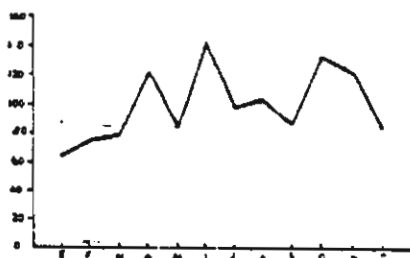


GRAFICO N° 78. MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES DE ADULTOS
ENTRE 15-49 AÑOS (1821-1935)

LETRAS
 PROPORCIONALES

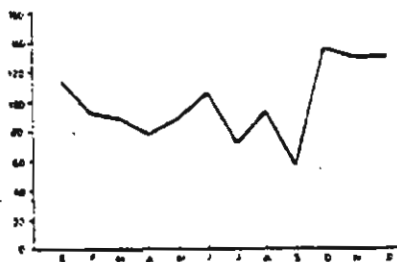
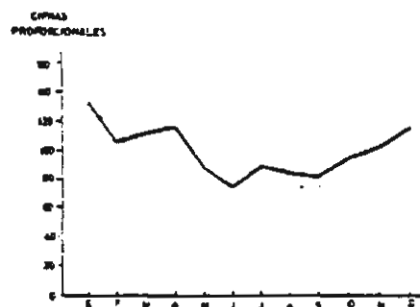


GRAFICO N° 11 - MOVIMIENTO ESTACIONAL DE LAS DEFUNCIONES
DE ADULTOS DE MAS DE 50 AÑOS 1941-1935



LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA PARROQUIA DE SAN PEDRO DE MURCIA (1841-1935). COMPONENTES DE LA MISMA: NATURALEZA ENDOGENA Y EXOGENA DE LAS DEFUNCIONES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.

Blázquez Quijada, M.D.; Sáez Gómez, J.M.; Navarro Sánchez, S.; Guillén Grima, F.; San Eustaquio Tudanca, F. de.

Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica.
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

1. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL (1841-1935).

Los niveles de mortalidad infantil y juvenil constituyen uno de los mayores indicadores de las condiciones económicas, sociales y sanitarias que prevalecen en una determinada población. De igual manera reflejan el tipo de estructura demográfica prevalente de aquélla (Leguina, 1976: 173).

En las sociedades del pasado, caracterizadas por el peso de una economía agraria, escasamente desarrollada y con una escasa o nula infraestructura sanitaria, los índices de mortalidad infantil y juvenil, tenían un peso tan considerable en el conjunto de la mortalidad, que a veces, podían ralentizar o reducir el proceso de crecimiento de la población, como consecuencia de ello se creaban las condiciones de una elevada natalidad que Louis Henry ha denominado, con razón, fecundidad "natural".

El estudio de la tendencia de la mortalidad infantil no sólo tiene importancia por medir las relaciones que pudieran existir con el declive de la fecundidad, sino por las repercusiones que tiene en el descenso de la mortalidad general. Veamos pues los resultados.

La tasa de mortalidad infantil en la parroquia de San Pedro, se situó durante el periodo 1841-1935 en torno al 136.84 por mil, no obstante esta cifra se rebasó ampliamente durante algunos años, llegando en ocasiones a superar la cifra del 300 por mil.

En su evolución se pueden distinguir a grandes rasgos cuatro periodos: uno, caracterizado por unos índices bajos, y que abar-

caría el período comprendido entre 1841-1855. A partir de la segunda mitad de los años cincuenta comienza a elevarse la tasa, manteniéndose alta hasta finales del siglo XIX, momento a partir del cual comienza a descender, para volver a elevarse a partir de la primera década del presente siglo, aunque por supuesto, no con los índices que mantuvo durante el siglo XIX. (Gráfico 1).

La relación obtenida anual y en períodos quinquenales, así como su comparación con otras comunidades, y el conjunto del estado español a partir de 1901 y hasta 1935 que nos ofrece Nadal, podemos apreciarla en el cuadro que seguidamente presentamos así como en la Tabla 1.

CUADRO Nº 1: Evolución de la tasa de mortalidad. Comparación con otras comunidades. Índices quinquenales.

PERIODOS			
	SAN PEDRO		
1841-1845	97,63		
1846-1850	59,44		
1851-1855	42,14		
1856-1860	108,69		
1861-1865	175,44		
1866-1870	159,17		
1871-1875	160,30		
1876-1880	245,83		
1881-1885	228,73	SAN ANTONIN	
1886-1890	163,40	201,83	YESTE
1891-1895	150,73	166,32	224,8
1896-1900	209,30	169,01	225,3
1901-1905	154,18	161,71	237,7
1906-1910	101,06	154,78	260,6
1911-1915	35,71	155,88	226,5
1916-1920	91,74	141,22	215,2
1921-1925	86,96	178,84	219,8
1926-1930	103,90	147,81	197,9
1931-1935	113,92	111,99	145,0
		63,33	160,8

FUENTES: Libros Parroquiales de Defunciones y Nacimientos.

Argente del Castillo, F.J.: San Antolín..., p. 175.

Martínez Carrión, J.M.: La población de Yetc..., p. 262.

Al no poseer datos de la edad de una manera sistemática hasta la década de los cuarenta, por carencia de los libros parroquia-

les, nos resulta imposible presentar las tasas de mortalidad infantil correspondientes a la primera mitad del siglo XIX. Lo que sí hemos podido calcular es el porcentaje de párvulos, que se sitúa durante el periodo 1800-1830 en torno al 34.71%. La relación por periodos quinquenales puede apreciarse en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 2: Evolución de la mortalidad en los párvulos. Porcentajes

PERIODOS	DE PARVULOS
1800-1804	32,50
1805-1809	21,53
1810-1814	30,15
1815-1819	31,43
1820-1824	38,58
1825-1829	41,26
1830-1834	24,33
1835-1839	43,65

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones.

La cifra arriba señalada presenta diferencias con las calculadas por Maset, (1983:287) para otras parroquias de la ciudad, dependiendo casi siempre del nivel socioeconómico. Así por ejemplo Sta. Catalina, considerada junto con Sta. María y San Bartolomé "el grupo privilegiado" de la ciudad presentó un porcentaje del 25,35 entre 1800-1834.

La cifra de párvulos, resulta algo más llamativa y se aleja un poco de nuestros cálculos, si la comparamos con los porcentajes dados por Pérez Morada, (1980:163) para la primera mitad del siglo XIX en la localidad segoviana de Otero de Herreros que se sitúa en torno al 46.9%. Esta misma mortalidad diferencial la hemos encontrado igualmente a partir de 1880 y hasta 1935 en la parroquia de San Antolín de Murcia y en la localidad albacetense de Yeste, según ha quedado reflejado en el cuadro 1 que anteriormente hemos presentado, con tasas ligeramente superiores en el primer caso y bastante más altas en el segundo.

Durante el periodo 1841-1870 los índices medios de mortalidad infantil (0-1) años, estuvieron en torno al 104.89 por mil. Uno de cada nueve niños moría antes de cumplir el primer año de vida, esta cifra se superó enormemente durante el año 1865, llegándose a una tasa del 326.92 por mil. Fueron las enfermedades infeccioso-respirato-

rias (pulmonía, bronquitis, difteria, etc.) las que mayor número de muertes ocasionaron en este grupo de edad. Le siguieron, y con una leve diferencia las enfermedades relacionadas con el aparato digestivo, siguiéndole inmediatamente las denominadas "endógenas infantiles" (falta de desarrollo, debilidad natural, raquitismo). El último lugar dentro de las causas más frecuentes de defunción en el primer año de vida lo ocuparon las enfermedades epidémicas (sarampión y viruela).

A partir de 1871 y hasta 1900, asistimos a un recrudescimiento de los índices de mortalidad infantil, situándose éstos alrededor del 190.94 por mil. Esta elevación de los niveles de mortalidad en este grupo de edad infantil lo hemos observado igualmente en la mortalidad general de la parroquia así como en otras comunidades tanto rurales como urbanas. Martínez Carrión (1983:261) en el análisis de una comunidad rural, presenta unas tasas par el último tercio del siglo pasado del 200 por mil. Del mismo modo y para la ciudad de Valencia Ramos García (1971:50), en una fecha tan avanzada como 1901, presenta una cifra para este mismo año del 191 por mil. Estos valores seguían siendo, por otra parte, tan altos como los de la parroquia normanda de Crulai en plena época preindustrial (Gautier y Henry, 1958:168), lo cual evidencia la tardía entrada de la mortalidad infantil española en un cuadro demográfico moderno. No hay que olvidar que este período fué en general para Murcia de crisis agrícola. Los años comprendidos entre 1875 y 1902 han sido caracterizados por Pérez Picazo (1979:115) de "contradanza de sequías y riadas". No es difícil deducir lo que se traduciría de todo esto. Es bien conocido que la coyuntura económica internacional, de signos claramente depresivos, asestó un duro golpe a las economías familiares campesinas de toda la cuenca mediterránea. En Murcia, los jornaleros formaban la categoría socioprofesional más numerosa, y en la parroquia de San Pedro, a finales del siglo XIX el número de éstos era de un 32% (Pérez Picazo, 1979:73). Otros indicadores económicos, como la baja de los precios de los cereales debió propiciar la quiebra de numerosas explotaciones agrarias y con ello la miseria y escasez de trabajo, la falta de dinero y los bajos

salarios debieron de conducir a la población a un bajo consumo de productos básicos en la nutrición y orientar aquélla hacia productos más baratos y de peor calidad. Los huevos, la carne y la leche eran muy escasos en la dieta normal de una familia de tal manera que "los potajes de verdura y legumbres, las hortalizas crudas, el pan y los salazones seguían siendo la base de la alimentación" (Pérez Picazo, 1979:179).

A principios de siglo, la mortalidad infantil comienza a descender aunque no rápidamente. La tasa para el período 1901-1930 se situó en torno al 104.42 por mil, muy similar a la del primer período 1841-1870. Si estas tasas las comparamos año a año (Tabla 1) desde 1901 hasta 1935 con las ofrecidas por Nadal, observamos que en general, las cifras de la parroquia fueron más bajas que a nivel nacional.

El clive de la mortalidad infantil estuvo asociado al descenso de las enfermedades respiratorio-infecciosas y digestivo-infecciosas fundamentalmente. La caída de las últimas fué más rápida y estaría en relación con el proceso de cambio y transformación de la agricultura de la huerta murciana y su consecuente mejora en las disponibilidades alimenticias, así como en la mejora de la infraestructura sanitaria como instalación del alcantarillado, agua corriente limpieza de calles, etc. La erradicación de las primeras fué posterior, su desaparición no dependía tanto del cambio de régimen alimenticio, sino de la generalización del uso de fármacos que la combatiesen. Una medida que adquirió especial relevancia en la lucha contra la mortalidad infantil, fué la creación de Centros de Higiene Infantil en cada provincia (Nadal, 1976:214). Así mismo, los progresos comerciales de la industria lechera, condensada o en polvo, propiciaron un consumo de leche libre de agentes patógenos (Beaver, 1973:246).

En resumen, el descenso inicial de la mortalidad infantil operado hacia finales del siglo XIX, habría que enmarcarlo en la mejora de las condiciones económicas y sociales, cuyo resultado produjo una mejora de las condiciones de la dieta alimenticia, así como en una mayor asistencia sanitaria. Aunque si bien es cierto, el verdadero y definitivo descenso de la mortalidad infantil en el primer año

de vida se produce de manera radical y a escala nacional en la década de los años cincuenta, ya que si en 1900 morían 17 de cada cien niños menores de un año, en 1950 la relación era tan sólo de cinco (Nadal, 1976:230).

2. COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL: NATURALEZA ENDOGENA Y EXOGENA DE LAS DEFUNCIONES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.

Siendo la mortalidad infantil uno de los fenómenos demográficos más sensibles frente a cualquier clase de crisis, y uno de los mejores indicadores en el campo económico y social, se hace necesario analizar aquellas defunciones infantiles provocadas por factores ocurridos anteriores al nacimiento -mortalidad endógena- para diferenciarlas de las provocadas por factores de tipo exógeno, que definirían fielmente el grado de desarrollo económico y social de una determinada población en un momento histórico determinado -mortalidad exógena-

Así pues, como indica J. Bourgeois-Pichart, la mortalidad endógena sería producida por la impotencia, mientras que la mortalidad exógena lo sería por la negligencia, entendida ésta como negligencia social (Bourgeois-Pichart, 1952:382).

Según el procedimiento analítico de este mismo autor, se ha podido comprobar como indica el Gráfico 2 una elevación de la mortalidad infantil exógena a partir del quinto mes para la segunda mitad del siglo XIX. Es seguramente en torno a estos meses en lo que al cambiar el niño la dieta alimenticia, quedan más expuestos al contagio de las enfermedades infecciosas.

Durante el período 1841-1870 se observa claramente como los fallecimientos acumulados a partir del segundo trimestre de vida distorsionan la recta de ajuste seguida en los primeros meses de vida. La acumulación de defunciones se adelanta ligeramente durante el período 1871-1900, es ahora, a finales del cuarto mes cuando empiezan a producirse las muertes infantiles, sin duda la situación socioeconómica y de crisis por la que atravesaba Murcia en este período, favoreciese el hecho de este adelanto de la edad a la muerte.

Donde se puede observar un cambio mayor, tanto cuantitativo

(reducción considerable del número total de defunciones infantiles), como cualitativo (empieza a notarse un cambio de tendencia en el carácter de la mortalidad), es a partir de comienzos del siglo XX. Concretamente durante el período 1901-1930, es a partir del octavo mes cuando empiezan a acumularse las defunciones, sin duda la mejora de las disponibilidades alimenticias, así como una mejora de las condiciones higiénico-sanitarias, produciría este aminoramiento de las defunciones exógenas infantiles.

A tenor de los resultados del Cuadro que seguidamente presentamos

CUADRO Nº 3: Naturaleza de la mortalidad infantil.

PERIODOS	ENDOGENA		EXOGENA		TOTAL MORT. INFANT.
	Nº C	%	Nº C	%	
1841-1870+	17	9,14	166	89,25	186
1871-1900++	30	10,53	247	86,67	285
1901-1930++	27	31,39	58	67,44	86

FUENTE: Libros Parroquiales de Defunciones

+ N/C causa de muerte 3 casos

++ N/C causa de muerte 8 casos

+++ N/C causa de muerte 1 caso

se desprende que la mortalidad exógena predomina en esta población. El 84,56% de total de defunciones infantiles (0-1) año en el conjunto del período estudiado 1841-1930, moría a consecuencia de factores exógenos, fenómeno por otra parte nada extraño si tenemos en cuenta que a escala nacional y en una fecha tan avanzada como 1967, las dos terceras partes de las muertes en niños menores de un año correspondían a causas de naturaleza exógena (Nadal, 1976:231).

Es precisamente durante estos meses, aproximadamente a partir del quinto mes, cuando al cambiarle al niño la dieta alimenticia (sustitución de la leche de la madre por otros conductos) se dejaba a los organismos más jóvenes sin las naturales defensas y más expuestos al contagio.

Como ya hemos indicado anteriormente, fueron las enfermedades infeccioso-respiratorias e infeccioso-digestivas, relacionadas

todas ellas con los escasos avances médicos e infraestructura sanitaria y una deficiente alimentación, las que provocaban una mayor mortalidad en este grupo de edad infantil.

Nos encontramos por lo tanto, con una estructura de los componentes de la mortalidad infantil durante la segunda mitad del siglo XIX y del primer tercio del XX, de tipo antiguo, en el que predominaba las defunciones de naturaleza exógena. No obstante y como apuntábamos anteriormente, en el último período (1901-1930), se puede apreciar un aumento considerable de la mortalidad endógena, 31,39% frente al 9,14% y 10,53% de los períodos anteriores. Dicha cifra supone que ya a principios del siglo XX, un tercio de las defunciones infantiles, se producían por causas endógenas.

Pero a pesar de todo, y aunque empiezan a producirse signos de cambio, todavía estamos muy lejos de alcanzar las cotas de los países altamente desarrollados, en los que el peso de la mortalidad infantil, recae, principalmente, en la mortalidad de carácter endógeno (Henry, 1976:183-184).

BIBLIOGRAFIA.

BEAVER, M.W., 1973, Population infant mortality and milk, Population Studies, 27, 243-254.

BOURGEOIS-PICHAT, J., 1952, Essai sur la mortalité "biologique" de l'homme, Population Studies, 3, 381-394.

CAUTIER, E. y HENRY, L., 1958, La population de Crulai, paroisse normandie. Etude Historique, P.U.F., París.

HENRY, L., 1976, Demografía, Labor, Barcelona.

LEGUINA, J., 1976, Fundamentos de demografía, 2ª ed. Siglo XXI, Madrid.

MARSET, P., 1983, Aspectos sanitarios de Murcia en los siglos XVIII y XIX. Una aproximación, Cuadernos de Historia, 10, 279-301.

MARTINEZ CARRION, J.M., 1983, La población de Yeste en los inicios de la transición demográfica, 1850-1935, Instituto de Estudios albacetenses, Albacete.

NADAL, J., 1976, La población española (siglos XVI a XX), 3ª ed. Ariel, Barcelona.

PEREZ MOREDA, V., 1950, La crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX, Siglo XXI, Madrid.

PEREZ PICAZO, M^a.T., 1979, Oligarquía urbana y campesinado en Murcia, 1875-1902, Academia Alfonso X El Sabio, Murcia.

RAMOS GARCIA, E., 1971, Evolución de la mortalidad de los niños en Valencia desde 1860 a 1920, Medicina Española, 66, 45-54.

TABLA 1

MOVIMIENTO ANUAL DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 0-12 MESES

Tasa			Tasa		
<u>Años</u>	<u>S. Pedro</u>	<u>España</u>	<u>Años</u>	<u>S. Pedro</u>	<u>España</u>
1841	121,62		1856	202,84	
1842	142,86		1857	224,03	
1843	68,49		1858	102,04	
1844	63,49		1859	163,93	
1845	86,21		1890	123,46	
1846	51,72		1891	369,56	
1847	50,55		1892	35,09	
1848	56,60		1893	193,55	
1849	43,48		1894	78,43	
1850	106,38		1895	107,14	
1851	85,23		1896	380,95	
1852			1897	217,39	
1853	43,47		1898	205,88	
1854	19,23		1899	111,11	
1855	46,51		1900	153,85	
1856	64,52		1901	134,61	204,0
1857	180,00		1902	155,55	185,9
1858	75,76		1903	184,21	180,5
1859	178,91		1904	133,33	162,0
1860	76,92		1905	170,21	172,9
1861	235,29		1906	83,33	161,3
1862	89,28		1907	153,85	158,0
1863	67,80		1908	78,95	159,0
1864	179,10		1909	129,03	153,7
1865	326,92		1910	62,05	149,3
1866	89,55		1911	35,71	162,1
1867	283,33		1912	34,48	137,5
1868	72,73		1913	66,67	155,2
1869	94,34		1914	37,04	151,8
1870	259,26		1915		151,9
1871	174,60		1916	117,65	146,9
1872	180,00		1917	90,91	155,2
1873	156,86		1918	52,63	183,0
1874	170,21		1919		156,2
1875	117,65		1920	227,27	165,0
1876	326,53		1921	200,00	147,3
1877	382,98		1922	58,82	141,7
1878	132,07		1923		147,8
1879	215,69		1924	142,86	140,0
1880	175,00		1925	47,62	136,5
1881	239,04		1926	125,00	127,5
1882	140,00		1927	133,33	126,5
1883	301,20		1928	131,82	125,8
1884	241,45		1929	55,55	123,0
1885	222,22		1930	58,82	117,1

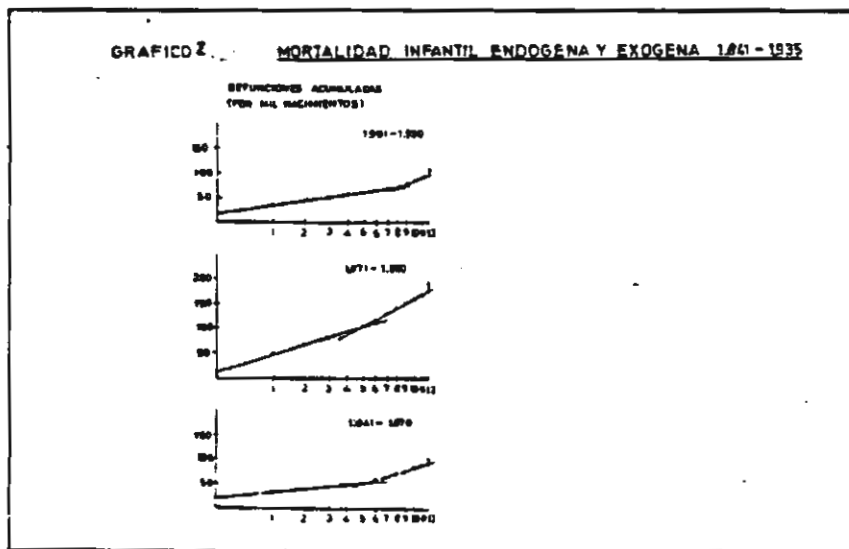
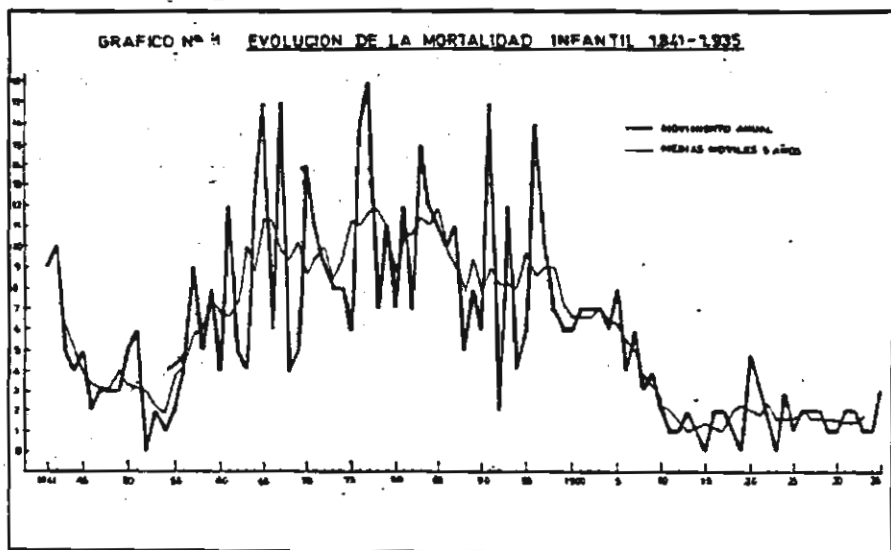
TABLA 2 (Continuación)

Años	Tasa		Años	Tasa	
	S. Pedro	España		S. Pedro	España
1931	133,33	116,5	1934	100,00	112,3
1932	117,65	111,6	1935	214,28	109,4
1933	43,48	111,6			

Fuentes: Libros Parroquiales de Defunciones.

Libros Parroquiales de Nacimientos.

Nadal, J. La población española (siglos XVI a XX). 3ª Ed. Barcelona, Ariel, 1973, p.230.



LA CULTURA CIENTIFICA EN MURCIA (1860-1915) A TRAVES DE SU INSTITUTO DE SEGUNDA ENSEÑANZA: ESTUDIOS DE APLICACION Y SOPORTES BIBLIOGRAFICOS

López Fernández, C.; Vidal de Labra, J.A.
Instituto de Bachillerato Alfonso X el Sabio.

1. OBJETIVOS, ANTECEDENTES Y MARCO GENERAL

No es posible realizar una Historia de la Ciencia y la Técnica en la Región de Murcia sin hacer referencia al Instituto de segunda enseñanza Alfonso X El Sabio. Esta denominación data de 1940, pero el Instituto funciona como tal desde 1837. Si tenemos en cuenta que la Universidad de Murcia no tiene auténtica carta de naturaleza hasta 1915 (son sobradamente conocidos los intentos fallidos de 1840 y 1869) (1), y que otras instituciones como la Escuela Normal son también posteriores al cambio de siglo y menos influyentes (2), es fácil colegir que el Instituto de segunda enseñanza fue durante la casi totalidad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX la institución clave de la cultura murciana. Pero el papel que desempeñó en el terreno de la propagación y divulgación del saber puramente científico es todavía más acentuado, pues dentro de la Universidad no habrá Facultad de Ciencias hasta una vez terminada la guerra civil de 1936. El aproximarnos a la correcta evaluación de dicho papel es el objetivo primordial de esta comunicación.

Pese a la singular importancia que, según acabamos de ver, tiene el Instituto de secundaria en el contexto de la dinámica socio-cultural murciana, hasta ahora han sido escasísimos los estudios sobre el mismo, siendo quizá el único antecedente digno de mención al respecto la Tesis de Licenciatura de F. Hernández Pina (3). Esta impresionante laguna está actualmente en vías de superación con motivo de la conmemoración del 150 Aniversario de la fundación del Instituto. Una de las iniciativas programadas ante tal efemérides es la realización de un libro que recoja, de manera amplia y rigurosa, la historia del Centro desde 1837 hasta la actualidad, libro en el que trabaja un equipo investigador notablemente cualificado (4).

Dentro de esta publicación se incluye un trabajo monográfico dedicado al papel desempeñado por las enseñanzas de tipo científico en el conjunto de la labor desarrollada por el Instituto (5), si bien dicho trabajo hace referencia, exclusivamente, al período (1860-1915). La delimitación de

estas fechas está basada en la dinámica interna propia del Centro, pero se puede pasar por alto la excepcional significación que este medio siglo tiene en la Historia de España en general y, más en particular, en la Historia de la Ciencia en nuestro país. Baste recordar que los dos acontecimientos más cruciales de ésta tienen lugar precisamente, de manera casi exacta entre las fechas objeto de nuestro estudio. Nos referimos a la promulgación de la ley Moyano en 1857, y la fundación de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas en 1907. Entre ambas asistiremos al paso de una ciencia exclusivamente importada, a unas escuelas de investigación científica propias, las cuales, ya alumbradas en el tránsito del siglo al XX, alcanzarán en las décadas segunda y tercera del mismo uno de sus momentos álgidos.

No insistiremos en esta cuestión, pues es sobradamente conocida a todo historiador de la ciencia española. Por contra, parece imprescindible incidir en esas motivaciones de dinámica interna del Instituto que dan especial significación al período (1860-1915), y a las que antes hacíamos referencia. El año de 1860, ha sido elegido por ser el primero en el que el Instituto publica sus memorias anuales; coincide prácticamente con el inicio de la ejecutoria del Director Angel Guirao, bajo el cual el Centro se consolidó como tal, una vez superadas las enormes vicisitudes de sus primeros veintidós años de existencia, y adquirirá un nivel, en adquisiciones de material y funcionamiento, verdaderamente impresionantes. Quizá el elemento clave de este fenómeno sea la excelente gestión económica de Guirao, quién maneja hábilmente los fondos iniciales (provenientes de los procesos desamortizadores) y consigue, no sólo cubrir holgadamente los gastos del Centro, sino beneficiar al mismo de las plusvalías de varias operaciones bursátiles, que fue valoradas a principios de siglo en más de un millón de pesetas.

La estabilización de todos los centros de Bachillerato en 1860, que en el Instituto viene a coincidir con el fallecimiento de Guirao y la subida al cargo de José S. Orts, trae para el Centro unas complicaciones excepcionales, pues en la incautación de bienes consiguiente el Estado pretende apropiarse de los fondos correspondientes a los beneficios conseguidos por Guirao. Orts se opone a ello y pleiteará durante veinte años con la Administración. Pero será a su fallecimiento cuando este pleito se salde favorablemente para el Centro.

La recuperación de los fondos del Instituto se produce en 1915.

iendo nuevo Director Andrés Baquero y bajo gestiones directas de los entonces Ministros de Instrucción y Hacienda, Sres. García Alix y La Cierva, respectivamente, ambos antiguos alumnos del Centro. Pero los fondos no son concedidos para su utilización discrecional por parte del Instituto, sino en forma de títulos de Deuda Perpetua al 4% y a condición de que sólo se manejaran los beneficios de la misma, y ello a través de un Patronato creado al efecto (Patronato para el Mejoramiento de la Cultura en Murcia) que debía promover obras sociales de beneficio general para toda la ciudad. Este Patronato desplegará una ingente labor (6), especialmente entre los años 1905 y 1915, algunos de cuyos beneficios aún hoy día se disfrutan. De ahí que hayamos elegido este año como término de nuestro estudio, pues coincide, además de con otro cambio de Director, con la culminación de una de las etapas más vitales y significativas del Instituto.

2. MATERIAL Y METODOS

En anteriores publicaciones nos hemos aproximado ya al estudio del ambiente científico en el primer centro de secundaria murciano durante el tránsito del s. XIX al XX (7), habiendo centrado nuestra atención hasta ahora en diversos aspectos parciales, entre los que destacaríamos la explicación del sustrato ideológico subyacente a las enseñanzas científicas, la periodización razonada de éstas en función de su mayor o menor grado de importancia en cada momento, el análisis crítico del material científico adquirido, la evaluación del funcionamiento de los diferentes Gabinetes científicos y la revisión del profesorado actuante en las disciplinas científicas.

Pero habíamos dejado pendiente en esos trabajos el tratar algunas otras cuestiones de la máxima importancia, las cuales, o bien habíamos tocado sólo muy superficialmente o bien no disponíamos aún de la elaboración de datos precisa para poder abordarlas. Entre estas cuestiones se encontraban los Estudios de Aplicación, los libros de texto de ciencias y la caracterización y valoración de los fondos bibliográficos (en su vertiente científica) adquiridos por el Instituto.

Con esta comunicación pretendemos, al menos parcialmente, enmendar esas carencias, completando e incluso rectificando (a la luz de nuevos datos) algunos puntos ya tratados, como los Estudios de Aplicación, y presentando los primeros resultados obtenidos en otros hasta ahora inéditos, como sería el estudio de los textos utilizados y la bibliografía adquirida.

Para el caso de los Estudios de Aplicación presentaremos una relación más pormenorizada de los contenidos de los planes de estudio, y también analizaremos la evolución de su matrícula correspondiente a lo largo de los años que estuvieron en vigor. Con ello no habremos agotado el tema, pues aún dejamos para el futuro la evaluación de la incidencia social de los mismos, fenómeno que si bien ya hemos dibujado en sus líneas generales en esas publicaciones precedentes, aún no hemos podido contrastar con la información derivada del vaciado de los expedientes de los alumnos que los cursaron.

Por lo que respecta a los fondos bibliográficos, presentaremos una relación completa de los libros de texto utilizados en las distintas disciplinas científicas, a la vez que en lo referente a los fondos existentes en la biblioteca del Centro, siempre en el apartado de Ciencias, incidiremos en la evolución cronológica de su ritmo de adquisición, al mismo tiempo que llevaremos a cabo una caracterización general de los mismos.

También en este tema dejaremos abiertas varias cuestiones de cara al futuro, pues en el presente trabajo nos aproximaremos al tema de una forma esencialmente externalista. Así, por lo que respecta a los libros de texto, aparte de su relación completa, nos limitaremos a comentar ligeramente la misma en función del profesorado actuante y de los textos más usados a nivel estatal, lo que nos obligará, por cierto, a traer a esta comunicación algunas cuestiones puntuales ya reflejadas en otras, como es la relación de profesorado. No entraremos en el análisis pormenorizado y comparativo de los contenidos docentes de los textos, esta cuestión quedará entonces pendiente.

Por lo que se refiere a los fondos bibliográficos adquiridos, vamos a centrar nuestra atención en una doble clasificación de los mismos: temática y geográfico-idiomática. En la primera, atenderemos a la evolución cronológica de las adquisiciones de libros con arreglo a su adscripción a cada una de las disciplinas científicas impartidas, las cuales serán posteriormente agrupadas a estos efectos en áreas más amplias. En la segunda, revisaremos esta misma evolución cronológica referida a la nación de procedencia, editorialmente hablando, de los libros adquiridos, realizando posteriormente un breve análisis valorativo con arreglo a la situación científica internacional de la época. Conviene advertir que tanto en un caso como en otro haremos referencia exclusivamente a los libros adquiridos con los fondos económicos propios del Centro, sin considerar los que entraban en la biblioteca producto de donaciones. Estos son un capítulo muy importante, pues no en balde esta

Biblioteca tiene hoy en día más de 15.000 volúmenes de los siglos XV al XX, algunos de ellos verdaderas joyas editoriales, pero creemos que sólo los que eran adquiridos a instancias del propio Centro pueden mostrar fielmente las orientaciones del mismo en este terreno.

En lo relativo a material, nos limitaremos a citar las que han sido nuestras fuentes primarias para la elaboración de datos. La más importante fueron las memorias anuales del Instituto, que nos permitieron extraer todo lo referente a profesorado, textos y matrículas de Estudios de Aplicación, aunque la información sobre estos últimos se completó con el análisis de algunos expedientes. Asimismo, hemos recurrido al archivo de la biblioteca general del Centro y a los propios libros allí conservados para todo lo referente a esta parcela.

RESULTADOS

Según lo expuesto en el apartado de metodología, los resultados conviene estructurarlos en torno a cuatro cuestiones fundamentales: Estudios de Aplicación, profesorado actuante, libros de texto utilizados y fondos bibliográficos adquiridos.

a) Estudios de Aplicación

Estos estudios, que en realidad representaron una modesta alternativa al bachillerato de la época, aunque ya fueron preconizados por la ley Moyano, en el Instituto no tomarán carta de naturaleza hasta después de "La Gloriosa", detalle bastante significativo, máxime si tenemos en cuenta el ámbito de dichos estudios, que hacía referencia a los campos de las enseñanzas agrícolas y comerciales, permitiendo, respectivamente, el acceso a los títulos de Perito Agrimensor y Perito Comercial.

En la implantación de los mismos cabe apreciar un claro reflejo del espíritu burgués-liberal, que precisamente alcanzará con el pronunciamiento de 1868 uno de sus momentos culminantes. Así, es notoria la demanda por parte de la burguesía de una mínima cualificación en cierta parte de los trabajadores del campo, para poder iniciar de esta forma el proceso de racionalización y modernización de la producción agrícola. Por otra parte, es también sobradamente conocida la necesidad del estamento burgués relativa a la existencia de empleados preparados en técnicas administrativas y contables.

La buena disposición del Instituto para la pronta implantación y mantenimiento de este tipo de estudios, de los cuales se encargaban sus

propios profesores, es ilustrativa en cuanto a la delimitación del "status" social de dicho profesorado, el sesgo ideológico y las inquietudes del mismo. De hecho, en los trabajos anteriores a esta comunicación (ya repetidamente citados), tuvimos ocasión de reflejar la importante carga ideológica que acompañó la implantación en el Instituto de estos estudios. En otro orden de cosas, parece innegable que dicha implantación diche mucho a favor de la preocupación institucional del Centro por proyectar a su entorno los conocimientos científicos.

Siguiendo fielmente lo que fue el espíritu de "La Gloriosa" en cuanto a la organización académica de las enseñanzas, los Estudios de Aplicación constaban de una serie de asignaturas a superar, para lo cual no se prefiaba un determinado número de años (exaltación máxima del modo de vida liberal). No obstante, tanto por la cuantía de asignaturas como por la lógicas incompatibilidades entre algunas de ellas, la duración de estos estudios, que normalmente se iniciaban nada más terminar la primaria, era de dos años en la mayor parte de los casos.

El peritaje comercial se obtenía aprobando un total de siete asignaturas, que eran Aritmética Mercantil y Teneduría de Libros, Prácticas de Contabilidad, Economía Política y Legislación Mercantil, Geografía y Estadística Comercial, Francés (un curso) e Inglés (dos cursos). En tanto que el peritaje agrícola implicaba la superación de las asignaturas de Topografía, Dibujo Topográfico, Agrimensura, Agricultura y Dibujo Lineal y de Adorno, siendo necesario presentar un proyecto final previo a la consecución del título.

Los Estudios de Aplicación se implantan en el curso 1869-70, y vienen a estar en vigor unos diez años, concretamente hasta el curso 1878-79. A lo largo de esa década la matrícula de los mismos se matuvo en unos niveles aceptables (ver tabla 1), oscilando la misma entre 11 y 45 alumnos para el comercial y 20 y 33 para el agrícola, si bien en este último excluimos para esta apreciación los cursos posteriores al de 1874-75, pues debido a la inclusión de la Agricultura como una asignatura más en el Bachillerato, sus Estudios de Aplicación pierden entidad. La supresión gubernamental de estos estudios motivó declaraciones contrarias del profesorado (8).

La aceptación que tuvieron entonces los peritajes es ilustrativa de la beneficiosa proyección de los mismos hacia el entorno social del Centro a la que aludíamos en su momento. Al hilo de esta cuestión, y como botón de muestra, es significativa la iniciativa del profesor de peritaje comercial,

Catedrático de Matemáticas Bernardino Sánchez Vidal, sobre la publicación de unas tablas de conversión de las medidas más usuales de la huerta murciana al sistema métrico decimal y viceversa (9). Otra de las demandas típicas de la burguesía capitalista, la necesidad de unificar medidas para facilitar los intercambios comerciales se veía así apoyada.

b) Profesorado.

A resultas de los planes de estudio imperantes en la época estudiada (10), las enseñanzas científicas del Instituto se centraron fundamentalmente en cuatro disciplinas: Historia Natural (incluye Fisiología e Higiene), Física y Química, Matemáticas y Agricultura, si bien esta última no entra en vigor hasta mediados de la década 1870-1880.

Analizando el profesorado según dichas asignaturas, y comenzando por el de Historia Natural nos encontramos con que entre 1860 y 1916 es impartida por tres Catedráticos numerarios, alternando esporádicamente con ellos cuatro auxiliares. Estos Catedráticos son Angel Guirao Navarro, desde el curso 1860-61 (ya lo era antes) hasta el de 1889-90, Francisco Cánovas Cobeño, desde 1892-93 hasta 1897-98 y Miguel Rivera, desde 1904-05 hasta 1915-16.

Esto nos indica que de los 55 cursos de la época estudiada, la disciplina de Historia Natural ha estado cubierta en 37 de ellos (67% del tiempo) por profesorado titular, con una media de permanencia del mismo en el puesto superior a los doce años. Es entonces evidente que la enseñanza de esta disciplina ha estado dotada del grado de regularidad y cualificación administrativa precisas para que no se la pueda tachar ni de eventual (por falta de arraigo en el puesto) ni de improvisada (impartida por profesorado esporádicamente afín).

Lo mismo cabe decir de las restantes disciplinas científicas. Así, en Física y Química tenemos al Catedrático Olayo Díaz Giménez entre los cursos 1862-63 y 1884-85, es decir, veintiseis años ininterrumpidos, de 1885-86 a 1890-91 aparece de nuevo Francisco Cánovas Cobeño, de 1893-94 a 1913-14 ocupa la Cátedra Jose María Amigó Carruana y en los dos años finales del período estudiado es titular Jaime Doménech Llompart. Total, de los 55 cursos impartidos y revisados, 51 lo son por titulares y la media de permanencia en el puesto supera los 16 años.

En Matemáticas, desde 1861-62 hasta 1882-83 actúa como Catedrático Zacarías Acosta Lozano, acompañado sucesivamente al ser la asignatura de

doble Cátedra, por los también Catedráticos Bernardino Sánchez Vidal y Santiago Moreno Rey, así como de algunos auxiliares. Entre 1885-86, tomando el relevo a Moreno Rey, y 1909-10 ocupan la Cátedra, conjunta e ininterrumpidamente, Roque Novella Royuela y Eugenio Clemente Olalla. Desde ahí hasta el curso 1915-16, y acompañado esporádicamente por otros colegas, el Catedrático principal será Ignacio Martín Robles. En definitiva, todos los cursos quedan cubiertos por titulares y la media de permanencia se aproxima a los catorce años.

En Agricultura la relación de profesorado es más breve, pues desde el curso de su implantación como disciplina de Bachillerato, 1876-77, hasta el de 1900-01, hay un único Catedrático, Tomás Museros Rovira. Desde este último curso hasta el de 1915-16 actuará el también Catedrático Pedro Bernal Meseguer. La tónica no se diferencia entonces de la de las restantes disciplinas científicas.

c) Libros de texto.

Por lo que respecta a los libros de texto, a excepción de los correspondientes a Matemáticas, se aprecia una clara tendencia a la estabilidad, siendo pocos los que se han manejado a lo largo de todo el período estudiado. Dicho período lo reduciremos aquí a la etapa (1860-1900) por motivos técnicos, dado que sólo en ese lapsus de años hacen referencia las memorias anuales a los textos implantados por las diferentes Cátedras.

En las disciplinas catalogables como Ciencias de la Vida, Historia Natural, Fisiología e Higiene y Agricultura, fueron utilizados entre 1860 y 1900 un total de ocho textos, tres para la primera y dos para cada una de las restantes. En Historia Natural, durante la etapa del Director Guirao se implantan los libros de Galdo y Sandalio Pereda, pero ya en los años finiseculares el profesor F. Cánovas Cobeño impone su propio texto. Algo parecido sucede en Agricultura, donde el profesor Pardo (Ingeniero de Montes, antecesor de Museros), utiliza el Blanco Fernández, pero a partir del acceso a la titularidad de Tomás Museros se implantará el libro de éste como texto de la asignatura. Por su parte, en Fisiología e Higiene, serán González Hidalgo y Albiñana los autores elegidos. No obstante, tanto en una como en otra disciplina, hemos detectado la utilización en algunos cursos aislados de textos de otros autores, como el Galo de Benito (1892-93, 1894-95, 1897-98) y Llorente (1893-94, 1896-97) en Agricultura y los Elementos de Fisiología e Higiene de Pereda y Cánovas Cobeño, autores ambos de interesantes publicaciones

en Historia Natural.

En Ciencias físico-matemáticas el panorama es bastante más variado. Por lo que respecta a la disciplina de Física y Química, hasta el curso de 1891-92 serán libros de texto los Valledor Chávarri, Rico Santisteban y Márquez, en tanto que a partir de ese curso utilizará sus propias publicaciones el Catedrático titular de la asignatura J.M. Amigó, con lo que la tónica general no se distancia mucho de la reflejada en el párrafo anterior.

Sin embargo, en Matemáticas, quizá motivada por la doble Cátedra, se observa la sucesiva implantación de hasta nueve autores de libros de texto, la mayor parte de los cuales apotaban dos publicaciones distintas, para Aritmética y Álgebra por un lado y Geometría y Trigonometría por otro. Siguiendo un orden cronológico, se utilizan los textos de Picatoste, Cortázar, Collín Bustillo, Fernández Cardín, Sánchez Vidal, Moreno Rey, Moreno Cerezuolo, Gavilán Reyes y García González. Análogamente a como ha sucedido en otras disciplinas hay dos profesores, Bernardino Sánchez Vidal y Santiago Moreno Rey, que implantaba sus propios textos, especialmente en Aritmética y Álgebra.

Aunque, según dijimos en el apartado de metodología, no vamos a entrar en valoraciones concretas crítico-comparativas de contenidos docentes, podemos pese a todo indicar que la impresión que se recibe al revisar globalmente la relación de textos no es negativa, siendo a nuestro juicio un síntoma de buena cualificación del profesorado el que parte del mismo fuese capaz de escribir sus propios libros de texto (sin que por ello olvidemos las motivaciones económicas) y habiéndose elgido en general (cuando las disposiciones legales lo permitían) autores de prestigio. Así, por ejemplo, en Matemáticas son sobradamente conocidas las publicaciones de Cortázar como las más representativas de la enseñanza secundaria de la fase central del siglo XIX (11). Por otra parte, el hecho de que algunos profesores-autores del propio Centro, como Sánchez Vidal y Moreno Rey, tengan publicaciones a nivel universitario, es una garantía de calidad para sus textos de segunda enseñanza.

d) Fondos Bibliográficos.

Las memorias anuales del Instituto sólo hacen alusión a esta cuestión durante los cursos académicos comprendidos entre 1877-78 y 1911-12. En el primero de ellos es publicada una relación completa de los fondos existentes, y a partir de ahí van apareciendo, en años sucesivos (salvo en los cursos 1882-84 y 1884-85) los libros que se adquieren con la parte correspondien

de los derechos académicos. Es en estos libros y no en los recibidos por donaciones, como dijimos en la metodología, donde se refleja fielmente el espíritu y las tendencias del Centro en este terreno.

Agrupando la etapa 1877-1912 en períodos quinquenales, para una mayor facilidad interpretativa, y en separar del total de libros adquiridos los correspondientes a materias científicas (véase tabla 2), se observa que los mismos ascienden a un 18% del total, lo que supone una parte significativa. La evolución cronológica de esta cuestión muestra que el fenómeno es regular, pues a lo largo de todos los quinquenios estudiados el porcentaje oscila en la banda 14-28%.

La clasificación temática de estos títulos científicos (tabla 3) pone de manifiesto, con excepción de las Matemáticas, una tónica de equilibrio, pues para las restantes disciplinas (Historia Natural, Física y Química y Agricultura) el porcentaje está siempre incluido en el intervalo 20-24%. La baja cota de los libros de Matemáticas (apenas un 13%) muestra que no se compensó suficientemente a esta disciplina en el terreno bibliográfico ante su lógica escasez de dotaciones en instrumental científico.

Al revisar la evolución quinquenal de este fenómeno (tabla 4), se pueden extraer varias consecuencias. Lo primero que llama la atención es la clara tendencia a la especialización de los textos adquiridos, pues el apartado de temática varia disminuye fuertemente al transcurrir el tiempo, pasando de casi un 40% en el quinquenio 1890-95 a menos de un 5% en los años de 1910-12 (12). Por otra parte, es evidente que la primacía de los fondos bibliográficos de ciencias de la vida sobre ciencias físico-matemáticas, que antes señalábamos a nivel global, se mantiene regularmente desde 1890 hasta 1912, no sobrepasando nunca estos últimos el 25% del total.

Asimismo, se observa una complementariedad entre las adquisiciones de libros de Historia Natural y Agricultura, dentro del capítulo de los correspondientes a ciencias de la vida, aunque esta última adquiere una preponderancia clarísima al final de la época estudiada (más del 75%). La tradición agrícola de la Región y el hecho de haberse incorporado la Agricultura como disciplina mucho más tarde que la Historia Natural, lo que le hacía más necesitada de un soporte bibliográfico adecuado, podrían ser algunas de las causas de este fenómeno.

Pasando ahora a la clasificación de total de libros por áreas de influencia geográfico-idiomática, con arreglo al país donde era editado cada

publicación (tabla 5), vemos que la misma arroja un perfil general concluyente. Hay un interés notable del profesorado por mantener actualizados sus conocimientos científicos mediante publicaciones extranjeras, pues no en balde éstas suponen aproximadamente un 37% del total, pero es claro que esa tendencia se concreta casi exclusivamente en importación de ciencia francesa, cosa en cierto modo natural y aunque sólo fuera por cuestión de proximidad geográfica y facilidad idiomática.

La evolución quinquenal de este fenómeno (tabla 6) no hace sino reforzar nuestras apreciaciones, pues la tendencia a adquirir publicaciones extranjeras es claramente creciente, dándose el caso de que en los años finales de la primera década del siglo lleguen incluso a superar ampliamente a las españolas (70% vs. 30%).

En general, la interpretación de la distribución geográfico-idiomática de los fondos bibliográficos es francamente positiva. No creemos que fuera moneda corriente en un centro de secundaria de la época el disponer de un caudal semejante de publicaciones extranjeras. La tendencia que ello supone en vías de una modernización de los conocimientos (complementada por la escasísima incidencia del latín en estas publicaciones científicas) es algo inquestionable. Por otra parte, el hecho de que el idioma extranjero dominante en los libros extranjeros fuese el francés, si bien no era lo más idóneo mirando el contexto histórico-científico mundial de la época (la ciencia puntera era entonces la alemana), sí que constituía un fenómeno usual en la práctica totalidad de las instituciones científicas españolas decimonónicas.

4. CONCLUSIONES

Con arreglo a los resultados expuestos, y considerando siempre las limitaciones aducidas en la metodología propuesta, podemos dar por establecidas las siguientes conclusiones:

- La implantación y desarrollo de los Estudios de Aplicación de Agricultura y Comercio en el Instituto, tuvo la entidad suficiente como para conllevar una proyección positiva del Centro hacia su entorno social circundante, a la vez que se manifiestan como un claro síntoma del ascenso de la burguesía a los puestos de responsabilidad económica y política.
- El profesorado del Instituto arraigó notablemente en el mismo y tuvo siempre la cualificación académica debida, afirmación extensible a to-

de las disciplinas científicas.

- Entre los libros de texto utilizados para estas disciplinas se encuentran varios de los más afamados de la época, apreciándose una tendencia bastante acentuada por parte del profesorado a editar sus propios textos.
- En el total de los fondos bibliográficos adquiridos para la Biblioteca, la parte correspondiente a libros científicos es siempre significativa, dominando los relativos a ciencias de la vida frente a los de ciencias físico-matemática, especialmente los de Agricultura al final de la época considerada.
- Al transcurrir de los años, el grado de especialización de los libros científicos es cada vez mayor.
- El número de publicaciones extranjeras adquiridas es siempre relativamente alto, fenómeno que también presenta una tendencia creciente al transcurrir del tiempo. Entre ellas destacan, con diferencia, las correspondientes a lengua francesa.

Este conjunto de conclusiones nos permiten abundar en la idea general, ya defendida en anteriores ocasiones, de que el Instituto Alfonso X el Sabio fue una institución muy importante en lo referente a la divulgación y programación del saber científico de la época en su entorno social correspondiente, destacando ampliamente en este terreno, tanto por su profesorado como por sus actividades y recursos, sobre lo que era normal en los centros de secundaria decimonónicos.

En este sentido, se manifiesta como la institución clave de la sociedad murciana, al menos hasta la aparición de la Universidad, hecho que, por cierto, no es ajeno al Instituto (13). El profundizar en la investigación del ambiente científico que imperó en el mismo, es entonces una labor tan atractiva como imprescindible si se desea llegar algún día a disponer de una Historia de la Ciencia y de la Técnica en la Región Murciana rigurosamente elaborada.

- (1) Una visión interesante sobre las vicisitudes que rodearon al surgimiento de la Universidad de Murcia y el funcionamiento de la misma en sus primeras décadas de andadura, puede verse en VALENCIANO GAYA (1979).
- (2) El inicio de la investigación sistemática del papel de esta institución ha sido plasmado en la Tesis de Doctorado de la profesora de la Escuela de Magisterio Isabel Cárdenas, dirigida por el prof. Dr. P. Marset. Ver CARDENAS OLIVARES (1985).
- (3) Dicha tesina hace alusión, exclusivamente, a la historia del Instituto durante el siglo XIX, conteniendo interesantes aportaciones documentales. Ver HERNANDEZ PINA (1983).
- (4) La historia general del Centro será dividida en varias etapas cronológicas con arreglo a las principales circunstancias atravesadas por este. De la investigación y análisis de cada una de dichas etapas están responsabilizados los investigadores P. Segura, R. Jiménez Madrid, I. Cárdenas Olivares, J.A. Ayala y C. López Fernandez, encargándose de realizar un trabajo-marco que sirva de sistema de referencia a todos los anteriores. A. Viñao Frago. Acompañarán esta historia general algunos capítulos monográficos sobre cuestiones de especial interés.
- (5) En este capítulo se recogerá tanto el contenido de ésta comunicación como el de la presentada por el primer firmante en el IV Congreso de la Sociedad Española de las Ciencias y de las Técnicas, celebrado el pasado mes de septiembre en Valladolid. Véase LOPEZ FERNANDEZ et al. (1986).
- (6) Por citar sólo las principales realizaciones: Grupos Escolares de la Trinidad, el Carmen, San Antolín y Santo Domingo, mejoras y habilitación del Jardín Botánico, creación del Museo Provincial y la compra, a los marqueses de Corvera, del Belén Salcillo. Interesantísimo a este respecto el contenido de la conferencia pronunciada por el Director Rafael Verdú en mayo de 1958, como clausura del ciclo de conferencias de divulgación científica organizado en el Centro. Véase VERDU PAYA (1958).
- (7) Op.cit. nota 5.
- (8) Así puede verse en la Memoria del curso académico 1879-77, en la que ante la creación de la Cátedra de Agricultura y la supresión de ésta como carrera profesional, el Claustro se lamenta de ello, pues considera impropio la conversión de esta disciplina en "una asignatura más del Bachillerato de carácter teórico" (p. 6).
- (9) Ver SANCHEZ VIDAL (1867)
- (10) En UTANDE (1964) puede encontrarse una recopilación sistemática de los mismos.
- (11) Véase VELAMAZAN-VEA (1986)

El período 1910-12, en sólo tres años, queda como una gran proporción en períodos quinquenales. No obstante al aludir por nuestra parte a cifras porcentuales, esta circunstancia carece de significación.

- (13) Es interesante señalar a este respecto que la Universidad comenzó a impartir sus clases en uno de los grupos escolares edificados por el Instituto (el del Carmen), y también que el Director Andrés Baquero fue el primer Comisario Regio de la Universidad de Murcia.

BIBLIOGRAFIA

CARDENAS OLIVARES, I. (1985). La formación de maestros en España. La Normal de Murcia y la docencia de la Geografía (1914-1976). Tesis de Doctorado. Murcia.

HERNANDEZ PINA, F. (1983). El primer centro oficial de segunda enseñanza en Murcia. Tesis de Licenciatura. Murcia.

LOPEZ FERNANDEZ, C.; MARSET CAMPOS, P.; VALERA CANDEL, M. (1986). La Ciencia en un Instituto de segunda enseñanza durante el período (1860-1916). Actas del IV Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. Valladolid. Septiembre 1986 (en prensa).

MEMORIAS del Instituto de segunda enseñanza de Murcia correspondientes a los cursos comprendidos entre 1860-61 y 1814-15.

PESET, J.L.; GARMA, S.; PEREZ GARZON, J.S. (1978). Ciencia y enseñanza en la revolución burguesa. Madrid. Ed. s. XXI.

PUELLES BENITEZ, M. (1986). Educación e ideología en la España contemporánea. Barcelona. Labor (2ª ed.).

SANCHEZ VIDAL, B. (1867). Tablas de reducción de los pesos y medidas legales en Murcia a las métrico-decimal y viceversa. Madrid.

UTANDE, M. (1964). Planes de Estudio de Enseñanza Media (1787-1963). Madrid. Dirección General de Enseñanza Media.

VALENCIANO GAYA, L. (1979). El Rector Loustau y la Universidad de Murcia. Murcia. Academia Alfonso X el Sabio.

VELAZQUEZ GIMENO, M.A.; VEA MUNIUSA, F. (1986). La enseñanza de las Matemáticas en el siglo XIX: Un estudio comparativo de textos. Actas del IV Congreso de la Sociedad Española de las Ciencias y de las Técnicas. Valladolid. Septiembre de 1986 (en prensa).

VERDU PAVA, R. (1981). Lo que el Instituto ha hecho por Murcia. Murcia. Cuadernos de Nogué.

TABLA 1. MATRICULA CORRESPONDIENTE A LOS ESTUDIOS DE APLICACION

<u>CURSO</u>	<u>PERITO MERCANTIL</u>		<u>PERITO AGRIMENSOR</u>		<u>TOTAL</u>
	Oficial	Libre	Oficial	Libre	
1869-70	35	6	2	-	43
1870-71	45	2	26	6	79
1871-72	15	-	25	21	61
1872-73	23	1	20	-	44
1873-74	15	-	29	-	44
1874-75	11	-	33	2	46
1875-76	19	15	4	7	45
1876-77	33	-	4	-	37
1877-78	11	37	3	4	55
1878-79	39	22	-	-	61

Fuente: Memorias del Instituto de Segunda Enseñanza en Murcia

TABLA 2. EVOLUCION CRONOLOGICA DE LA PARTE CORRESPONDIENTE A LIBROS DE CIENCIAS DEL TOTAL DE FONDOS BIBLIOGRAFICOS ADQUIRIDOS (1877-1912)

<u>QUINQUENIOS</u>	<u>TOTAL TITULOS</u>	<u>TITULOS CIENCIAS</u>	<u>% TITULOS CIENCIAS</u>
1877-82	635	90	14,17
1885-90	462	126	27,27
1890-95	243	35	14,40
1895-00	123	21	17,07
1900-05	348	61	17,53
1905-10	362	56	15,47
1910-12	124	29	23,39
TOTALES	2297	418	18,20

Fuente: Memorias del Instituto de Segunda Enseñanza de Murcia

TABLA 3. DISTRIBUCION TEMATICA DE LOS FONDOS BIBLIOGRAFICOS DE CIENCIAS
ADQUIRIDOS DURANTE EL PERIODO 1877-1912.

<u>MATERIAS</u>	<u>TITULOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Historia Natural	87	20,81
Matemáticas	54	12,92
Física y Química	93	22,25
Agricultura	97	23,21
Miscelánea	87	20,81
TOTAL	418	100,00

FUENTE: Memorias del Instituto de Segunda Enseñanza de Murcia.

TABLA 5. DISTRIBUCION IDIOMATICA DE LOS FONDOS BIBLIOGRAFICOS DE CIENCIAS
ADQUIRIDOS DURANTE EL PERIODO 1877-1912.

<u>IDIOMAS</u>	<u>TITULOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Castellano	258	61,73
Francés	141	33,73
Italiano	7	1,67
Latín	7	1,67
Inglés	5	1,20
TOTAL	418	100,00

FUENTE: Memorias del Instituto de Segunda Enseñanza de Murcia.

TABLA 4. EVOLUCION CRONOLOGICO-TEMATICA DE LOS FONDOS BIBLIOGRAFICOS DE CIENCIAS ADQUIRIDOS DURANTE EL PERIODO 1877-1912.

a) Cifras Absolutas:

<u>QUINQUENIOS</u>	<u>H.N.</u>	<u>AGR.</u>	<u>MAT.</u>	<u>F.Q.</u>	<u>OTR.</u>
1877-82	17	25	10	12	26
1885-90	19	4	32	57	14
1890-95	16	-	1	5	13
1895-00	1	9	4	1	6
1900-05	22	11	1	9	18
1905-10	10	26	5	6	9
1910-12	2	22	1	3	1
TOTALES	87	97	54	93	87

b) Porcentajes:

<u>QUINQUENIOS</u>	<u>H.N.</u>	<u>AGR.</u>	<u>MAT.</u>	<u>F.Q.</u>	<u>OTR.</u>
1877-82	18,89	27,78	11,11	13,33	28,89
1885-90	15,08	3,17	25,40	45,24	11,11
1890-95	45,71	0,00	2,86	14,29	37,14
1895-00	4,76	42,86	19,05	4,76	28,57
1900-05	36,07	18,03	1,64	14,75	29,51
1905-10	17,86	46,43	8,93	10,71	16,07
1910-12	6,90	75,86	3,45	10,34	3,45

H.N.: Historia Natural

MAT.: Matemáticas

OTR.: Otros

AGR.: Agricultura

F.Q.: Física y Química

FUENTE: Memorias del Instituto de Segunda Enseñanza de Murcia

TABLA 6. EVOLUCION CRONOLOGICO-IDIOMATICA DE LOS FONDOS BIBLIOGRAFICOS DE
CIENCIAS ADQUIRIDOS DURANTE EL PERIODO 1877-1912.

a) Cifras Absolutas:

<u>QUINQUENIOS</u>	<u>Castellano</u>	<u>Francés</u>	<u>Otros</u>
1877-82	69	20	1
1885-90	65	55	6
1890-95	27	4	4
1895-00	20	-	1
1900-05	36	24	1
1905-10	31	21	2
1910-12	10	15	4
TOTALES	258	141	19

b) Porcentaje:

<u>QUINQUENIOS</u>	<u>Castellano</u>	<u>Francés</u>	<u>Otros</u>
1877-92	76,67	22,22	1,11
1885-90	51,59	43,65	4,76
1890-95	77,14	11,43	11,43
1895-00	95,24	-	4,76
1900-05	59,02	39,34	1,64
1905-10	57,41	38,89	3,70
1910-12	34,48	51,72	13,79

FUENTE: Memorias del Instituto de Segunda Enseñanza de Murcia

LAS EPIDEMIAS EN LA COMARCA DEL RÍO MULA DURANTE EL SIGLO XIX.

Lozano Castaño, J.; González Fernández, R.

Departamento de Historia Antigua de la Universidad de Murcia y
Centro Cultural CAAM en Mula.

Las localidades que conforman la Comarca natural del Río Mula van a sufrir a lo largo del pasado siglo una serie de epidemias que, en suma, no denotan originalidad, ya que las mismas se dieron en una amplia zona de España.

El conjunto comarcano se va a ver afectado por las pandemias que, desde la fiebre amarilla de principios de la centuria hasta el gran cólera de 1885, harán que las ya de por sí importantes cifras de defunciones anuales se vean incrementadas, casi siempre durante el estío y el otoño, con la aparición de las "grandes asesinas".

Aún estaba fresco el inusitado incremento de las tercianas y cuartanas que, desde mediados del siglo XVIII, habían hecho de esas enfermedades un importante motivo de mortalidad (1). Y, en el caso de Mula, una lápida de la fachada del Hospital de la Purísima Concepción recordaba los desastres ocurridos durante la peste de 1648, la cual llevó a la tumba al 61,8% de su población en tan sólo cuatro meses (2). Brote pestífero que apareció nuevamente treinta años después, aunque con menor intensidad.

La viruela que, en palabras de Nadal, toma el relevo de la peste a principios del siglo XVIII (3), también se constituye en un importante factor de mortalidad, sobre todo en las primeras edades, marcando con las peculiares "pintas" a los que escapaban de su ataque (4).

De todos modos, la aparición del paludismo y de la viruela año tras año, unidos al sarampión y a la difteria, en los meses invernales; y a la disentería, gastroenteritis y otras enfermedades intestinales durante el buen tiempo, hacían que fueran consideradas, con cristiana resignación, compañeas inseparables del hombre y vistas como

normales sus consecuencias por una población acostumbrada a vivir con su existencia pendiente de un hilo.

LOS PROLEGOMENOS.-

En noviembre de 1792, los regidores de Bullas deciden buscar un médico con urgencia, porque, el que había, falleció en la epidemia de "calenturas malignas" (tercianas) que afligían al pueblo desde hacía dos años, traída, según dicen, por los pobres desde Andalucía; que dió lugar a que en el verano último se llegaran a contar a la vez hasta 95 enfermos del mal. Añaden, que ha matado ya a 240 personas (128 adultos y 112 párvulos) (5).

Ocho años más tarde, cuando la fiebre amarilla hace, por primera vez, su aparición en Cádiz, Sevilla y otras poblaciones andaluzas, las villas de nuestra comarca, habitadas, por aquel entonces, por unas 15.000 personas, toman las precauciones acostumbradas desde siglos atrás: dan una serie de preceptos para salvaguardarse, semejantes a los de pasadas épocas, y nombran juntas de sanidad, que velan por la salud común.

En 1802, el facultativo municipal de Bullas indica que hay "calenturas intermitentes" en la población, debidas, entre otras causas, a enterrar en el pavimento de la iglesia parroquial, lo que "se ponen los síntomas putridos en movimiento y se propagan introduciéndose por la inspiración y por los poros abiertos por el calor". Pide que se haga un cementerio en sitio ventilado (6).

A los dos años, con la fiebre amarilla, "el contagio de peste", según la terminología de la época (7), en las costas murcianas (Cartagena se vió muy afectada) el pánico se apodera de los pueblos. Mula se cerca, dejando las tradicionales entradas y salidas, para mejor controlar a los viajeros.

Casi simultáneamente, la vecina Bullas toma medidas, y en marzo, para evitar que caigan inmundicias y excrementos en la "Acequia de la Rafa", de donde se surtía la mayor parte del vecindario. El ayuntamiento, a ruegos del síndico personero, y tras un informe del médico local, en el que se achaca al mal estado del agua

talenturas de primavera a verano, ordenar hacer puente y acueducto sobre el mecnasol para desviar las aguas sucias que, de otro modo, vertirían en el (8).

Pero, por si lo dicho fuera poco, el sexenio entre 1800 y 1805 fué el más duro de los sesenta años anteriores, con precios en los granos que no harían sino presagiar los que llegarían a alcanzar durante los años de guerra que se avecinaban. Así, la fanega de trigo no bajó de 128 reales en Mula y Bullas, llegando a 270 durante el año agrícola de 1804-1805 en la primera de las localidades, lo que debió influir en el aumento de las defunciones (9).

EL FIEBRE DE AMARILLA HACE SU APARICION.-

Tampoco fueron mejores las cosechas de los años de guerra, ya que entre el precio medio anual de la fanega de trigo en Bullas, en 1810 y en 1812, hay una diferencia de más de 113 reales, según se puede ver en el cuadro adjunto, alcanzando su máximo durante el mes de mayo del último año: 270 reales.

<u>años</u>	<u>Precio trigo en reales/fanega</u>
1810	65,83
1811	98,25
1812	179 (10)

Ello, unido a los numerosos esfuerzos que las diversas localidades debieron hacer para socorrer a los ejércitos españoles, dando miles de raciones alimenticias para su sustento, hizo que, aunque directamente no sufrieran las consecuencias de la contienda (sólo soportaron a tropas francesas en octubre de 1812, durante su retirada de Andalucía) las sintieran en la falta de comida que se hacía por doquier.

Esa escasez de alimentos dió lugar a que el ayuntamiento de Puebla endureciera las sanciones para los que sacaran granos de la villa (11). Precisamente, será ese pueblo el único que sufra la epidemia con todo rigor. Pliego, se vió afectado de forma leve; y Alamo, Campos y Albudeite no la soportaron. De Puebla de Mula no

se sabe cosa alguna, al no conservarse libros de defunciones de ese momento.

Campos y Albudeite registraron un número similar de entierros entre 1808 y 1812, lo que, a nuestro juicio, indica claramente que no se contagiaron.

Bullas, sin explicarnos cómo, porque no se indica en el documento, se cercó ya en octubre de 1810, dejando solamente, tres entradas, que coincidían con las de los caminos principales, la de Lorca, Mula y Cehegín (12). Esto, con toda seguridad, hizo que se viera preservada de la enfermedad que asolaba la vecina Mula, pues el muro se mantuvo, como mínimo, hasta finales de 1812, ya que el 16 y 17 de octubre de ese año forzaron las puertas citadas los soldados del Regimiento "Castillo de Lorca", dirigidos por sus mandos, en busca de víveres, con el consiguiente sobresalto del vecindario (13).

Pliego debió de ser poco afectada por la fiebre, pues to que, según indica un acta de principios de 1812, allí se refugió mucha gente de Mula, entre ella el alcalde mayor de la villa, don Antonio Martínez Arroyo, huyendo del contagio (14).

No obstante, sabemos que hubo muertos entre su población. En 1812 hay 85 difuntos más que el año anterior (que se contaron 85) y 46 más que en el siguiente. Además, el párroco colocó una nota en el folio 58 del libro cuarto de defunciones, en la que indicaba que las tres partidas anteriores y las tres posteriores eran de fallecidos de vómito negro.

En Mula fué donde, realmente, la epidemia causó una tremenda mortalidad y la salida de una gran parte de sus habitantes a lugares vecinos o a los campos.

Comenzó, oficialmente, el 24 de septiembre de 1811 y a lo largo de cinco meses, hasta el 25 de febrero del año siguiente, arrebató la vida, sólo en la parte correspondiente a la parte de la parroquia de San Miguel (al Este de la villa) a 262 personas, 260 adultos y 2 párvulos. Buen cuidado tuvo el cura-párroco en reflejar, diariamente, los muertos por la epidemia (15), lo que nos ha permitido advertir que alcanzó su máxima virulencia a mediados de octubre,

mes que, con respecto al cuadro adjunto, registra más de la mitad de los enterramientos.

<u>Mes</u>	<u>Nº de difuntos</u>
Septiembre	4
Octubre	161
Noviembre	72
Diciembre	11
Enero	8
Febrero	6

De la otra parroquia (Santo Domingo) no hay noticias, ya que faltan los tres primeros libros de entierros y éstos comienzan, por tanto, en 1823, pero no sería arriesgado pensar que, puesto que en ella había más habitantes que en San Miguel, la cifra de muertos fuera mayor que la descrita.

Así pues, con los componentes de la Comisión Popular en un lugar apartado de la huerta de Mula, a media legua del casco urbano; con los lazaretos llenos de moribundos o de convalecientes; y con gentes desesperadas, que no dudaban en asaltar las casas de los señores ausentes para mitigar su falta de recursos (16), fueron pasando aquellos largos cinco meses, al cabo de los cuales, los que volvieron, se encontraron con que la enfermedad había mandado al sepulcro al 8% de sus convecinos (17).

Pese a que no habrá otra gran mortalidad, esta vez de cólera, hasta el año 1834, no por eso la tranquilidad reinó en la Comarca.

Gracias al libro de la junta de sanidad de Bullas (18), se sabe que las tercianas siguieron azotando la zona. Aparecen en el verano de 1817; en la misma época de 1819, acaso fuera la misma epidemia; en septiembre de 1825, aportadas por el yerno del sepulture-ro...

También tenemos constancia de que las enfermedades intestinales ayudaban en su triste acción al paludismo. El 16 de julio de 1820, los médicos de Bullas dictaminan que no conviene vacunar a los niños contra la viruela, porque casi todos están afectados de

"disentería biliosa de todos los estíos" y se encuentra debilitada.

A partir del acta de la junta de sanidad de junio de 1822, aparecen enfermos de cólera en varias ocasiones, junto a afectados por la disentería. E, incluso, a principios de julio de 1828 se denomina como cólera morbo la infección, con la peculiaridad de que ninguno de los indispuestos falleció. Eso nos lleva a pensar que el diagnóstico no fué el más acertado y que pudieron ser diarreas coleriformes o colerinas, aunque no resta importancia al hecho de que una de las causas más frecuentes de mortalidad estival, sobre todo en los niños, fuesen las enfermedades intestinales, dadas las pésimas condiciones higiénicas en que se bebía el agua en esa época del año.

EL COLERA DE 1834.-

Cuando esta enfermedad se presenta en Europa en 1830, el gobierno español se apresta para cuando troque en su territorio. Ya la "Gaceta de Madrid", el 14 de diciembre de ese año, adelanta una receta, de las muchas que se prodigaron a lo largo del siglo pasado, para curar el "cólera morbus".

A los dos años, penetra en España. y la reina gobernadora manda imprimir un folletito, que pronto conoce ediciones en todas las provincias, titulado "Plan Curativo del Cólera-Morbo" (19), en el que, junto a la descripción de sus síntomas, se recomendaba acostar al enfermo, envuelto en mantas; lavarle todo el cuerpo; y darle de beber infusiones de manzanilla, té, mejorana "u otro aromático ligero, añadiéndole 15 ó 18 gotas del espíritu milderero".

De nada valen las precauciones y las recomendaciones. El 17 de junio de 1834, el Boletín Oficial de la Provincia de Murcia da la relación de contagiados por la epidemia en Puerto Lumbreras (primer lugar donde tocó) y, en los siguientes días, remedios para combatirla.

Bullas, el 11 de ese mes, por orden de la junta local de sanidad, adopta las siguientes medidas: limpiar de estiércol las calles, casas y corrales, algo que se deberá repetir cada mañana, bajo fuertes multas; rociar con agua las calles; y prohibe llevar

en la Alcazuela de la Refa (12).

Todo es inútil, posiblemente a partir del comienzo de la segunda quincena de junio toda la comarca se ve infectada. En Puebla de Mula, se inaugura el cementerio con el enterramiento de un colérico murciano, que murió estando tomando las aguas en los Baños de Mula: le seguirán otras veinte personas entre el 17 de julio y el 12 de agosto.

Campos y Albudiete, según el adjunto cuadro de defunciones, debieron sufrir la epidemia casi a la vez que la mencionada aldea mulena, pues, en los dos meses citados, se producen más de la mitad de los óbitos del año.

<u>Localidades</u>	<u>Mayo</u>	<u>Junio</u>	<u>Julio</u>	<u>Agosto</u>	<u>Septiembre</u>	<u>Octubre</u>
Campos	1	3	11	14	20	0
Albudiete	0	2	15	15	1	5

No sabemos cuántos fallecen en Bullas, pero, lo mismo que en Mula, los muertos comienzan a elevarse en julio y se mantienen con cifras similares hasta diciembre, según se ve a continuación, por lo que, parece, que no hubo cólera.

<u>Mayo</u>	<u>Junio</u>	<u>Julio</u>	<u>Agosto</u>	<u>Septiembre</u>	<u>Octubre</u>	<u>Noviembre</u>	<u>Diciembre</u>
7	9	12	6	9	10	6	12

De Mula y Pliego sí se poseen cifras exactas de los que pasaron a mejor vida, incluso, diariamente. Nosotros lo hemos resumido por meses.

Como se puede ver seguidamente, la llegada de la epidemia a Pliego fué muy tardía. El primer caso, como tal, se da el 22 de diciembre, aunque, ciertamente, durante los dos meses anteriores mueren de vómitos, diarreas y cursos, lo que podría interpretarse como un intento de ocultar la realidad de la situación. Las últimas defunciones tienen lugar el 25 de enero de 1935.

<u>Localidades</u>	<u>Junio</u>	<u>Julio</u>	<u>Agosto</u>	<u>Septiembre</u>	<u>Octubre</u>	<u>Noviembre</u>	<u>Diciembre</u>
Pliego	0	0	0	0	0	0	88
S. Miguel	5	27	20	5	5	5	0
Sco. Domingo	0	13	30	5	15	10	13

En Mula, pues la enfermedad tiene su curso en los mismos

meses que en el resto de los pueblos, pues, al contrario, se basan a base de casos aislados, pero no conservan el carácter epidémico. No obstante, cual sería el estado de la capital de la provincia para que el gobernador civil de la misma, José María, se trasladara su residencia a Mula, desde donde se defendiera de la acción de abandonar sus obligaciones, vertida por la "Revista Española" por medio de una carta, escrita el 9 de agosto, en la que dice: "2.ª vez aun no restablecido del todo (pues esta villa padece el mismo contagio) y todavía no me he acabado de recobrar" (2).

LOS COLERAS DE LOS AÑOS 50.-

Tras la pesadilla de 1834, la vida continúa su ritmo. Hasta el nuevo ataque de cólera, en 1855, el sector más afectado de la población, por las crónicas y "familiares" epidemias, es el infantil. Desde 1844 hasta 1851, hay seis años en los que la "alferecía" (posible meningitis), "hace estragos entre la masa párvula de Mula; a eso se debe sumar el tremendo ataque de viruela, que se le asocia en 1846, y que eleva, dramáticamente, la cifra de niños difuntos. Pliego, también, sufre viruelas en 1842 (22 niños muertos) y 1848 (50); y tercianas en 1852, que ocasionan 102 defunciones (22).

Estándose así las cosas, Bullas recibe un oficio de Caravaca el 18 de julio de 1855, en el que se le indica que está afectada de cólera. Dos días más tarde, anda la enfermedad por sus calles (23).

Prácticamente, toda la Comarca se contagia a la vez. En Campos, el primer difunto es enterrado el 26 de ese mes. Se trata de una transeunte, vecina de Archena, que fallece allí. El día es sepultada otra persona en Pliego. Durante la siguiente semana, se entierra a una colérica en Albudeite...

El 24 de julio, se reconoce el desarrollo de la epidemia en Mula. A las veinticuatro horas ocurre algo semejante en Bullas. Decide el Ayuntamiento dar 10.000 reales de los propios a la Junta de sanidad. Contratar a un médico para atender a los contagiados con 600 reales de sueldo. Solicitar del gobernador la movilización

de 50 guardias nacionales, para que mantengan la tranquilidad. Nombrar dos alcaldes de barrio. Y ordenar que la secretaría municipal se traslade al castillo. A la vez, el recaudador de las contribuciones pide que se le asigne un lugar donde poner su oficina, en las afueras del pueblo (24).

Como casi en todas las epidemias, Campos y Albudeite sufren muy pocos óbitos, 8 y 7 respectivamente, a lo largo del mes que va desde el 27 de julio al 26 de agosto.

En Puebla de Mula, el cura no especifica los fallecidos por cólera, pero además de su elevado número en relación con años vecinos, del 27 de julio al 27 del mes siguiente son enterrados 18 de los 31 difuntos registrados ese año.

Pliego y Mula alcanzan sus más altas cotas de fallecidos en agosto, el 76,5% en ésta y el 62% en aquélla, tal y como refleja el adjunto cuadro.

<u>Mes</u>	<u>Sto. Domingo</u>	<u>S. Miguel</u>	<u>Pliego</u>
Julio	36	33	4
Agosto	128	104	18
Septiembre	0	0	7

Bullas es la única villa que nos suministra las cifras totales de muertos y de afectados, gracias a que los curas y médicos dieron, diariamente, aquéllos y éstos respectivamente. Eso ha permitido estimar la letalidad de esta epidemia en un 16,80% (25) y levantar el gráfico número 1. (Al final, hallará el lector a relación pormenorizada de ambas variables).

El miedo al cólera dió lugar a que uno de los curas, don Alfonso Fernández Escámez, se refugiara en La Copa, aldea de Bullas, y no quisiera regresar a la villa. Por lo que el ayuntamiento solicitó del vicario de Caravaca que lo requiriera para que suministrara los auxilios espirituales a los enfermos (26).

La epidemia desaparece de la Comarca durante la primera semana de septiembre. Pliego registra su última defunción el día 5, y Mula, cauta, espera ocho para declararse sana oficialmente, lo que ocurre el 16 de ese mes con el rezo de un "Tedeum" en la ige

sia de San Miguel y la petición de recompensas por las personas por su comportamiento durante los difíciles días pasados (27).

El ataque colérico de 1859 fué, seguramente, el que menos bajas ocasionó de todos los del siglo XIX. Al contrario que el anterior, se cebó, sobre todo, en las poblaciones que mejor habían escapado en el de cuatro años antes.

En Bullas ni se menciona en las reuniones concejiles, la necesidad de tomar precauciones extraordinarias. La atención del ayuntamiento está dirigida a paliar los daños ocasionados, el 13 de septiembre, por el pedrisco, que supuso la pérdida de 1/4 de la cosecha (28). Además, como puede verse seguidamente, las defunciones del verano son similares a las del otoño, y podrían ser debidas a enfermedades estacionales.

<u>Junio</u>	<u>Julio</u>	<u>Agosto</u>	<u>Septiembre</u>	<u>Octubre</u>	<u>Noviembre</u>	<u>Diciembre</u>
19	31	24	18	28	25	25

El concejo de Mula, a principios de agosto acuerda tomar medidas contra la epidemia que azota Cotillas y Alguazas. Manda asear el pueblo, vender carne de buena calidad y limpiar la acequia-madre, entre otras ordenanzas (29).

Parece que las precauciones funcionaron, pues únicamente hubo seis fallecidos, tres en cada parroquia, a finales de agosto y principios de septiembre, los mismos que en la Puebla de Mula. Pero el invierno se presentó muy crudo y, con la aparición del sarampión, fueron muchos los niños difuntos.

Pliego, Campos y Albudeite se vieron fuertemente afectados. Las bajas por meses del cuadro adjunto dejan bien claro que las defunciones se centran en agosto, excepción hecha de la última de las villas, que tuvo, incluso, una extraña muerte, achacada al cólera, el 20 de noviembre.

<u>Localidades</u>	<u>Julio</u>	<u>Agosto</u>	<u>Septiembre</u>	<u>Octubre</u>	<u>Noviembre</u>
Pliego	2	21	4	0	1
Campos	0	10	1	0	0
Albudeite	0	8	14	1	1

EL CÓLERA DE 1805.-

Como indica Pérez Moreda, la incidencia de esta epidemia en España fué menor que en las anteriores (30). Así, en nuestra zona, sólo afectó fuertemente a Campos y Albudeite, dejando a pueblos como Pliego y Bullas fuera de su acometida.

Ya en agosto, se lee en Mula lo dispuesto por el gobernador de la provincia para el caso de que sea atacada la villa por el cólera. Se divide ésta en dos barrios para su mejor control; se ciegan las zanjas de los caminos para que no se tiren inmundicias; se aprestan fondos con los que socorrer a los contagiados; y se dispone lo preciso para acudir a las visitas domiciliarias (31).

De todos modos, la epidemia no se desata hasta el mes de octubre. El día uno y dos se entierran a los primeros fallecidos en Albudeite y Campos. En Puebla de Mula el cuatro; y el diez en Mula. Pero ignoramos por qué no efectó, como se dijo antes, a Bullas y a Pliego, pues las defunciones aumentan en el verano, como era normal, más decrecen en otoño, cuando se encuentra el cólera en su apogeo en el resto de la Comarca. El total de muertos de las poblaciones afectadas se puede ver a continuación.

<u>Villa</u>	<u>Fallecidos</u>
Campos	36
Albudeite	44
Puebla	12
S. Miguel	9
Sto. Domingo	29

En el caso de Mula y la Puebla, durante la primavera y el estío apareció el sarampión, que envió a la tumba a unos ochenta párvulos, aumentando, así el número total de muertos de ese año, aunque los ocasionados directamente por el cólera fueran una discreta minoría.

El contagio concluyó hacia mediados de diciembre. El último colérico de Albudeite es sepultado el ocho de ese mes, aunque en la Puebla había sido el diez de noviembre. Mula es declarada sana el siete, porque no se han registrado casos hace días, debido, sobre

todo, al frío reinante (32). Y Campos entierra su último difunto, un varón adulto, el 15 de noviembre.

Pasada esta epidemia, veinte años sin la temida enfermedad se abren para la Comarca. Durante este período, sólo tendrán que soportar las conocidas viruelas, difteria, sarampión..., que se ceban, sobre todo, en la población pàrvula, diezmado a los nacidos en los últimos años.

Seguidamente, hemos dispuesto un cuadro en el que se advierten las mortandades que se abaten sobre los niños de dos villas de la zona, Pliego y Mula. En él se notan los años en los que aumentan las defunciones, de modo extraordinario.

Se ve que el mayor número de fallecidos se da entre 1872 y 1873. Corresponde a uno de los más duros ataques de viruela de todo el siglo. Comienza en los dos pueblos a finales del primero de los años y, hasta enero de 1874, lleva al sepulcro, sólo en Pliego, a 65 niños. En Mula, se une a ella el sarampión, que eleva, enormemente las cifras de difuntos.

Pero, tampoco pasa desapercibido, el incremento de 1868, el cual corresponde a un ataque de sarampión, que ocntinua hasta 1870, sumándosele, durante 1869, la viruela. Sarampión que volverá a manifestarse, con inusitada fuerza, en 1877-1878 y en 1881, años en que deja sentir su presencia en las listas de defunciones.

La viruela aparece, otra vez, en 1880 y 1883-1884, esta vez asociada al crup, pero no serán sus últimos brotes, ya que se notarán sus efectos hasta bien entrada nuestra centuria.

Con este sombrío panorama, la presencia del cólera va a suponer la última gran sacudida epidémica del, ya de por su zarandeado siglo XIX.

Años	Párvulos		
	Pliego	San Miguel	Santo Domingo
1866	52	70	48
1867	55	61	73
1868	67	90	127
1869	67	46	60
1870	42	50	59
1871	49	49	50

Párvulos

Años	Pliego	San Miguel	Santo Domingo
1872	7	61	53
1873	123	138	112
1874	50	78	88
1875	43	50	72
1876	47	52	61
1877	68	35	83
1878	71	83	101
1879	59	50	46
1880	27	41	48
1881	74	93	115
1882	46	49	77
1883	49	72	89
1884	47	56	96

EL COLERA DE 1885.-

La epidemia estalló casi a la vez a lo largo y ancho de la Comarca, aunque en Puebla de Mula se adelantó un poco. El 25 de junio fueron enterrados un párvulo y un adulto de "enfermedad sospechosa". De todos modos, será entre el 8 y el 28 de julio cuando se generalice el contagio, alcanzando a fines de este mes y a comienzos del siguiente su cénit.

Este ataque no cogió de sorpresa, pues en Bullas, el 10 de junio, acordó el Ayuntamiento, por la existencia de cólera en Valencia, prohibir la venta de carne mortecina y de pescado, y que existen aguas estancadas. Y unos días después, ordenó hacer lazaretos para gentes sucias y para futuros contagiados; cerrar las escuelas; y no autorizar las reuniones musicales (33).

No obstante, la mortalidad debida a la enfermedad pronto comenzó a mostrarse alta. Por ello, los que pudieron se marcharon fuera, siguiendo los ancestrales consejos en caso de epidemia, dejando a los más humildes en un estado lamentable como escuetamente pone de manifiesto Sor Encarnación, monja del Convento de Santa Clara de Mula, a su hermano Eulogio (34).

Para remediar el hambre que se abatía sobre el pueblo y que podía aumentar el rigor de la epidemia, el entonces alcalde, don Martín Perea Valcárcel mandó reparar calles y plazas, remozar

la Casa-Ayuntamiento y dar, para abrir la gran fosa a las puertas del cementerio, en la que sepultar a los contagiados,, 297 jornales a 27 hombres entre el 21 y el 31 de julio. Tampoco se descuidaron los socorros al lazareto, a donde se enviaba tanto a los individuos faltos de higiene como a enfermos. Entre el 16 de junio y el 29 de julio se atendieron a 51 personas, la mayoría sin posibilidades económicas (35). No obstante, el cólera se cebó entre las familias pobres, habitantes de estrechas e insalubres calles, como puede verse en el plano que presentamos (36).

También dió lugar la epidemia a choques entre los vecinos de Bullas y Mula por lavar aquéllas ropas de constagiados en el río, con cuyas aguas se abastecían los muleños. El gobernador civil zanjó el caso cuando prohibió hacerlo, con el consiguiente apaciguamiento de los ánimos (37).

La enfermedad comenzó a remitir a fines de agosto, excepción hecha de la Puebla de Mula, cuyo último fallecido fué enterrado el 31 de julio; y durante la primera semana de septiembre la Comarca se vió libre de ellas. Seguidamente puede verse el total de muertos en cada uno de los pueblos.

<u>Localidades</u>	<u>Nº de fallecidos</u>
Puebla de Mula	19
Albudeite	34
Campos	71
Bullas	163
Santo Domingo	78
San Miguel	89

Pliego es un caso aparte. El cura no da la "causa mortis" en todo el año, pero entre julio y agosto se entierran a 77 de los 145 difuntos del período y muchos no reciben los sacramentos "por no dar tiempo su enfermedad".

Con este ataque se cerró el ciclo de grandes pandemias que, en poco tiempo, mataban a un importante porcentaje del vecindario, y, lo que también era importante, trastornaban la vida de ciudades, provocando situaciones de pánico y la huida de los más favorecidos.

Antes de concluir, una última consideración. A tenor del cuadro que sigue, parece que las grandes epidemias afectan más a los adultos que a los párvulos y, dentro de aquéllos, más a las mujeres que a los hombres. lo que muestra de acuerdo con lo expuesto por Nadal en su "Población española" (38), aunque no sepamos bien por qué.

Localidades	Años											
	1811-112				1855				1865			
	A		P		A		P		A		P	
	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H	V	H
San Miguel	114	146	1	1								
Pliego					0	11	1	8				
Campos					0	5	1	2	12	8	7	9
Albudieta									4	14	9	17
Bullas											42	46
											42	33

El siguiente brote epidémico espectacular tendrá lugar en la zona en el otoño-invierno de 1918, siendo su agente el virus de la gripe. Pero entre el de 1885 y éste, la vida humana siguió estando tan en precario como hasta entonces, con ataques de difteria, sarampión, viruela, disentería..., que se cebaban, casi siempre, entre los niños más pequeños, según se advierte a continuación en un sondeo, realizado cada 10 años, en la parroquia de Santo Domingo, en Mula.

Años	Párvulos difuntos	Párvulos menores de 1 año	%
1880	48	18	37,5
1890	100	41	41
1900	70	33	47,14
1910	47	28	59,47

Habrà que esperar, pues a los años cuarenta de este siglo para ver nuestra zona entre de pleno en el moderno régimen demográfico.

CUADRO DE LA LETALIDAD DE LA EPIDEMIA DE COLERA DE 1895 EN BULLAS

<u>Meses</u>	<u>Días</u>	<u>Afectados</u>	<u>Fallecidos</u>
Julio	20	1	0
	21	2	0
	22	2	2
	23	6	1
	24	13	5
	25	30	5
	26	35	3
	27	41	5
	28	65	5
	29	76	7
	30	72	6
	31	61	6
Agosto	1	43	10
	2	42	5
	3	28	3
	4	20	3
	5	20	5
	6	23	5
	7	26	4
	8	20	5
	9	12	2
	10	13	3
	11	6	1
	12	7	3
	13	14	7
	15	6	4
	16	2	4
	17	2	6
	18	1	3
	19	4	1
	20	0	
	21	0	1
	22	1	1
	23	0	et al 1.5
	24	1	
	25	0	
	26	0	
	27	1	
	28	1	
		<u>Total</u>	<u>714</u>

NOTAS.

1) PEREZ MOREDA, Vicente: Las crisis de mortalidad en la España interior Siglo XXI. Madrid, 1980, págs. 336 y ss.

PESET, Mariano y José Luis: Muerte en España (política y sociedad entre la peste y el cólera). Seminarios y Ediciones. Madrid, 1972, págs. 30 y ss.

2) GONZALEZ CASTAÑO, Juan: "El Apocalipsis en Mula en la primavera de 1648". Areas, nº 3-4. Murcia, 1983, págs. 181-191.

3) NABAL, Jordi: La población española (siglos XVI-XX). 3ª ed. revisada y ampliada. Ariel Quincenal nº 56. Barcelona, 1973, pág. 105.

4) En la relación de los gitanos empadronados en Mula el 7 de noviembre de 1745 (Archivo Municipal de Mula, desde ahora A.M.Mula, Libro Octavo de Veredas, fol. 141) dos varones de los cuatro anotados, de 28 y 9 años de edad respectivamente, están "picados" de viruela.

5) Acta Capitular de 6-XI-1792. Archivo Municipal de Bullas (desde ahora A.M.Bullas).

6) Act. cap. de 16-VIII-1802. A.M.Bullas.

7) Act. cap. de 16-X-1804.

8) "Año 1804. Diligencias que se practican a instancias del síndico personero del común de esta villa, sobre que se hagan puentes-acueductos en la acequia principal para el derrame de las avenidas del pueblo y llano de Bullas y su reparamiento para que no cause perjuizio" A.M.Bullas.

9) GONZALEZ CASTAÑO, Juan: "El precio del trigo y las crisis de subsistencia en la Comarca del Río Mula en la segunda mitad del siglo XVIII". Anales de la Universidad de Murcia, volumen XLIII, nº 3-4. Curso 1954-55 (Edición 1984), págs. 163-202.

10) Panadeo por meses del cereal del Pósito de Bullas. A.M.Bullas. Cifras medias obtenidas por nosotros a partir de los precios mensuales.

11) Act. cap. de 25-II-1812. A.M.Mula.

12) Acta de la junta de sanidad de 20-X-1810. A.M.Bullas 2-3-38.

13) "Informe del quebramiento de la guardia de Sanidad y atropellamiento de la Junta por las tropas del Castillo de Lorca". A.M.Bullas.

14) Act. cap. de 4-II-1812. A.M.Mula.

15) Segur se puede ver en el cuadernillo final del Libro Segundo de B-Buñolencia.

16) Act. cap. de 3-I-1812.

Carta de Fray Juan José Bayona al ceheginero, Pedro Chico de Guzmán, de 4 de noviembre de 1811, en la que le cuenta la muerte de su madastra en el lazareto; los esfuerzos que hubo de hacer para encontrar dos mujeres que la cuidaran "por cierto que a la una le a costado la vida"; y el intento de robo que sufrió su casa situada en el corazón del pueblo, por unos desgraciados hambrientos.

Otra carta de Diego Campos López, de 14 de noviembre, dirigida al mismo señor desde un corral en las afueras de Mula, le indica que hizo lo posible para que la difunta y su esposo no entrasen en la villa, ya que en torno a su casa "estaba la fuerza de la epidemia". Ambas misivas en un Archivo particular de Cehegín.

17) La noticia demográfica más próxima al momento de la epidemia es la que cifra el número de vecinos en 1.500 y 28 eclesiásticos. Multiplicando la primera cifra por 5, número que nos parece representativo del total medio de personas por hogar, daría 7.500 habitantes.

Si suponemos que en la parroquia de Santo Domingo la mortalidad fué superior a la de San Miguel, los muertos en Mula no bajarían de unos 600, es decir, del 8% de su población.

18) A.M.Bullas, 2-3-38.

19) La edición murciana se realizó en la imprenta de José Santa María, por orden de la Junta Provincial de Sanidad.

20) Acuerdo de la Junta de sanidad de 11-VI-1834. A.M.Bullas.

21) Fundación Sánchez Maurandi de la Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, de Mula, 5-3-185.

22) Consúltase el Libro Cuarto de Defunciones de San Miguel o el Quinto de Santo Domingo, de la ciudad de Mula. Y el Segundo, Tercero y Cuarto de Párvulos de la Parroquia de Santiago, de Pliego.

23) Documentos de la junta de sanidad de Bullas de ese año. A.M.Bullas 2-38-1.

24) Act. cap. de 24-VII-1855. A.M.Bullas e Ibídem.

25) A.M.Bullas, Ibídem.

26) Act.cap. de 2-VIII-1855.A.M.Bullas.

27) Act. cap. de 16-IX-1855. A.M.Mula.

28) Act, cap. de 14-IX-1859.

29) Act. cap. de 5-VIII-1859. A.M.Mula.

30) Opus cit., pág. 398.

31) Act. cap. de 21-VIII-1865. A.M.Mula.

32) Act. cap. de 7-XII-1865. A.M.Mula.

33) Acts. caps. de 10-VII y de 15-VII de 1885. A.M.Mula.

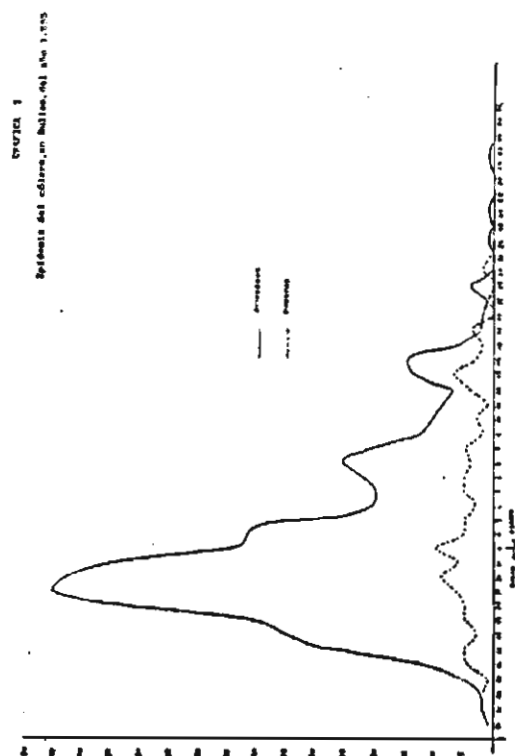
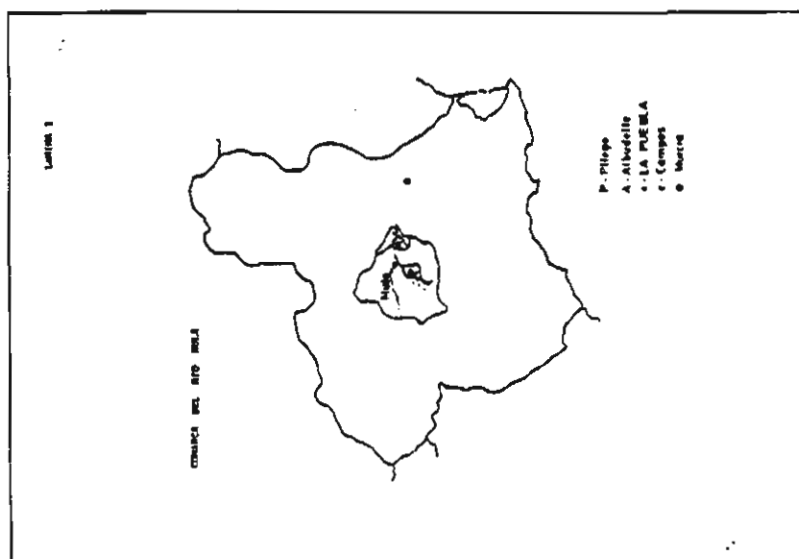
34) Fundación Sánchez Maurandi de la Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, de Mula, 5-1-190.

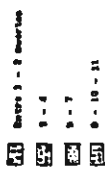
35) Archivo particular, Mula.

36) Ya Luis Antonio Muratori en su Tratado del gobierno político de la peste y del modo de precaverse de ella, traducido anónimamente en Zaragoza en 1801, apuntaba (pág. 29) que las calles angostas y llenas de habitantes se ven desoladas en cuanto entra el mal.

37) Act. cap. de 16-VIII-1885. A.M.Mula.

38) Opus cit., págs. 157-159.





ESTRATEGIAS DEFENSIVAS ANTE EL COLERA EN LA LORCA DEL SIGLO XIX

Segura Artero, A.

INTRODUCCION

El cólera era desde siempre una enfermedad endémica asiática cuyo principal foco irradiador estaba en el delta del Ganges, en la India. En el siglo XIX las guerras y grandes crisis económicas con su secuela de hambres propiciaron el que millones de personas emprendieran el camino de la emigración en busca de mejores condiciones de vida. Estos movimientos migratorios se vieron favorecidos por el importante desarrollo de los medios de transporte tanto marítimos como terrestres. Ambas cosas, desplazamientos masivos de personas de diferente procedencia y la facilidad creciente en las comunicaciones, fueron el detonante que hizo que el cólera se expandiese por los restantes continentes y, en concreto, por el europeo.

En efecto, el cólera se expandió por primera vez por Europa de 1826 a 1837 (1) llegando a España en varias ocasiones a lo largo del siglo XIX, siendo las epidemias de 1834, 1855 y 1885 en Lorca el objeto de nuestro estudio (2). La innegable realidad de la presencia del cólera, casi siempre atacando por varios puntos del país y muchas veces difundido por tropas en movimiento, tuvo como consecuencia el que la sociedad se movilizara y organizara para intentar al menos dificultar el avance de la enfermedad. Para lo cual pondrá en marcha, como afirma Livi-Bacci (3), una tentativa de defensa individual y colectiva.

El sistema centralista y jerarquizado de las Juntas de Sanidad y Beneficencia será el empleado ante el ataque colérico de 1833-34, continuando en 1855, año en que la presencia del cólera en 1855, año en que la presencia del cólera obligará igualmente a la reorganización de la Sanidad española con la Ley de 28 de noviembre de 1855, que reafirmaría el centralismo de la legislación anterior, siendo la prevención de las enfermedades epidémicas por medio de una reglamentación sanitaria exterior de puertos y fronteras uno de sus principales objetivos.

Esta importante Ley marcó un hito en la organización sanitaria española pues derogó definitivamente el orden sanitario del Antiguo Régimen,

perdurando en sus aspectos fundamentales hasta principios del siglo XX (4). Las sucesivas Juntas de Sanidad serán por tanto quienes, establecidas por barrios y demarcaciones y en diputaciones y partidos, lleven en realidad el peso de la defensa colectiva ante el cólera en el caso lorquino que nos ocupa.

LA DEFENSA COLECTIVA

En líneas generales fué la misma en las tres epidemias estudiadas. Es decir, la que hemos convenido metodológicamente denominar defensa colectiva consistió en la adopción de tres estrategias más o menos simultáneas: 1ª - Organización de un dispositivo aislacionista a base de cordones sanitarios, cuarentenas en lazaretos, guardias...a fin de conseguir el aislamiento de mercancías, pueblos y ciudades, tabicando y compartimentando el espacio para impermeabilizarlo (5).

2ª - Medidas y recomendaciones de higiene pública y privada, con intervención preferencial sobre los focos de infección (aguas, lugares de reunión, cementerios...) para limpiarlos, desinfectarlos y purificarlos de los "miasmas malignos" que generaban.

3ª - Intervención sobre los individuos enfermos en tres sentidos:

- Aislándolos de los sanos en hospitales de coléricos o en sus domicilios bajo vigilancia.
- Intentando garantizar su asistencia médica, tratamiento y curación con las tecnologías médicas disponibles.
- Socorriéndolos, sobre todo por medio de raciones alimenticias.

El dispositivo aislacionista se impuso confusamente en 1834 y 1855 en contradicción con las disposiciones en sentido contrario de los gobiernos liberales del momento (Real Orden de 24 de agosto de 1834, Real Orden de 18 de enero de 1849, Real Orden de 15 de mayo de 1854...) (6), que comprendieron su inutilidad y las consecuencias negativas que tenían sobre la libre circulación de mercancías y personas. Además hasta finales del siglo XIX no se impondría la idea del contagio, por lo que las medidas aislacionistas se adoptaban estando plenamente vigente el anticontagionismo en los círculos científicos, a tenor del cual los referidos métodos de aislamiento eran inútiles.

Las razones que inclinaron a los ayuntamientos en general, y al lorquino en particular, a no obedecer las sucesivas órdenes gubernamentales al respecto habría que buscarlas en la presión de la sociedad, que exigía de

sus gobernantes que emprendiesen acciones tendentes a salvaguardarla de a enfermedad. De igual manera, a la necesidad de las autoridades mismas de no ofrecer una imagen de impotencia, sobre todo habida cuenta de la inestabilidad política existente en ambos momentos. En este sentido hay que señalar el hecho de que el empleo de tropas en tareas aislacionistas podía convertirse perfectamente en un elemento adicional en la salvaguarda del orden público.

El sistema empleado en Lorca en 1834 y 1855 será el siguiente:

- Una primera línea de observación en las diputaciones y un cordón de tropas en los arrabales de la ciudad, con circulación libre entre ambos y prohibida o restringida fuera de ellos.
- Ubicación de guardias en los puntos más transitados rellenando los huecos existentes entre los cordones de tropas, emplazados estratégicamente a su vez.
- Instalación de guardias en los barrios cubriendo portillos y puertas de acceso exclusivo por las que debían pasar provistos de pasaportes, boletas o cartas de sanidad viajeros y transeúntes, bajo pena de ser detenidos en el lazareto y multados.

En 1855 este dispositivo llegaría al paroxismo con el tapiado de las entradas a la ciudad, numerosas calles y las puertas traseras de las casas de los arrabales en un intento de sellar por completo la ciudad de claras reminiscencias medievales (7). La infraestructura aislacionista se completaba con el establecimiento de lazaretos y casas de observación para mercancías y viajeros, cuyo funcionamiento interno así como las tareas y precauciones de sus empleados o las obligaciones de médicos y enfermeros eran reglamentadas minuciosa y exhaustivamente, reservándose a los infractores castigos como multas y cuarentenas.

Los efectivos humanos necesarios para las tareas aislacionistas fueron por una parte civiles, los habitantes de las diputaciones y la ciudad, los cuales serán forzados a ello bajo amenazas, cubriendo las guardias por estamentos, y por otra la tropa de diferentes compañías del ejército.

En 1885 sin embargo la cuestión adquiere caracteres diferenciales, pues en dicho año el dispositivo aislacionista es organizado en perfecta concordancia con las órdenes del gobierno (8) y en un momento en que no sólo el contagio es aceptado mayoritariamente en los medios científicos sino que se ha producido el descubrimiento del agente causante del cólera y Ferrán ha puesto a punto su vacuna; acontecimientos de importancia capital a los que

las autoridades darán la espalda, prohibiendo finalmente la inoculación anticolérica. Por otra parte, el hecho de que durante esta epidemia sea denegada por las autoridades la participación de la Guardia Civil en la tarea aislacionista denota, a nuestro parecer, el grado de consolidación del sistema político vigente.

En cuanto a la valoración sobre la eficacia real de las medidas aislacionistas cabrían distintas interpretaciones, desde la consideración de que en ningún caso hubieran podido detener la oleada infecciosa ("tropas contra microbios"), hasta el que su adopción cuando las epidemias se encontraban ya en marcha o incluso la imperfección de su concreción práctica condicionaron su eficacia. Por nuestra parte es la valoración que Livi-Bacci (9) hace del problema la que más nos satisface.

Para dicho autor el hecho de que muchas de estas medidas no se respetaran anulaba en la práctica su posible grado de eficacia, cuestión ésta difícil de juzgar por otra parte. En teoría lazaretos, cuarentenas, cordones, etc., disminuirían la facilidad de circulación de una epidemia, de los focos epidémicos y su intensidad, pero a condición de que las tabicaciones fueran impenetrables.

Se trataría en definitiva de la acción de dos fuerzas contrapuestas, por un lado la creciente unificación microbiana del mundo favorecida por el desarrollo de los medios de transporte, y por otro el esfuerzo político y social por tabicar el espacio, para lo cual la coordinación internacional era imprescindible. En este sentido, la I Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París en 1851 supuso una ocasión perdida a la hora de coordinar esfuerzos para la detención del cólera.

El ideal aislacionista era muy difícil de ser concretado en la práctica por razones de índole político-administrativa (imposibilidad de organizar férrea y cuartelariamente a la sociedad, insuficiente vertebración del estado, falta de autonomía municipal...) y económicas (derivadas de la crisis fiscal municipal), además de la resistencia ciudadana a asumir los inconvenientes y dificultades de todo tipo que suponía para el normal desenvolvimiento del trabajo y la vida cotidiana; sobre todo en 1885, año en que el fracaso de las autoridades lorquinas en este sentido fue total. Por tanto es difícil calibrar si fue o no una estrategia defensiva acertada desde el momento en que no se aplicó correctamente y con todas sus consecuencias.

La estrategia anticolérica consistente en las medidas contra los

focos de infección junto a las recomendaciones sobre higiene pública y privada se mantuvo prácticamente inalterada a lo largo de las epidemias estudiadas. Las intervenciones sobre los focos de infección se sustentaban en la teoría miasmática, que atribuía a los miasmas malignos emanados de determinados puntos o focos infecciosos la facultad de, mediante transmisión aérea, originar numerosos procesos patológicos. Para Urteaga (10) los miasmas podrían ser definidos como "sustancias imperceptibles disueltas en la atmósfera, originadas por la descomposición de sus cadáveres, elementos orgánicos o incluso por emanaciones de enfermos", situándose el núcleo de estas emanaciones malignas en los "lugares de podredumbre: cloacas, cementerios, cárceles, que deberán ser sometidos a vigilancia, limpieza y aislamiento".

Sobre el origen de la enfermedad existían numerosas teorías entre las que se encuentran la teoría de los humores, las partidarias de un origen nervioso o gastroentérico e incluso las que defendían etiologías atmosféricas o eléctricas (11). Pero será la teoría miasmática la que prevalecerá hasta finales del siglo XIX.

De esta manera serán objeto de preferencia atención y vigilancia, entre otros focos, las mercancías, los lugares de reunión, las aguas en general y los cementerios, por cuyos olores eran considerados focos de podredumbre y contagio. La Junta de Sanidad lorquina dictará normas encaminadas por tanto a la celeridad y vigilancia de los enterramientos, prohibirá cocer el lino en balsas por "heder" y contaminar las aguas, ordenará el desagüe y limpieza de aljibes, pozos y acequias así como de estercoleros, establos y caballerizas; conminará a los propietarios de cerdos y cabras a que los retiren de las calles, impedirá la celebración de ferias y mercados, regulará el lavado de ropas y mandará que en calles y plazas ardan hogueras de leñas aromáticas e instalará hornos de azufre "para depurar la atmósfera de miasmas malignos" (12), entre otras muchas disposiciones en el mismo sentido que sería prolijo reseñar.

El sistema empleado en Lorca para efectuar la purificación de los focos será su fumigación con diferentes tipos de ácidos, como el cloruro de cal o los ácidos nítrico y clorhídrico, además de las ya mencionadas hogueras y hornos de azufre, utilizándose igualmente la cremación de las ropas y otros efectos de enfermos y fallecidos. Las medidas de higiene pública se complementarán con otras relativas a la higiene privada entre las que se encuentran recomendaciones sobre el aseo personal y de la casa, como su fumigación con

agua clorurada o vinagre para disipar el olor o la desaparición de las vivientes de animales, sobre todo cerdos, y depósitos de estiércol.

Muchas de estas intervenciones se basaban en propuestas del higienismo, cuya teoría de los determinismos medio-ambiental (temperatura, vientos, suelo...) y social (condiciones de trabajo y existenciales) constituirá el punto de vista ecológico del problema. Paradigma que se verá privado de su base sustentadora a raíz de los revolucionarios descubrimientos producidos en el campo de la bacteriología y en concreto el hallazgo por parte de Koch en 1884 del *vibrio cholerae* y la consecución de la vacuna anticolérica de Ferrán (13).

A pesar de fuertes resistencias, que hicieron que en 1885 se emplearan los métodos clásicos contra los focos infecciosos, el nuevo paradigma, que enfocaba la enfermedad desde un punto de vista estrictamente biológico, acaba imponiéndose, suministrando una base más científica para muchas de las propuestas que planteaba el higienismo.

Sobre la eficacia de estas medidas es indudable que en el caso de que se hubieran puesto en práctica eficazmente habrían seguramente contribuido a dificultar la acción de la enfermedad, o al menos a mejorar la situación higiénica de la población. Pero o no se concretaron o lo hicieron coyuntural y superficialmente, sin acometer las necesarias obras básicas en una infraestructura higio-sanitaria tan deficiente como la lorquina a lo largo del siglo XIX. Por otra parte el desconocimiento del agente causante del cólera y del mecanismo de su transmisión hacía poco menos que imposible el prevenir o detener las epidemias con dichas intervenciones. En palabras de Ferrán (14) la higiene "ofensiva" de los desinfectantes y vaporizaciones habría de ser sustituida por una higiene "defensiva" que educara al individuo en vez de modificar el foco.

En cuanto a la estrategia empleada de cara al enfermo, esta se vio condicionada en primer lugar por la crisis del sistema benéfico-hospitalario del Antiguo Régimen, que se acentuará tras la desamortización de los bienes de Beneficencia. La cual quedará al socaire de unos presupuestos municipales muy debilitados por una crisis fiscal municipal crónica que hizo que las haciendas locales no pudieran asumir las competencias que les fueron asignadas sobre la beneficencia y la hospitalidad, lo que determinó su crisis permanente, incapacitándolas para cubrir la demanda social existente (15).

De esta manera el necesario aislamiento del enfermo de cólera se

efectuará, sobre el papel, en hospitales provisionales para coléricos, pero siguiendo un criterio determinado: los soldados y oficiales de los cordones sanitarios irán a hospitalidades provisionales de campaña instaladas cerca del cordón sanitario, mientras que a los enfermos del campo y la huerta se les prohibirá la entrada en la ciudad yendo a hospitales extramuros (16); por su parte a los enfermos de la ciudad se les habilitaba un hospital en la ermita de San Lázaro, que en 1885 será atendido por las Hermanas de la Caridad (17). Pero el sistema más empleado en la práctica será el aislamiento del enfermo en su propio domicilio, con o sin vigilancia, con lo cual se comprueba que realmente los coléricos no estuvieron completamente aislados de los sanos.

Un segundo condicionante será el desconocimiento existente sobre el origen de la enfermedad y su profilaxis. Las numerosas monografías sobre el particular editadas a lo largo del siglo XIX, entre las que se encuentran las ya clásicas de Samano, Buenrostro, Montaldo, etc. (18), no ponían en manos de los galenos la clave del éxito en la lucha contra el cólera. Así los síntomas que en teoría eran fácilmente reconocibles y enmarcables en los períodos incipiente, álgido y de reacción, creaban en la práctica a los galenos lorquinos, formados como el resto de los médicos españoles en el pensamiento hipocrático-galénico, serios problemas de diagnóstico. Hasta el punto de no diagnosticar en ocasiones la enfermedad hasta que las personas de clase acomodada no se veían afectadas, al no diferenciar el cólera de la sintomatología producida por las enfermedades intestinales, endémicas en la zona, y que afectaban mayoritariamente a los pobres.

En 1834 los facultativos lorquinos se dividirán entre los partidarios del origen nervioso del cólera, que emplearán un tratamiento a base de antiespasmódicos, y los partidarios del origen bilioso, que preconizarán el llamado plan antiflojístico, consistente en moderadas evacuaciones de sangre, uso de bebidas subácidas y emulsiones conunas y gomosas combinadas en algunos casos con leves calmantes (19). Si bien de hecho se empleaba un sistema mixto que abarcaba aspectos de ambos tratamientos. Un remedio muy difundido fueron los llamados polvos de las vivoreras, que también "curaban" otras muchas dolencias (20).

En 1855 aplicaron un plan curativo consistente en revulsivos, refrigerantes, bebidas heladas y la hierba de mastranzos en cataplasma e infusión (21); además los lorquinos tuvieron la oportunidad de adquirir el trata-

monio del médico francés Compeyrot, basada en el uso de placas electro-galvánicas y preservativos homeopáticos. En 1885 las resistencias a la aceptación de los hallazgos de Koch y Ferrán hicieron que se empleara una terapéutica similar a la de anteriores ocasiones.

Por otra parte la existencia de una pobre farmacopea, en la que destacaba el láudano de Sydenham, dificultaba aún más la labor curativa de los galenos. Así los tratamientos utilizados, que como en el caso de los polvos de las víboras o los mastranzos son avalados a veces por las autoridades presentándose como el auténtico remedio, eran pobres y de base empírica, algunos ciertamente exóticos, no pudiendo en ningún momento conseguir la curación del enfermo. Más bien al contrario, al aplicarse a organismos muy debilitados tenderían a precipitar el óbito, siendo en todo caso métodos inútiles exponentes de la imposibilidad de actuar con eficacia. De hecho los resultados no eran muy diferentes de los obtenidos por las pocimas y remedios de charlatanes y curanderos, a los que acudía gran parte de la población por desconfianza hacia los médicos y ser más asequibles económicamente entre otros motivos.

En definitiva, la eficacia de la acción médica en los momentos de crisis epidémica fue realmente escasa, dadas las características de las tecnologías médicas disponibles o utilizadas y las limitaciones de la formación y práctica profesional de los médicos (22).

Otra vertiente de la asistencia al enfermo de cólera será la caritativa, socorriéndolo sobre todo por medio de raciones alimenticias y medicamentos. Socorros que serán canalizados por las Juntas de Sanidad parroquiales y sufragados con cantidades provenientes de los exiguos libramientos gubernamentales al respecto más las aportaciones de la caridad privada. En 1855 los socorros se canalizarán a través de la asociación privada "La Caridad" de forma exclusiva, ante el fracaso absoluto de las autoridades municipales en la organización de la defensa ante el cólera.

Los socorros se darán tan sólo cuando el individuo pobre adquiere la condición de enfermo, excluyéndose de los mismos a los familiares del cólerico y al resto de los pobres tanto locales como forasteros. De esta manera la eficacia de la ayuda es casi nula, por limitada, insuficiente y tardía. Comprobándose así cómo la imposibilidad de asumir por parte del Estado las competencias sobre Beneficencia, antaño en manos de la Iglesia y asociaciones piadosas privadas, determina el mantenimiento de una visión paternalista y

caritativa consistente en el socorro de los necesitados más que en su curación, fomentadora de la resignación ante la enfermedad e instrumento en suma de control social (23).

El concepto de asistencia que va del aislamiento del enfermo a la caridad respondería así, en opinión de Sorcinelli (24), al principio de las clases dominantes de salvaguardar el orden y el prestigio institucional. En este sentido ante una situación de crisis que puede alterar el orden social como es una epidemia (como recordaremos las de 1833-34 y 1854-55 coincidieron con momentos de inestabilidad política) el papel de los Ayuntamientos consistirá en intervenciones destinadas a generar empleo por medio, entre otras cosas, de la iniciación de obras públicas que supusieran un paliativo a las situaciones de hambre y desempleo, así como a fomentar y canalizar la beneficencia y la caridad e incluso la represión de la mendicidad, en especial de los indigentes forasteros.

En efecto, la expulsión de mendigos forasteros y gitanos será siempre una de las primeras medidas que adoptarán las autoridades locales, convirtiéndolos así en el chivo expiatorio de la situación y continuando con la tradición de las clases dominantes de culpabilizar a los desposeídos de su propia pobreza.

Al margen de su eficacia real, las estrategias de defensa colectiva tropezaron a la hora de su puesta en práctica con el problema de la financiación, al condicionar la quiebra de las finanzas municipales la lucha anticolérica. Asfixia económica que impedirá o dificultará la concreción práctica de las estrategias citadas, teniendo las autoridades locales que recurrir a los ingresos extraordinarios, es decir, a donativos y repartimientos o recaudaciones ejecutivas, ante lo exiguo de los libramientos efectuados por el gobierno a tal fin. En 1834 y 1855 los repartimientos se efectuaron entre los mayores contribuyentes, mientras que en 1885 de la recaudación se excluyó solamente a los pobres de solemnidad, lo que determinaría su fracaso puesto que la mayoría de la población no podía desprenderse de la cantidad requerida.

Por otra parte hay que destacar el que a causa de las epidemias se emplearan considerables sumas de dinero, sobre todo habida cuenta de la quiebra financiera municipal y de la situación económica general del país. Al hecho de que se utilizaran en financiar medidas de dudosa eficacia se añade la provisionalidad de las mismas, de las que apenas queda rastro una vez li-

nalizada la epidemia, mientras que permanecen inalteradas carencias infraestructurales básicas secularmente.

LA DEFENSA INDIVIDUAL

Las estrategias de defensa colectiva tuvieron consecuencias negativas para la mayoría de la población, que se vió perjudicada en su precaria economía y vida cotidiana, por lo que hubo de desarrollar toda una "lógica de la supervivencia", con resistencias abiertas o soterradas ante determinadas medidas. Es incuestionable que las clases desposeídas fueron las que más duramente padecieron las consecuencias de muchas de las medidas que en teoría estaban destinadas a proteger a la sociedad del cólera. Así, las quejas sobre los problemas que ocasionaban los cordones sanitarios eran continuas: jornaleros que no pueden ir a las recolecciones, campesinos imposibilitados de ir a cortar sus mieses o de abstenerse de leña y esparto por estar ubicados sus campos más allá del cordón... no siendo infrecuente el intento de burlarlo por zonas menos controladas y el que se produzcan altercados por cuestión de pasaportes (25).

Otra faceta será la "indocilidad" de los enfermos ante los tratamientos empleados por los médicos, risibles tal vez desde nuestra perspectiva, pero que en la época debían producir auténtico pavor. Por tanto no es extraño que se ocultaran los síntomas y se evitara la visita del facultativo, sobre todo si de ella se derivaba alguna indicación que pusiera en peligro determinados bienes (cremación de ropas y enseres, desaparición de animales del hogar que, como el cerdo, eran fundamentales en la dieta y economía familiar...) o alguna medida que incidiera sobre el trabajo y la vida cotidiana (cuarentenas en el lazareto de personas y mercancías...).

En esta misma actitud se encuadra la no comparecencia o el abandono de unas guardias que se hacían en condiciones penosas, sin remunerar, de las que sólo los pudientes podían librarse mediante el pago de sustitutos; así como las quejas de los maestros ante el cierre de su medio de vida, las escuelas, o de los vecinos de los barrios ante las emanaciones de los hornos de azufre, entre otros muchos ejemplos que las limitaciones de espacio nos impiden reseñar.

En definitiva, la mayoría de la población no pudo de hecho defenderse individualmente del cólera, sino que hubo de resistir las consecuencias negativas de las estrategias de defensa colectiva, cuya concreción o intento

de concreción se efectuaría precisamente a costa de la población.

La huída era en la práctica el medio más eficaz de defensa individual, al menos a corto plazo. Para Wrigley (26) buscar protección huyendo era la mejor prevención posible, pero como opción personal, porque perjudicaba las posibilidades colectivas de salvación en la medida en que si las personas que huían estaban ya infectadas contribuían a propagar la enfermedad. Pero la huída se hallaba sólo al alcance de los poderosos económicamente por la cantidad de gastos que ocasionaba: abandono de propiedades, transporte, nueva residencia... En efecto, los datos disponibles sobre los huídos en 1834 y 1855 confirman que la mayor parte pertenecían a San Mateo y Santiago, parroquias en las que residía la mayoría de las familias acomodadas de la ciudad (27).

En teoría la huída, sobre todo de clérigos, médicos, funcionarios y cargos públicos, era objeto de amenazas y sanciones de diversa índole por parte de las autoridades, si bien en realidad era tolerada, puesto que rara vez se llevaban a efecto. En 1834 se reconocerá explícitamente que caso todos los funcionarios faltaban de sus puestos y que la ausencia injustificada de los concejales tenía paralizada la administración local (28).

Por otra parte, un Edicto de la Junta Municipal de Sanidad del 29 de julio de 1834 restringirá y condicionará la entrada de emigrados a la ciudad, amenazando con diversas sanciones a los vecinos que los acogieran u ocultaran y conminando a los lorquinos a no abandonar sus residencias (29). No consta que huyera ningún facultativo, aunque contrastan los comportamientos de los galenos Cano y Desillés en sus respectivos destinos y el del médico Ramos Pascual, que desatendió de forma notoria sus obligaciones. Colectivamente los médicos lorquinos hubieron de ser amenazados con una multa de 200 ducados por su inasistencia a las sesiones de la Junta de Sanidad (30).

En cuanto al clero, su comportamiento, a la luz de los datos manejados, no fue muy ejemplar, con ejemplos de abandono de sus funciones, hasta el punto de serle exigido a las órdenes religiosas un certificado de su comportamiento una vez finalizada la epidemia.

En 1855 y 1885 se dará las mismas actitudes, es decir, comportamientos contrastados en el clero y entre los facultativos y advertencias y amenazas a funcionarios y cargos públicos. La tolerancia hacia los huídos (que en 1885 llega a sus máximas cotas al ser permitida la huída con tan sólo el requisito de su previa notificación) y la permisividad hacia los que hacían

dejación de sus obligaciones se entiende si tenemos en cuenta la posición social de los implicados que los ponía a salvo de las consecuencias de su comportamiento, el cual era prontamente olvidado por las autoridades (31). De cualquier forma, el temor a contraer la enfermedad hacía que las represalias, y mucho más con la experiencia de su dudosa aplicación, fueran vistas como algo muy lejano en relación a la urgencia de la salvaguarda individual.

CONCLUSION

La eficacia, globalmente considerada, de las estrategias anticólericas adoptadas fue en si misma escasa. Ni las tropas de los cordones sanitarios, ni los ácidos empleados en las fumigaciones, ni los repartos de alimentos, ni las tecnologías médicas utilizadas conseguían frenar a los que Ferrán denominaba "infinitamente pequeños" los cuales, en su opinión, se reían de todo ello. De esta forma, el profundo desconocimiento existente sobre la etiología y por tanto de la profilaxis del cólera convierte a la defensa en general y sobre todo a la defensa colectiva ante el mismo en un problema de orden público, en el que todo se reglamenta minuciosa y exhaustivamente bajo el imperio de la burocracia.

Por otra parte McKeown (32) se cuestiona hasta que punto pueden las enfermedades infecciosas ser controladas en una población desnutrida; a lo que añadiríamos los riesgos adicionales a que la exponía la situación de los habitats, el trabajo o las deficiencias en el aprovisionamiento de agua y la eliminación de detritos, aspectos estos fundamentales a la hora de atacar la vía usual de transmisión del cólera. Condiciones de vida y medio-ambientales que determinaban la resistencia del individuo ante la enfermedad y sus posibilidades de supervivencia una vez infectado.

Por lo tanto las estrategias de defensa colectiva que se pensaron e intentaron poner en práctica ante el ataque cólico resultaron totalmente insuficientes, fracasando en su objetivo al no ir acompañadas de mejoras sustanciales en las condiciones de vida y medio-ambientales de la población. Sobre la que finalmente recayeron las consecuencias negativas de las mismas.

NOTAS

- (1) Vid mapa en ARMENGAUD, A. (1982). La población europea, 1799-1914 en: CYPOLLA, C. ed.: Historia económica de Europa (3). La revolución industrial. E. Ariel Barcelona, pp. 42-3.
- (2) La comunicación resume una parte de mi Memoria de Licenciatura. Pobreza, enfermedad y muerte. Las epidemias de cólera de 1834, 1855 y 1885 en Lorca. Presentada en el Departamento de Historia Moderna y Contemporánea de la Universidad de Murcia (Universidad de Murcia, 1986, 646pp.) bajo la dirección del Dr. D. Pedro Marset.
- (3) LIVI-BACCI, M. (1978). La société italienne devant les crises de mortalité. Cursos del Collège de France, abril-mayo 1978, Dipartimento Statistico, Firenze.
- (4) La evolución de la legislación sanitaria española puede verse en: RICO AVELLO, C. (1969): La sanidad española en los años postreros de la pasada centuria. Asclepio, 21, pp. 319-326. y GRANJEL, M. (1983). Pedro Felipe Monlau y la higiene española del siglo XIX, Ed. Cátedra de Hª. de la Medicina, Univ. Salamanca, pp. 17-21, entre otros.
- (5) LIVI-BACCI, M. Op. cit., pp. 121-22.
- (6) Vid apéndice nº 1 de mi Memoria de Licenciatura, ya citada.
- (7) Archivo Histórico Municipal de Lorca (AHML), Oficio de Sanidad de septiembre de 1834. Leg. 276, Sala II, y Oficio de Sanidad del 17 de septiembre de 1854, Lg. 124, S.I.
- (8) Vid apéndice nº 2 de mi Memoria de Licenciatura, citada anteriormente.
- (9) LIVI-BACCI, M. Op.cit., p. 119 iss.
- (10) URTEAGA, L. (1980). Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. Geocrítica, 29, Univ. Barcelona. Septiembre, p. II. Magnífico estudio, de obligada consulta.
- (11) Vid HARANT, H. (1971): Las epidemias, Ed. Oikos-tau, Col. ¿Que sé?, col. Barcelona, p. II.
- (12) AHML, Oficios de Sanidad del 22 de julio de 1834, Lgs. 306, S.II, y nº2, S.I.
- (13) URTEAGA, L., Op.cit., p. 31 y ss.
- (14) FERRAN, J. (1951). Prólogo a La inoculación preventiva contra el cólera morbo asiático, Asclepio, Textos Ejemplares, 3, pp. 553-63.
- (15) La situación de los hospitales lorquinos y de la Beneficencia en general puede consultarse en AHML, Hospitales y Beneficencia s. 16-19, Lg. 95, S. II y en SEGURA ARTERO, P. (1983): Desamortización Urbana en la región murciana (1836-1932). Una aproximación general, Areas, 3/4, pp. 54-60.

Sobre la crisis fiscal municipal y del sistema benéfico-hospitalario del Antiguo Régimen resulta muy útil consultar las obras de BERNAL, A.M. (1978): Haciendas locales y tierras de Propios: Funcionalidad Económica de los Patrimonios Municipales (siglos XVI-XIX). Hacienda Pública Española, 55, IEF, pp. 285-312; DEL MORAL, J. (1984): Hacienda Central y Haciendas Locales en España. 1845-1905, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid; DE CASTRO, C. (1979): La Revolución Liberal y los municipios españoles (1812-1809), Ed. Alianza Universidad, Madrid; CARASA SOTO, P. (1982): Efectos de la desamortización de Madoz sobre el sistema hospitalario burgalés, Comunicación al Curso Desamortización y Hacienda Pública, UIMP, Santander, Publicaciones del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Tomo II, pp. 9-40; MAZA ZORRILLA, E. (1982): Incidencia de la desamortización en la Beneficencia vallisoletana, Comunicación al Curso Desamortización y Hacienda Pública, UIMP, Santander, Publicaciones del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Tomo II, pp. 136-176, Madrid, 1986.

- (16) AHML, Oficio de Sanidad del 18 de julio de 1834, Lg. 306, S. II.
- (17) AHML, Oficio de Sanidad del 12 de junio de 1885, Lg. T-5, Secc. monográficos.
- (18) Nos resulta imposible citar todas las consultadas dadas las limitaciones de espacio.
- (19) AHML, Oficio de la Junta Municipal de Sanidad de Lorca a la Junta Provincial de Sanidad de Murcia del 12 de junio de 1834, Lg. 289, S. II.
- (20) Vid. AYALA, J.A. (1981): Aspectos sociales de la epidemia de cólera de 1834 en Murcia. En: Las epidemias, vol. II de Historia Médica Murciana, Ed. Academia Alfonso X el Sabio, Biblioteca Murciana de Bolsillo, Murcia pp. 195-97.
- (21) AHML, Papeles el Archivo personal de Canobas Cobeño. Sin clasificar.
- (22) PEREZ MOREDA, V. (1980): La crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX, Ed. S.XXI, Madrid, p. 436 y ss.
- (23) MAZA ZORRILLA, E. Op. Cit., p. 1. y PEREZ MOREDA, V., Op. cit., p. 448.
- (24) SORCINELLI, P. (1983). Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia Centrale fra tifo petecchiale e pellagra, Franco Angeli ed. La società italiana moderna e contemporanea, Milano, p. 19 y ss.
- (25) AHML, Oficio de Sanidad del 10 de junio de 1834, Lg. 289, S. II.
- (26) FRIGLEY, E.A. (1985). Historia y población, Ed. Crítica, Barcelona, p. 130.
- (27) AHML, Legs. 62 y 335, S. I.
- (28) AHML, Borrador de Cabildos, Lg. 62, S. I.

(29) AHML, Lg. 300, S.II.

(30) AHML, Oficio de Sanidad del 4 de julio de 1834, Lg. 300, S II.

(31) AHML, Acta Capitular del 20 de septiembre de 1834, Libro Capitular de 1834, Lg. 300, S.II.

(32) McKEOWN, Th. (1978): El crecimiento moderno de la población, ~~1978~~ y Bosch ed., Col. Conjeturas, Barcelona, p. 197.

INFRAESTRUCTURA HIGIENICO-SANITARIA, CONDICIONES DE VIDA Y MORTALIDAD COLÉRICA EN LORCA DURANTE EL SIGLO XIX

Segura Artero, A.

INTRODUCCION

Los sucesivos ataques coléricos que sufrió la población lorquina a lo largo del siglo XIX fueron propiciados por un proceso secular de degradación ambiental y existencial que conllevó un desequilibrio ecológico favorecedor de la agresión ambiental biológica que supone una epidemia de cólera (1). La comprobación y caracterización de dicho proceso de degradación, para lo cual es preciso someter a un test a la sociedad misma, así como el fijar la responsabilidad al respecto de la estructura económica del sistema productivo, es el objeto de esta comunicación (2).

En primer lugar es necesario aclarar que los rasgos estructurales del modelo socioeconómico determinarán el anquilosamiento y bloqueo de la comarca lorquina durante el siglo XIX. Se trata de un modelo preindustrial en el que predomina el sector primario y, dentro del mismo, la agricultura y en concreto el cereal de forma aplastante. Agrícola en buena parte de subsistencia escasa o nulumamente integrada en el mercado nacional agrario.

Ante el desequilibrio entre el aumento de la población y el estancamiento en el crecimiento de la producción agrícola se optará por un modelo de reproducción ampliada extensiva, que determinará en buena medida las modalidades del crecimiento. Al extenderse paulatinamente a tierras de rendimiento inferior tropezará con sus propios límites por la acción de la ley de rendimientos decrecientes, quedando abocado así a periodos críticos.

Esto provocará igualmente importantes alteraciones ecológicas por la deforestación y la ruptura del equilibrio cultivos/ganadería/explotación tradicional del monte, que es sustituido por un sistema desequilibrado. La incidencia sobre la hidrología será igualmente negativa, en el sentido de que aumentarán los periodos de sequía y de que la roturación de las vertientes junto a la deforestación alterarán la estructura hidrológica de la cuenca del Guadalentín, favoreciendo riadas más frecuentes y dañinas, cuando antaño incluso eran consideradas benéficas (3).

La agricultura lorquina tropezaba además con un umbral hídrico por la escasez de aguas perennes, que no es compensado por otra parte con una abundante pluviosidad. Esta situación culminará en períodos de sequías que jalonarán todo el siglo XIX con consecuencias catastróficas. A la pérdida de la cosecha se añadía con frecuencia la desaparición de ganados, arbolado, etc., arruinándose así el principal medio de subsistencia de los lorquinos.

Precediendo a las sequías, o tras ellas, se produjeron numerosas riadas, con lo cual se creará un círculo vicioso, exponente de la tremenda dureza del medio físico lorquino. Inundaciones, sequías, plagas y demás calamidades que asolaron la comarca lorquina a lo largo del siglo conllevaban hambre, miseria y pobreza para la mayoría de la población, que se verá empujada en buena parte a una auténtica "huída" del hambre emprendiendo el camino de la emigración, así como a la mendicidad. Ambas circunstancias, de las que estaban a salvo las clases acomodadas, hambre o subalimentación y movilidad "de crisis" de personas hambrientas y empobrecidas preparaban el terreno para la aparición de la epidemias (4).

INFRAESTRUCTURA HIGIENICO-SANITARIA Y CONDICIONES DE VIDA

Lorca careció hasta bien entrado el siglo XIX de alcantarillado, utilizándose como alternativa las cloacas exteriores, los pozos negros e incluso las calles y solares. Por otra parte el abastecimiento de agua potable se efectuaba a través de fuentes (lo que a menudo suscitaba las quejas de los vecinos por la suciedad de las mismas y los abusos en el precio del agua) (5) y aguadores que la porteaban hasta las casas. En el área rural el aprovisionamiento se hacía por medio de pozos, que solían estar cerca de los pozos negros con el consiguiente peligro de contaminación freática.

De esta manera la inexistencia de una red de alcantarillado separada de un buen suministro de agua potable (a pesar de la ampliación que se llevó a cabo en la segunda mitad del siglo con aguas de la Zarzadilla de Tota y la Sierra del Caño) (6), frecuentemente contaminada por la penetración de aguas residuales, a la vez que la existencia de acequias y canales de riego en la huerta, cuyas aguas se hallaban a menudo estancadas y contaminadas por inmundicias y detritos, contribuyeron a la presencia endémica de enfermedades digestivas; las cuales se agudizaban en el verano y tenían un peso fundamental en la alta mortalidad ordinaria de la zona. En opinión de Petersen (7) la rigurosa separación de agua potable y alcantarillado hubiera roto,

por el contrario, la vía normal de infección de las enfermedades de transmisión hídrica, incluido el cólera, cuya presencia y difusión era de esta forma propiciada.

Sobre la situación de la ciudad los Informes de la Juntas Parroquiales de Sanidad, elaborados a petición del presidente de la Junta Municipal de Sanidad en 1854 (8), nos suministran una serie de datos que, grosso modo, se resumirían así:

- Al menos quince solares convertidos en muladares y la mayoría de las calles con notoria falta de limpieza.
- Una cifra superior a las trescientas ocho viviendas con serios problemas de ventilación.
- Situación de hacinamiento comprobado en doscientos setenta y cinco hogares.
- Más de trescientas veinte casas con necesidad de encalado o blanqueado.
- Unas once con gravísimos problemas de desaseo y focos de infección permanente en su interior.
- Con necesidad de obras urgentes (tapiar o abrir puertas, ventanas, tabiques etc.) unas dieciocho casas.
- La inmensa mayoría sin excusado ni sumidero.
- Declaradas totalmente inhabitables ciento cinco.
- Un número indeterminado, pero muy alto, de casas con presencia de animales, sobre todo cerdos, en su interior en estrecha convivencia con las personas.

Si a la situación anteriormente descrita, que se mantendrá prácticamente inalterada durante todo el siglo (9), le añadimos que las calles estaban sin empedrar y llenas de baches y charcos, el panorama sobre el estado de la ciudad es realmente desolador. La situación de las viviendas rurales es pareja a la de las urbanas; se trata de la típica casa-corral de una sola planta y cámara superpuesta a modo de almacén (10). En ella conviven animales y personas, carece de agua corriente y excusado además de estar mal ventilada. Dichas viviendas servían también de almacén de instrumentos de trabajo y frutos, lo que implicaría un sistema de vida plenamente identificado personalmente con animales y medios de producción (11).

De esta forma las condiciones de las viviendas y del entorno constituían factores de riesgo frente a diversas enfermedades infecciosas, tanto digestivas como respiratorias, y parasitarias (12).

Las Comisiones encargadas de elaborar los Informes en 1854 tenían también la misión de suministrar datos a la Junta de Sanidad sobre la situa-

ción económica de los vecinos en un intento de, en el caso de aparecer el cólera, saber el número exacto de personas que podían recibir asistencia en sus casas y las que deberían ser trasladadas a hospitales. En Santa María se constata en este sentido que la mayor parte de los vecinos eran jornaleros, a los que sería imprescindible socorrer en sus casas con atención médica, medicinas y alimentos llegado el momento. Una parte serían mendigos y el resto no podría hacer donativos en ningún caso.

En San Patricio el Informe afirma que "son pocos los vecinos acomodados", abundando los pobres, "y aunque los restantes están lejos de pertenecer a otra clase" podrían ser socorridos en sus domicilios. En San José consta que noventa y tres familias estaban en la más absoluta miseria por lo que deberían ser trasladadas a un hospital, mientras que veintiocho familias podrían recibir alimentos, medicinas y asistencia facultativa en sus casas.

Los habitantes de cientos de viviendas de San Cristobal habrían de ser conducidos a una Casa de Socorro por carecer de medios de subsistencia al ser jornaleros o pobres de solemnidad, y una gran parte de los vecinos tendrían que recibir socorro en sus domicilios. En San Mateo (junto a Santiago, sobre la que no poseemos datos de su situación, la parroquia en la que habitaban la mayoría de las familias acomodadas) setenta y cuatro vecinos habrían de ser llevados a un hospital y ciento cuatro estarían en condiciones de recibir la ayuda en sus casas.

De lo anterior se deduce que la mayoría de los lorquinos no podía cubrir gran parte de sus necesidades básicas como la alimentación, y de ellos un buen número podrían ser calificados como pobres de solemnidad (13).

La mayoritaria población jornalera de la comarca basaba su alimentación en el pan, pero no de trigo, cuyo consumo descende durante la primera mitad del siglo, sino de cebada o centeno, cereales mucho más baratos (14): siendo éste "pan de pobre" frecuentemente objeto de manipulación fraudulenta en peso y calidad. Productos como la carne, el pescado, la leche, los huevos o la fruta eran desconocidos en la dieta de la mayoría de la población al ser inaccesibles para sus economías. Algunas legumbres y hortalizas y, esporádicamente, despojos de carne, tocino y sardinas o bacalao completaban la dieta jornalera, recurriéndose en períodos de crisis a raíces y frutos silvestres, así como a alimentos en pésimas condiciones (15).

Aunque los precios mantuvieron durante todo el siglo una tenden-

cia a la baja, si bien con altibajos, los salarios, sin embargo, experimentaron un claro descenso desde los seis reales del jornal del peón a finales del siglo XVIII a los tres o cuatro entre 1814 y 1850 y los cinco o seis reales de media en 1885 (16). Hay que considerar que al año se trabajan tan sólo entre ciento ochenta y ciento noventa días (17) y que las condiciones de trabajo eran muy duras, con gran esfuerzo humano dado lo rudimentario de los medios de producción utilizados, y un número de horas excesivo.

Si de ese exiguo salario habrían de salir, entre otros, los gastos de vivienda, vestido y alimentación, es obvio que nos bastaba para el mantenimiento de una familia, ni siquiera en condiciones rayanas con lo infrahumano. Por tanto se recurrirá al trabajo de todos sus miembros, incluidos los niños, a la beneficencia, al consumo de alimentos sustitutivos o en mal estado, y, sobre todo, a la mendicidad.

Es indudable que el estado de desnutrición crónica, de hambre cualitativa, imposibilitada el aporte de calorías y proteínas necesarias para compensar una jornada laboral agotadora. Imposibilitada, en suma, la reproducción de la fuerza de trabajo, contribuyendo así mismo a aumentar el riesgo de infección y disminuyendo las probabilidades de curación una vez infectado (18). En palabras de Sorcinelli "...en faltando una terapia válida es claro el rol desempeñado en la difusión epidémica y la letalidad por las condiciones socioeconómicas, la forma de vida y la situación de los hábitats y barrios" (19). Se evidencia así la clara interrelación existente entre la pobreza, que afecta en mayor o menor grado a una mayoría de lorquinos en el siglo XIX, y su capacidad inmunológica ante la enfermedad en general y sobre todo ante una enfermedad más inusual y agresiva como el cólera, el cual una vez presente tenía más probabilidad de transmitirse in extenso.

En definitiva, y como afirma Marset, una epidemia supondrá la evidencia del desequilibrio biológico población/entorno "por el aumento de la capacidad agresora de algún elemento del entorno biológico peripoblacional" o por disminución de la capacidad defensiva de la población, "condicionada sobre todo por la situación de su estructura socioeconómica" (20).

EL COLERA COMO ENFERMEDAD DE CLASE

La mortalidad colérica en las parroquias lorquinas durante las tres epidemias estudiadas estaría relacionada con tres factores: su número de habitantes, la situación de viviendas y su entorno, y el estatus social

de sus moradores. En este sentido, y como se apreciaba en el Cuadro II, es San Cristobal la parroquia que registra siempre el mayor porcentaje de fallecidos (21), en concordancia con ser la más poblada secularmente y en constante expansión, lo cual empeoraba la gravísima situación de los hábitats descrita en el Informe parroquial de 1854. Además la mayoría de sus vecinos eran jornaleros pobres y artesanos, destacando el hecho de que fuera así mismo la parroquia con mayor número de familias consideradas pobres de solemnidad (22).

El segundo lugar lo ocupa San Mateo, parroquia extensa, poblada y de la que hay que señalar su carácter dual, con dos zonas que irán diferenciándose cada vez más: la parte baja, habitada por familias acomodadas, y la alta, cuyas características la asemejan a los barrios más pobres de la ciudad. Y es en las calles de esa zona alta donde se concentra la mortalidad colérica, lo que queda demostrado al desglosar los fallecidos por calles (23); además, del total de los muertos por cólera en la parroquia, según los Libros parroquiales consultados (24), en los que consta el tipo de entierro o el estatus social del fallecido este es "pobre" en las tres epidemias, no constando que muriera ningún rico por dicha causa.

A continuación es San José la que más mortalidad colérica tiene, a pesar de ser pequeña y menos poblada que las anteriores; si bien en 1885 había experimentado ya un considerable crecimiento que agravaría las penosas condiciones de vida de sus vecinos (la inmensa mayoría jornaleros pobrísimos) y el estado de su ya calamitosa infraestructura. Las denominadas parroquias altas (25), San Pedro, San Juan y Santa María, estaban escasamente pobladas, participando de las características descritas en páginas anteriores sobre el estado de la ciudad, el declive por el crecimiento horizontal de la misma y habitadas por jornaleros pobres y mendigos. Influyendo sin duda en su baja proporción de fallecidos el hecho de su exiguo número de vecinos.

San Patricio era una parroquia más rural que urbana, comprendiendo apenas unas calles, céntrica, pero en decadencia por las características del crecimiento urbano y con muy pocos habitantes, los cuales eran pobres en su mayor parte, al igual que pobres eran sus fallecidos de cólera a la luz de los datos parroquiales disponibles (26). Por su parte Santiago tiene, en proporción a sus habitantes, el menor porcentaje de fallecidos, confirmando su tendencia secular a ser la parroquia más salubre. El hecho de estar habitada por gran parte de las familias ricas lorquinas, aunque también tenía vecinos de estatus social modesto, explicaría su mayor inmunidad ante el cólera.

Por otro lado sólo hemos dispuesto de datos sobre letalidad parroquial para la epidemia de 1834, superando ésta siempre el 34%; tasa que se sitúa en el 52,72% para las tres parroquias altas, lo que da idea de las precarias condiciones inmunológicas en que afrontaron sus vecinos el contagio.

De igual manera los fallecidos por cólera en 1885 contrastados con los dos listados de contribuyentes disponibles (27) arrojan la cifra de sólo ocho contribuyentes fallecidos. Si añadimos los posibles parientes por coincidencia de algún apellido y varios muertos con apellidos relevantes que no figuran en los listados, todo ello con criterio no estricto, existirían como máximo un 20% de fallecidos pertenecientes a las clases acomodadas en mayor o menor grado, frente a un 80% de pobres y miembros de las clases modestas.

La relación entre pobreza y enfermedad, entre pobreza y mortalidad colérica concretamente, queda de manifiesto al evidenciarse la desigualdad social ante la enfermedad y la muerte en función de las disponibilidades económicas de la posesión de la riqueza. El cólera tendría así, a nuestro parecer, el carácter de enfermedad de clase.

LAS EPIDEMIAS DE COLERA COMO FENOMENOS URBANOS Y PERIURBANOS

Las epidemias de cólera del siglo XIX lorquino se caracterizan por ser fenómenos urbanos y periurbanos, puesto que, como se aprecia en el Cuadro I, la ciudad y la huerta cercana a ella arrojan las mayores cifras de fallecidos. En el medio urbano factores como el hábitat (la mayor parte de los fallecidos habitaban en viviendas sucias, exiguas y mal ventiladas, sin servicios ni agua corriente, hacinados y en estrecha convivencia con animales portadores de gérmenes) y el entorno (calles polvorientas y encharcadas, con focos de inmundicia), unidos a una dieta que conjugaba la escasez con la mala calidad de los alimentos, mas unas condiciones de trabajo durísimas, mantenían a la mayoría de la población en constante riesgo de adquirir enfermedades respiratorias e intestinales, situación que culminaría con la aparición del cólera.

La existencia de la acequia del riego alto de Sutullena, que rodeaba parte de la ciudad y cuyas aguas se encontraban a menudo estancadas, arrojándose a las mismas basuras y detritos de letrinas, suponía asimismo un peligro permanente y un medio idóneo para la transmisión de la enfermedad; al igual que las deficiencias en el abastecimiento de agua potable y la ine-

xistencia de sistemas de eliminación de residuos ya mencionados. La insalubridad de la ciudad se evidencia al arrojar en 1834 (carecemos de datos al respecto para 1855 y 1885) una tasa de mortalidad más alta que la del área rural teniendo, sin embargo, menos invadidos que la misma, situándose asimismo la tasa de letalidad en un 38,26% para la ciudad y un 18,89% para el área rural.

Por otra parte, la mayor sensibilidad de la huerta al cólera se explica por la presencia en ella de una infraestructura de acequias y canales cuyas aguas, con frecuencia estancadas y contaminadas por materias fecales, eran utilizadas para el riego. Así los huertanos, cuyas precarias condiciones de vida los exponían de entrada a las enfermedades en general, se encontraban más indefensos ante las de transmisión hídrica como el cólera (28).

La mayor extensión y población del secano lorquino hacen que éste alcance cifras de fallecidos superiores a las del regadío normalmente, por lo que la ausencia de sistemas de riego se revela así como fundamental a la hora de valorar las bajas tasas de mortalidad colérica del campo. Tasas que se verían aún más mermadas si se excluyeran los fallecidos en el núcleo urbano de Lumbreras, que supusieron un 49,56 y un 63,68%, en 1834 y 1885 respectivamente, del total de fallecidos por dicha causa en el campo.

El modelo ecológico lorquino estaría más cercano al de Murcia que al de Cartagena (29), puesto que ambas ciudades tienen una zona periurbana de huerta que, por sus especiales características, está predispuesta a las enfermedades de transmisión hídrica. Aunque en el caso lorquino más que de una huerta propiamente dicha se trata de un campo regado, por lo que la influencia de la infraestructura de regadío es menor que en la de Murcia, si bien existe de hecho. En definitiva en la huerta de Lorca la relación no es tan mecánica, no habiendo un determinismo tan claro en este sentido. El modelo lorquino se configura así como intermedio entre los citados.

CONCLUSION

Si la consideramos globalmente, fue sin duda la epidemia de cólera de 1834 la que registró una tasa de mortalidad más elevada, el 21,24 por mil; tasa que desciende espectacularmente al 5,94 por mil en 1855, mientras que en 1885 se sitúa en un 8,99 por mil. Si comparamos dichas tasas con las ofrecidas por las mismas epidemias en Murcia (80, 23,6 y 26,4 por mil respectivamente) (30) vemos como quedan muy por debajo de las mismas, denotando las

tasas de Murcia, la concentración de su población en la ciudad y la huerta, mas sensibles al cólera, mientras que en Lorca el campo o secano concentra la mayor parte de sus habitantes. Lo cual reafirma el carácter intermedio del modelo lorquino.

La epidemia de 1834 arrojó igualmente la mayor tasa de morbilidad, un 78,18 por mil, frente al 11,99 por mil de 1855. La tasa de letalidad más alta la tenemos en 1855, la epidemia más mortífera, puesto que murieron casi un 50% de los que enfermaron. Porcentaje que coincide con el que, en ausencia de la terapia moderna, tenían de sobrevivir los individuos cuyas condiciones generales fueran precarias, en opinión de Del Panta (31). Y es evidente, a la luz de los datos ofrecidos por los Informes Parroquiales de 1854, que en dicho año las condiciones de los lorquinos eran realmente precarias.

La misma tasa desciende en 1834 al 27,16%, nada desdeñable por otra parte (32). Alta letalidad exponente de la degradación del medio ambiente y de la calidad de vida de la población lorquina en el siglo XIX y, en suma, de una economía de subsistencia y autoconsumo.

La importancia de las epidemias de cólera estudiadas no reside en el número de fallecidos que arrojaron, puesto que no incidieron espectacularmente en la elevación de la tasa de mortalidad general, que de por sí era ya muy alta (33), sino que tan sólo contribuyeron a aumentarla en mayor o menor grado. Por lo tanto tampoco conllevaron crisis de mortalidad, al elevar en menos del 50% la mortalidad, que es el criterio más generalizado para detectarlas, ni apenas indujeron efectos demográficos significativos. Demuestran así el papel secundario que jugaron, que jugó la mortalidad catastrófica en general, frente al papel determinante de la mortalidad ordinaria y de los movimientos migratorios a lo largo del siglo XIX.

Su importancia, en definitiva, reside en que han puesto en evidencia a la sociedad misma, a su estructura socioeconómica, actuando así como indicador y contribuyendo a cerrar el círculo vicioso del estancamiento y del atraso de la sociedad preindustrial lorquina decimonónica.

NOTAS

- (1) RAMOS, E. (1985). Intervención en las Jornadas de Medio Ambiente y Recursos Naturales de la Región Murciana, Murcia, 25-26 de mayo de 1985.
- (2) La comunicación resume la tesis mantenida en mi Memoria de Licenciatura: Pobreza, enfermedad y muerte. Las epidemias de cólera de 1834, 1855 y 1885 en Lorca, presentada en el Departamento de Historia Moderna y Contemporánea de la Universidad de Murcia (Universidad de Murcia, 1986, 646 pp.), bajo la dirección del Doctor D. Pedro Maset Campos.
- (3) Sobre las riadas que asolaron la comarca lorquina a lo largo de varios siglos puede consultarse la obra de COUGOU, R. (1984). Hidrología histórica del Segura. Facsímil editado por el Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos de Murcia, Murcia. Existe igualmente un resumen de las calamidades que sufrió Lorca durante el siglo XIX (riadas, sequías, plagas...) en PEREZ PICAZO, M.T. (1983). Reflexiones metodológicas en torno a la problemática del período contemporáneo en Murcia. Cuadernos de Historia de Hispania. X, Instituto "Jerónimo Zurita", CSIC, Madrid, p. 300.
- (4) LIVI-BACCI, M. (1978). La société italienne devant les crises de mortalité. Cursos del Collège de France, abril-mayo, 1978, Dipartimento Statistico, Firenze, p. 119 y ss.
- (5) Archivo Histórico Municipal de Lorca, Acta Capitular del 2 de septiembre de 1854, Libro Capitular de 1854, Sección Capitulares.
- (6) IBAÑEZ VILCHES, J.A. (1985). Remodelación interna y crecimiento del núcleo urbano de Lorca (1850-1953). Memoria de Licenciatura inédita, Facultad de Letras, Murcia, p. 00.
- (7) PETERSEN, W. (1968). La población (Un análisis actual). Ed. Tecnos, S. de C. S. A., Madrid, p. 505.
- (8) AHML, Informes de las Juntas Parroquiales de Sanidad del 2, 3, 5, 8, 9 y 11 de septiembre de 1854, Lg. 250. S. II.
- (9) AHML, Actas de la Junta Municipal de Sanidad del 24 y 27 de junio de 1855, Lg. T-5, Sección monográficos y Libro de Ordenanzas Municipales, Año 1903, Tipografía La Lorquina, nº 76.
- (10) GIL OLCINA, V. (1968-69). La ciudad de Lorca (Notas de Geografía urbana). Papeles del Departamento de Geografía, Universidad de Murcia. 1, p. 93.
- (11) SCROCINELLI, P. (1977). Regimi alimentari, condizioni igieniche, epidemie nelle Marche dell'Ottocento. Studi Storici, Studi e Saggi, Argalia Editore, Urbino, p. 54.
- (12) BURNET, M.; WHITE, D. (1982). Historia natural de la enfermedad infecciosa. Ed. Alianza Universidad, Madrid, p. 20.

- (13) El Censo de 1857, citado por José Antonio RUIZ SEGURA en su Memoria de Licenciatura inédita: El Bienio Progresista en Lorca (1854-1856): Aproximación a una coyuntura de mediados del XIX, Facultad de Letras, U. Murcia, 1986, pp. 111 y 143, arroja la cifra de 763 pobres de solemnidad y 648 familias de igual condición.
- (14) Es interesante comprobar como la diferencia de precios entre el trigo y la cebada y el centeno se acorta durante los meses de las epidemias, probablemente por un aumento de la demanda y a pesar de ser época de cosechas. Vid AHML, Lg. 62, S. II.
- (15) Vid apéndices nº III y IV de mi Memoria de Licenciatura, ya citada.
- (16) PEREZ PICAZO, M.T. op. cit., p. 320.
- (17) PEREZ PICAZO, M.T.; LEMEUNIER, G. (1984). El proceso de modernización de la región murciana (siglos XVI-XIX). Editora Regional de Murcia, Biblioteca Básica Murciana, Extra I, Murcia, p. 402 y ss.
- (18) McKEOWN, Th. (1978). El crecimiento moderno de la población. Antoni Bosch Ed., Col. Conjeturas, Barcelona, p. 153.
- (19) BERCINELLI, P. (1983). Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia Centrale fra tifo petecchiale e pellagra. Franco Angeli Editore, La società italiana moderna e contemporanea, Milano, p. 19.
- (20) MARSET, P. y otros (1981). La sociedad murciana y cartagenera y las epidemias durante los siglos XVII, XVIII y XIX. En: De Historia Médica Murciana, II Las epidemias, Academia Alfonso X el Sabio, Biblioteca Murciana de Bolsillo, Murcia, p. 212.
- (21) Al igual que de invadidos en 1834, careciendo de datos al respecto para 1855 y 1885. San Cristobal arroja así mismo la tasa de morbilidad más alta en 1885, único año para el que disponemos de dicho dato.
- (22) En 1857 San Cristobal tenía el mayor número de familias pobres de solemnidad, 264, frente a las 2 de Santiago, parroquia de gente acomodada y la más slubre secularmente, citado en RUIZ SEGURA, J.A., op. cit. p.143.
- (23) Las limitaciones de espacio nos impiden incluir los cuadros y mapas de los fallecidos por cólera en 1855 y 1885 desglosadas por calles, insertos en mi Memoria de Licenciatura ya citada y que ofrecen una visión más completa de la interrelación entre barrios y calles degradadas y habitadas por pobres y la mortalidad colérica.
- (24) Archivo Parroquial de San Mateo, Libros de defunciones 11 (1833-34), 13 (1855) y 18 (1885).
- (25) Vid mapas I, II y III sobre la mortalidad colérica parroquial de 1834, 1855 y 1885 en Lorca incluidos en esta comunicación.
- (26) Archivo Parroquial de San Patricio, Libros de defunciones 16 (1833-34) y 18 y 19 (1855).

- (27) AHML, Lg. 32m S. III y Archivo Municipal de Murcia, BOP Murcia nº 320, 1870.
- (28) Vid Mapas I y V sobre la mortalidad colérica de las diputaciones lorquinas en 1855 y 1885 incluidos en esta comunicación.
- (29) MARSET, P. y otros, Op. cit., p. 216.
- (30) Ibidem p. 326.
- (31) DEL PANTA, L. (1980). Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX). Loescher Editore, Loescher Università, Monografie, Torino, p. 74.
- (32) Para 1885 desconocemos tanto la morbilidad como la letalidad puesto que las fuentes disponibles no ofrecían datos al respecto, aunque debieron ser menores probablemente.
- (33) La mortalidad ordinaria se mantuvo secularmente muy alta en la comarca, situándose la tasa entre el 25 y el 30 por mil, por la incidencia de las enfermedades digestivas y el paludismo (vid PEREZ PICAZO, M.T.; LEMEUNIER, G. op.cit., pp. 316 y 327), con puntas negativas como entre 1866 y 1870 en que la tasa de mortalidad superó el 45 por mil, o en 1885, año en que el crecimiento fue asimismo negativo, con 1502 nacimientos frente a 2494 defunciones (Registro Civil de Lorca, Libros de Nacimientos 66 a 71 y de Defunciones 49 a 55).

CUADRO 1. MORTALIDAD COLERICA DE 1834, 1855 y 1885 EN LORCA

	<u>FUEBLO</u>	% (1)	<u>AREA RURAL</u>	% (1)	<u>CAMPO</u>	% (1)	<u>HUERTA</u>	% (1)
1834	315	60,61	341	30,83	-	-	-	-
1855	52	61,10	52	38,80	5	9,61	47	90,38
1885	216	42,18	206	57,81	108	36,48	188	63,51

Clave: % (1) respecto del total de fallecidos

% (2) respecto del total rural

FUENTE: AHML, Lgs. 49, S. III y 62, S. I (1834)

AHML, Lg. 335, S. I (1855)

Registro Civil de Lorca, Libros de Defunciones 49 a 55 (1885)

Elaboración propia

CUADRO II. DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD COLEERICA DE 1834, 1855 y 1885 EN
LOS BARRIOS DE LORCA

	<u>1834</u>	<u>%</u>	<u>1855</u>	<u>%</u>	<u>1885</u>	<u>%</u>
S. Cristóbal	243	47,18	26	31,70	103	47,68
S. Mateo	182	35,33	16	19,35	41	18,98
S. José			8	9,75	36	16,66
S. Patricio	32	6,21	6	7,31	3	1,38
Santiago			10	12,19	7	3,24
S. Pedro	58	11,26	5	6,02	10	4,62
S. Juan			7	8,53	8	3,70
Sta. María			4	4,87	4	1,85
N.C.	-	-	-	-	4	1,85

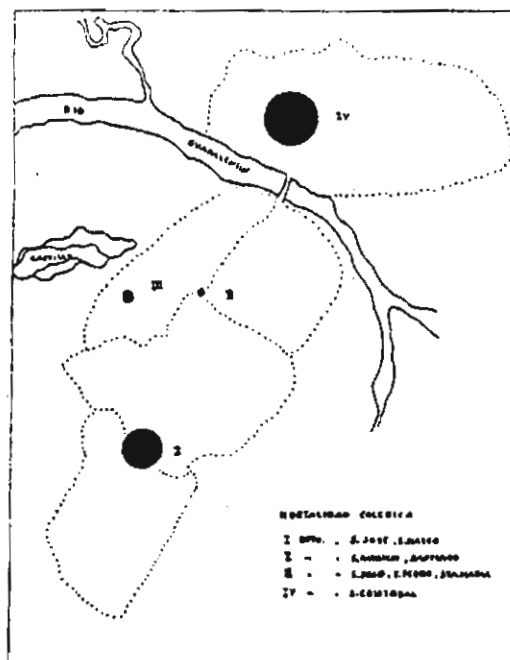
FUENTE: AHML, Lgs. 40, S. III y 62 S. I (1834)

AHML, Lg. 335, S. I (1855)

Registro Civil de Lorca, Libros de Defunciones 49 a 55 (1885)

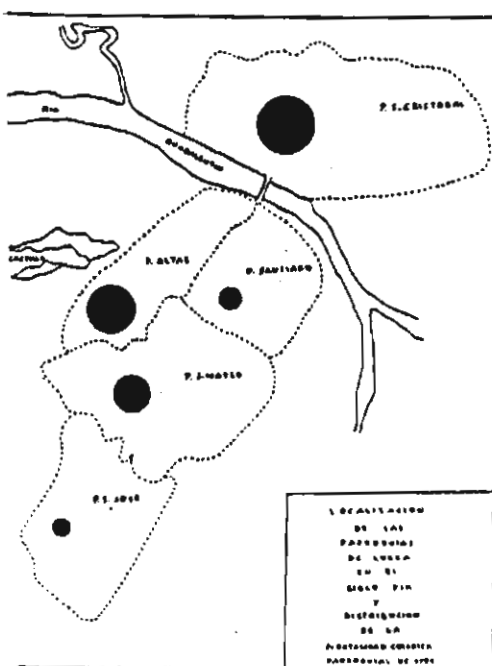
Elaboración propia

Nota: Las fuentes expistentes para 1834 no desglosan la mortalidad colérica rural en campo y huerta. Por otra parte las cifras de 1855 sólo reflejan un 47% de los fallecidos reales, pero las hemos utilizado por ser la fuente de la que provienen la única que aporta los muertos del secano y del regadío y por parroquias.



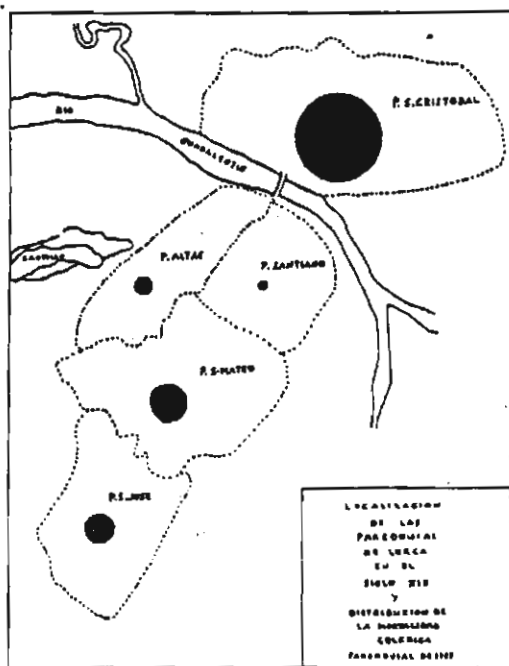
MAPA-I

Mortalidad colérica parroquial de 1834



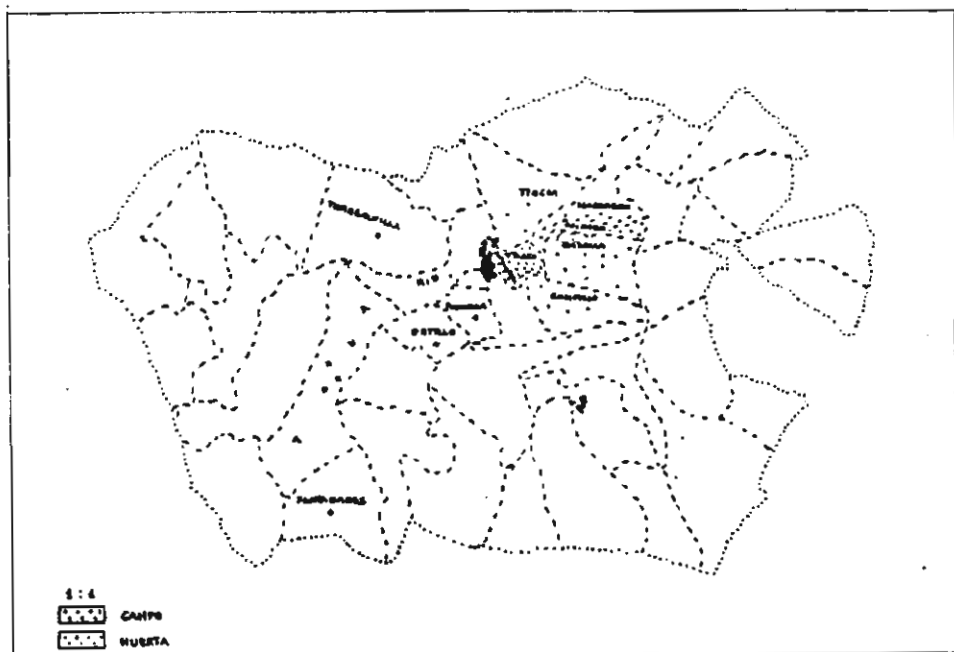
MAPA II

talidad colérica parroquial de 1855



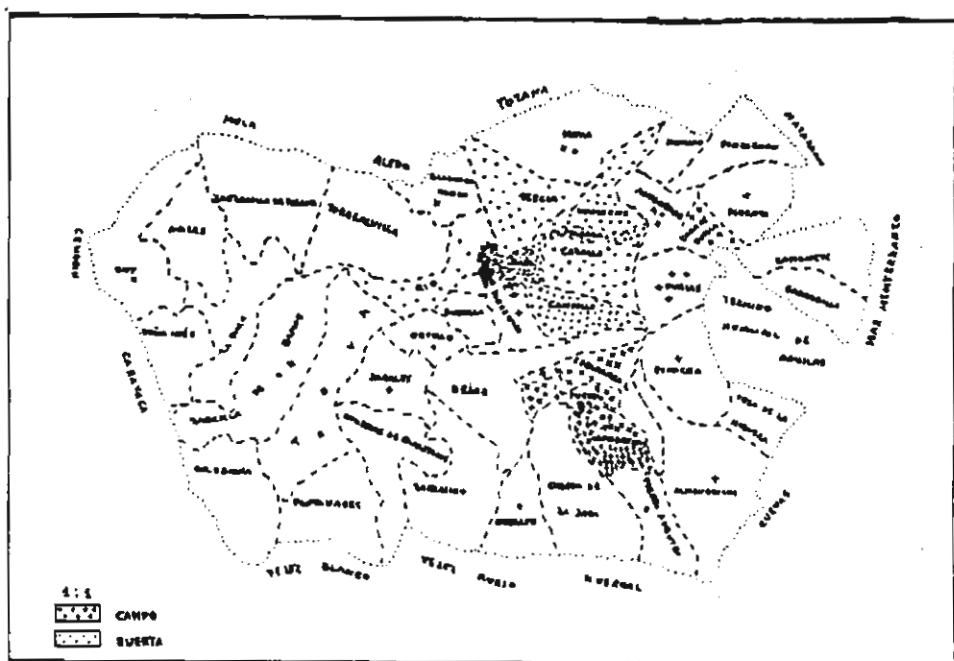
MRPA III

Mortalidad colérica parroquial de 1885



MAPA IV

Distribución de la mortalidad colérica de 1855 en las diputaciones de Lorca



MAPA V

Distribución de la mortalidad colérica de 1885 en las diputaciones de Lorca

EVOLUCION DE LAS DEFUNCIONES POR PATOLOGIA INFECCIOSA, ENTERITIS Y MENINGITIS EN LA MORTALIDAD POSTNEONATAL. COMARCA DE MULA. 1961-1980.

García Ruipérez, D.: Aliaga Matas, M.F.; León Pellicer, E.; San Eustaquio Tudanca, F.

Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica.
Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

INTRODUCCION.

Al realizar un estudio sobre mortalidad no se puede olvidar cómo el hombre está inmerso en una sociedad y condicionado por aspectos económicos, educacionales, sociales y estrictamente sanitarios. En consecuencia para evaluar qué factores están incidiendo en la colectividad hay que recurrir a un coherente diagnóstico de salud. Hasta ahora (1,2) uno de los indicadores más sensibles determinantes del desarrollo socioeconómico, cultural y en materia de salud ha sido la mortalidad infantil, por ser éste el período de edad más vulnerable ante las mejoras de los factores anteriormente mencionados. La mortalidad en este grupo de edad ha ido experimentando un notable descenso en nuestro medio, sin olvidar que dentro de esta mortalidad el subgrupo que más participa en la misma es el de Mort. Postneonatal, siendo el más influenciado por las mejoras de factores exógenos (ambientales, educacionales, sanitarios, etc.), además de que los factores que más han contribuido han sido en primer lugar las causas infecciosas, y dentro de estos los del aparato respiratorio, procesos infecciosos diarreicos e intestinales, junto a las enfermedades del sistema nervioso como meningitis, encefalomielitis, etc.

En base a las consideraciones planteadas anteriormente, pretendemos conseguir con el presente estudio los objetivos siguientes:

- 1- Elaborar y conocer las tasas específicas de mortalidad por enfermedades infecciosas en la Subnormalidad Postneonatal. Para la comarca de Mula durante 20 años, con

prendidos entre 1961 y 1980 y dentro de éstas las producidas por Enteritis y Meningitis.

2- Comprobar si el descenso que se ha observado en la Región también se produce en esta Comarca.

3- Intentar correlacionar la evolución de las tasas específicas con los factores socioeconómicos, culturales, sanitarios y de infraestructura para ver si tal evolución es paralela a las mejoras y al desarrollo de estos últimos factores.

MATERIAL Y METODO.

MATERIAL.

Marco geográfico.- Los municipios englobados bajo la denominación de Comarca de Mula son 7; Albudeite, Alcantarilla, Alhama de Murcia, Campos del Río, Librilla, Mula y Pliego (Mapa 1). Con una superficie global de 1.103 km^3 . Para esta división se ha recurrido al mapa sanitario de la Región Murciana, y por considerar que estos municipios presentan homogeneidad sobre todo en conceptos sanitarios y de infraestructura.

La población (Tabla 1) se concentra en las cabeceras municipales (Según datos del INE). De carácter eminentemente agrícolas, excepto en Alcantarilla (Tabla 2) que es sobre todo industrial.

Fuentes 1^{as} de datos.-

Para la obtención de las defunciones producidas por causa infecciosa se ha recurrido a los Registros Civiles de los 7 municipios que integran esta Comarca. Para ello se han utilizado los libros de defunciones y los legajos de los mismos.

Los datos recogidos de dichas fuentes fueron: Domicilio, edad, fecha de nacimiento, fecha de defunción, además se recogieron otros datos que se despreciaron

para este estudio.

El grupo de edad estudiado (Postneonatal) recoge las defunciones producidas entre los 28 días y 11 meses cumplidos de vida.

Los valores totales de las defunciones por patología infecciosa se han subdividido en tres grupos: defunciones producidas por Enteritis y otros procesos gastro entéricos infecciosos, fallecimientos por síndromes meningeos y el tercer grupo que engloba el resto de patología infecciosa productora de mortalidad.

Fuentes 2^{as} de datos.-

- a) Los Nacidos vivos. Dato fundamental junto a las defunciones para la obtención de las tasas específicas de mortalidad para este grupo de esda. Estos valores los hemos obtenido de los libros de nacimiento de los 7 Registros Civiles que componen esta Comarca (TABLA III). Información facilitada en los Ayuntamientos de los mencionados Municipios.
- b) Otras fuentes de datos importantes para este trabajo han sido:
 - Anuario Banesto del Mercado Español
 - Anuario estadístico de España
 - Censos de la población de España de 1960 y 1970
 - Datos sobre Epidemiología de demografía sanitaria
 - Datos facilitados por los distintos Ayuntamientos
 - "Déficit sobre equipamiento de los Servicios en los distintos Municipios y Pedanías de la Provincia de Murcia". 1984. C. Autónoma de Murcia
 - Datos y series Estadísticas. CAAM. 1982

METODO.

Los datos obtenidos del estudio durante los años 1961 a 1980, han sido agrupados en cuatro quinquenios, (1961-65, 1966-70, 1971-75, 1976-80).

Para tabular los datos se ha calculado la distribución

de frecuencia en base a la edad del fallecido, grupo de edad, municipio de nacimiento y de defunción y causa fundamental de muerte.

En las tablas se han cruzado las variables edad de defunción con la causa de la misma (siempre por quinquenios) calculando los valores absolutos, porcentuales y tasas específicas para este grupo de edad.

La obtención del cálculo de las tasas deriva de dividir el número de defunciones por una causa determinada en un quinquenio por cien mil nacidos vivos en ese mismo período.

EVOLUCION DE LOS RESULTADOS DE LA MORTALIDAD POSTNEONATAL.

COMARCA. En el estudio de la evolución de la mortalidad postneonatal en la Comarca de Mula, globalmente durante los 20 años (4 quinquenios), se han registrado 204 defunciones (Tabla IV), por patología infecciosa de las cuales el 56% se producen en el primer quinquenio (Tabla V), decreciendo progresivamente de manera importante sus tasas específicas, que de 2.075 por cien mil nacidos vivos en el primer quinquenio, pasa a 1.060 en el segundo, 481,3 en el tercero y finalmente al 105 por cien mil en el cuarto quinquenio, suponiendo el descenso de casi un 95% de el primero al cuarto quinquenio la tasa específica.

Las defunciones por Enteritis representan casi el 28% del total de las infecciosas (Tabla IV), y las Meningitis solamente el 4,9% en estos 20 años. Las tasas específicas de las enteritis han evolucionado positivamente durante estos cuatro quinquenios siendo total su descenso durante este tiempo: (Tabla IV y gráfica 1) pasando de una tasa de 667,6 por cien mil en el primer quinquenio, representando en este quinquenio el 32% de las infecciosas, y el 65% del total de las defunciones por enteritis (Tabla VII) a una tasa de 305,44 en el segundo y a un 57,7 por cien mil en el tercer quinquenio, constituyendo el 12% de todas las infecciosas y también el 12% de las enteritis. No produciéndose ningún caso en el cuarto quinquenio.

Las defunciones por Meningitis pasan de una tasa del 90,2 por cien mil nacidos vivos en el primer quinquenio (4,3% del total de infecciosas y 50% de las meningitis), Tablas VI y VII, a

una tasa del 71,8, ningún caso en el tercero y con un caso en el cuarto, una tasa de 21 por cien mil.

En su estudio por MUNICIPIOS observamos en la tabla VII, cómo las enteritis son la mayor causa de muerte en el municipio de Alcantarilla (38%) en toda la Comarca y en Mula (28%). En Alcantarilla se recogen el 40% de todas las infecciosas en la comarca durante estos 20 años.

Este descenso, en la globalidad de causas de mortalidad en este período de edad (28 días a 11 meses), que ha supuesto el que las infecciosas que en el primer quinquenio representaban el 64% de las causas de defunción (3), hayan pasado a representar sólo el 20% en el cuarto quinquenio. Quizás se pueda explicar por ser este grupo de edad el más influenciado ante las medidas preventivas y asistenciales (4), así como ante el incremento de la renta "per capita" (Tabla IX) sobre todo en el último quinquenio aunque no ha variado sustancialmente en el número de médicos (Tabla X), sí han mejorado los otros factores sanitarios, como campañas de vacunación y avances en cuanto a infraestructura sanitaria (5 y 6) en casi todos los municipios en cuanto a red de agua potable, saneamiento (tabla XI) y vertido de aguas residuales sobre todo a partir de la década de los 60. No obstante el nivel de estudios persiste generalmente bajo en todos los municipios, a excepción de Alhama donde se recoge el índice más elevado de estudios universitarios (7).

Comparando los valores de las tasas registrados en la comarca (Tabla XII y gráfica 2) con los de la Región (8 y 9), constatamos cómo siendo las tasas de la comarca superiores en el primer quinquenio en la comarca al final, en el último período (cuarto quinquenio) quedan un 40% por debajo de los valores regionales (siendo el descenso durante este tiempo de casi el 95% para la tasa de la comarca y de un 88% para la región).

Al pormenorizar por municipios, al evaluar el total de infecciosas (Tablas XIII y XIV, gráficas 3 y 4) observamos los descensos tan importantes de sus tasas, y como en Alcantarilla y en Mula aparecen tasas de 138,2 y 256,1 por cien mil nacido vivos respectivamente.

Como en casi todos los municipios más del 50% de las defunciones, se producen en el primer quinquenio y segundo, coincidiendo estos descensos de sus tasas específicas con las mejoras de infraestructuras sanitarias, aunque en Alcantarilla sus tasas (gráfica) quedan por encima de las comarcales en los correspondientes quinquenios. Quizá esto pueda explicarse, entre otros hechos, por las pocas mejoras realizadas en cuanto a infraestructura sanitaria (10) no paralelo al gran incremento poblacional del municipio (11). En Mula las tasas específicas finales son las mayores detectadas en la comarca.

En los demás municipios la evolución decreciente sigue la tónica comarcal no registrándose caso alguno en el cuarto quinquenio.

En cuanto a las enteritis (Tablas XV-XVI y gráfica 5) la evolución de sus tasas es muy importante en todos los municipios, siendo las tasas más importantes las correspondientes al primer quinquenio, sobre todo en Mula (867,8 por cien mil) seguida de Alcantarilla (631,1) y Alhama de Murcia (613,4 por cien mil nacidos vivos) y no apareciendo otros casos en el cuarto quinquenio.

Las meningitis (Tabla XVII) en menos proporción, se producen en Mula (Tasa de 192, 8) Pliego y Alcantarilla (438,5 y 45 por cien mil nacidos vivos respectivamente), apareciendo un caso en el cuarto quinquenio en el municipio de Mula dando una tasa de 85,3 por cien mil. También aquí han debido de influir hechos como el tratamiento con penicilina (12) y el evolucionar por ondas epidémicas, y explica la aparición de brotes no controlables inicialmente.

RESUMEN.

1.- El número de defunciones por patología infecciosa durante los 20 años en la Comarca de Mula ha pasado de 204 defunciones en el primer quinquenio (28% por enteritis y un 5% por meningitis) a 5 casos en el cuarto quinquenio (1 por meningitis).

La evolución de las tasas específicas sigue una línea claramente descendiente, representando el mismo, casi un 95% a lo largo de los 4 quinquenios. Desapareciendo las defunciones por enteritis, pues pasan del 2.075 por cien mil en el primer quinquenio al

Al 1965 en el cuarto.

2.- Comparadas las tasas específicas obtenidas en la Comarca de Pailón con respecto a la Región hemos constatado que si bien en el primer quinquenio estaban un 27% por encima, verifican un cruce en el tercer quinquenio, quedando al final por debajo de los valores de la región.

3.- Aunque en la primera década se introducen y producen mejoras socioeconómicas, infraestructura, mentalización de la población y saneamiento del medio, quedan otros aspectos aún por desarrollar y muchas tareas a realizar en materia de salud pública, en nuestra Región.

NOTAS.

1: Newlan, K. (11). Pág. 370.

2: Arbelo Curbelo, A. (2), pág. 475.

3: García Ruipérez, D. (5), pág. 186.

4: Arbelo Curbelo, A. (2), pág. 353.

5: Ramos Elvira, E. (14), pág. 31,34.

6: Navarro, C. (10), pág. 42.

7: García Ruipérez, D. (5), pág. 236.

8: Vivancos Torrejón, F. (21), pág. 37,44.

9: Victoria Conesa, J. (19)

10: Saturno Hernández, P.J. (17), pág. 11.

11: Bell Adell, C. (3), pág. 54.

1. Ramos Garcia, E. (14), pags. 31, 34.

BIBLIOGRAFIA.

1.- ALIAGA NATA, F. (1982). Evolución de la Mortalidad Infantil y Pre-escolar en el Municipio de Murcia. (1971-1980). Murcia Tesis de licenciatura.

2.- ARBELO CURBELO, A.; et ARBELO LOPEZ DE LETONA, A. (1980). Demografía Sanitaria Infantil. Madrid. Ed. Paz Montalvo.

3.- BEL ADELL, C. (1982). Población y recursos humanos de la Región de Murcia. Murcia. Ed. Regional de Murcia.

4.- FERRARA, F.A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J.M. (1972). Medicina de la Comunidad. Buenos Aires. Ed. Inter-Médica.

5.- GARCIA RUIPEREZ, D. (1984). Evolución de la Mortalidad Perinatal, Infantil y Preescolar en la Comarca de Mula. (1961-1980). Murcia. Tesis de Licenciatura.

6.- GARCIA SALOM, M. (1981). Evolución de la Mort. en la Inf. en la C. de la Vega Alta del Segura (1960-1980). Murcia. Tesis de licenciatura.

7.- LEON PELLICER, E. (1982). Evolución de la Mortalidad en la infancia en el Municipio de Murcia. (1961-1965). Murcia. Tesis de licenciatura.

8.- MAPA SANITARIO DE LA PROVINCIA DE MURCIA. (1970). Murcia. Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

9.- MURCIA MEROÑO, F. (1984). Evolución de la Mortalidad Infantil en el Municipio de Murcia. (1966-1970). Murcia. Tesis de licenciatura.

10.- NAVARRO, C. (1982). Situación epidemiológica de la infección meningocócica en la Región Murciana en 1981. Boletín de Salud de la Región Murciana. Abril II. 4.

11.- NEWLAND, K. (1982). La Mortalidad Infantil y la Salud de las sociedades. Foro Mundial de la Salud, 3, 369-372.

12.- O.M.S. (1972). Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud. Sexto informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra. Serv. de Inf. Téc. nº 600.

13.- PIEDROLA GIL, G. et al (1980). Medicina Preventiva y Sociedad Higiene y Sanidad ambiental. Madrid. Ed. Amaro.

14.- RAMOS GARCIA, E.; et al (1979). Estudio epidemiológico de la fiebre tifoidea en la Provincia de Murcia, de 1948 a 1975. Rev. San.

Hig. Púb... 53.

17.- SALLERAS SANMART, LL. (1980). Análisis de los Indicadores de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. Barcelona. Tesis Doctoral.

18.- SANCHEZ GALINDO, F. (1984). Comarcalización de la Región Murciana en función de áreas de influencia urbana y de servicios. Murcia. Tesis Doctoral.

19.- SATURNO HERNANDEZ, P.J. (1977). La Sanidad en la Comarca de la Huer- ta de Murcia. Comentarios a su Estructura. Murcia. Ediciones 23-27.

20.- SERGIO SEGARRA, A. (1972). Aspectos Sanitarios y sociales de la Mortalidad Infantil en Medicina Preventiva y Social. Tomo I. Ed. Litografía Everest. 941-1.1107.

21.- VICTORIA CONESA, J.: et al (1983). Evolución de la mortalidad en la infancia en la Comarca del Campo de Cartagena desde el año 1901 al año 1950. Boletín de Salud de la Región Murciana, 3, 114-115.

22.- VICENTE LOPEZ, J. (1983). Aspectos Sanitarios de las Comarcas de Ca- rrayaca de la Cruz, Mula, Lorca y del Bajo Guadalentín. Murcia. Tesis de Licenciatura.

23.- VIVANCOS TORREJON, F.; et al (1983). Evolución de la mortalidad en la infancia en la Región de Murcia y su Comarca del Noroeste. Desde 1961 a 1980. Vol. de Salud de la Región Murciana III, 37-44. Murcia.

TABLA I

AREA Y DISTRIBUCION DE TIPOS DE LA MISMA. SUPERFICIE EN KM² POBLACION DE REGISTRO AÑO 1960.
95, 1970, 1975, 1980.

	km ²	Censo 1960	Censo 1965	Censo 1970	Censo 1975	Censo 1980
Albareda	7.4	1.804	1.722	1.701	1.646	1.658
Alcantarilla	5.5	15.748	16.346	19.795	21.891	21.406
Alhama de Murcia	215.8	11.736	12.959	18.557	12.092	13.137
Campo del Río	47.9	2.155	2.007	2.012	2.008	2.046
Librilla	50.3	2.876	3.028	3.111	3.278	3.311
Mula	635.0	14.721	14.788	3.992	14.189	14.735
Pilego	29.1	3.409	3.233	3.402	3.504	3.377
TOTAL COMARCA	1.101.1	52.399	52.693	55.682	58.590	58.744

Fuentes: INE. Censos, años 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020.
I.N.E., Estadística 1980
Elaboración propia

TABLA II

COMARCA DE MULA, MUNICIPIOS DE LA MISMA. ESTRUCTURA DE LA POBLACION ACTIVA EN E SECTOR EL
TOTAL, AÑO 1975.

	AGRICULTURA	INDUSTRIA	CONSTRUCCION	SERVICIOS
Albareda	2.0	2.24	2.01	11.65
Alcantarilla	7.04	33.31	13.50	46.13
Alhama de Murcia	47.57	21.47	1.49	20.07
Campo del Río	57.43	25.25	6.11	11.21
Librilla	69.52	3.93	3.35	21.20
Mula	52.16	12.98	11.43	23.41
Pilego	75.23	2.14	8.46	14.17

FUENTE: I.N.E. Padrón de 1975. Elaboración propia

TABLA III

HAZOS VIVOS EN LA COMARCA DE MULA Y MUNICIPIOS DE LA MISMA. VALORES ABSOLUTOS POR QUINQUENIOS.
1961 - 1980.

	1º Quinquenio	2º Quinquenio	3º Quinquenio	4º Quinquenio	Total Municipio
Alcantarilla	143	142	177	153	585
Alcantarilla	7.715	5.254	2.624	1.417	7.933
Alhama de Murcia	1.111	1.205	1.107	1.212	4.665
Campo del Río	216	183	188	190	707
Librilla	311	282	275	317	1.238
Mula	617	1.081	1.114	1.171	4.424
Pilego	175	118	306	318	1.147
TOTAL COMARCA	5.942	5.566	5.544	6.751	23.803

FUENTE: Padrón de 1961-1980.
Elaboración propia

Tabla 2

MORTALIDAD POSTERIOR A LA EMERGENCIA DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD
Específicas y la mortalidad y mortalidad en 1961-1962

	F.A.	X
Mortalidad	37	11.9
Enfermedades	10	4.9
Mortalidad	137	11.9
Mortalidad	204	11.9
TOTAL	388	11.9

Tabla 3

MORTALIDAD POSTERIOR A LA EMERGENCIA DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD
Específicas y la mortalidad y mortalidad en 1961-1962

	F.A.	X	Tasas Específicas
Mortalidad	37	11.9	2.15
Enfermedades	10	4.9	1.06
Mortalidad	137	11.9	41.3
Mortalidad	204	11.9	1.15
TOTAL	388	11.9	

Tabla 4

MORTALIDAD POSTERIOR A LA EMERGENCIA DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD
Específicas y la mortalidad y mortalidad en 1961-1962

	F.A.	X	Tasas Específicas
Mortalidad	37	11.9	2.15
Enfermedades	10	4.9	1.06
Mortalidad	137	11.9	41.3
Mortalidad	204	11.9	1.15
TOTAL	388	11.9	

Tabla 5

MORTALIDAD POSTERIOR A LA EMERGENCIA DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD
Específicas y la mortalidad y mortalidad en 1961-1962

	F.A.	X	Tasas Específicas
Mortalidad	37	11.9	2.15
Enfermedades	10	4.9	1.06
Mortalidad	137	11.9	41.3
Mortalidad	204	11.9	1.15
TOTAL	388	11.9	

TABLA VIII

MORTALIDAD POSTNEONATAL. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR INFECCIONES, ENTERITIS Y NEUMONIAS, PORCENTUALES Y POR MUNICIPIO, COMARCA DE BULA (1965 - 1980).

MUNICIPIO	ENTERITIS		NEUMONIAS		TOTAL INFECCIONES	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Albudeite	-	-	-	-	4	1,16
Alcantarilla	72	30,6	2	20	83	60,6
Alhama de Murcia	10	17,5	2	20	3	5,2
Campo del Río	2	3,5	-	-	10	4,0
Librilla	1	1,4	-	-	-	1,4
Mula	16	28	4	40	49	1
Piñogo	6	10,5	2	20	18	0,8
Comarca	37	100	10	100	204	100

TABLA IX

EVOLUCION DE LA RENTA PRODUCIDA "PER CAPITA" Y NIVEL, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE BULA, AÑOS 1965 y 1981

MUNICIPIO	1965		1970		1975		1981	
	Nivel	Pta./Pop. 1000	Nivel	Pta./Pop. 1000	Nivel	Pta./Pop. 1000	Nivel	Pta./Pop. 1000
Albudeite	2	6.000	3	22.500	4	71.000	3	25.000
Alcantarilla	6	25.000	6	40.000	6	112.500	6	385.000
Alhama de Murcia	5	17.500	6	40.000	5	90.000	4	255.000
Campo del Río	3	17.500	5	32.500	5	90.000	3	215.000
Librilla	5	17.500	6	40.000	5	90.000	6	265.000
Mula	4	12.500	5	32.500	5	90.000	4	215.000
Piñogo	4	12.500	5	32.500	5	90.000	3	215.000

FUENTE: Anuarios BARETO del Banco España, Años 1963 a 1983.

TABLA X

NÚMERO DE MÉDICOS Y A.T.S., MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE BULA, TASA DE MÉDICOS POR EL HABITANTE, 1965, 1970, 1975 y 1980, A.T.S., POR MÉDICO, AÑO 1980.

MUNICIPIO	1970		1975		1980		1980	
	V.A.	Tasa Es. hab.	V.A.	Tasa Es. hab.	V.A.	Tasa Es. hab.	V.A.	A.T.S./Médico
Albudeite	1	0,26 ⁺	1	0,27	1	0,26	-	-
Alcantarilla ⁺⁺	5	0,25	7	0,31	7	0,28	3	0,42
Alhama de Murcia ⁺⁺⁺	3	0,25	5	0,41	5	0,36	2	0,4
Campo del Río	-	-	-	-	-	-	1	-
Librilla	1	0,32	1	0,30	- ⁺⁺⁺	0,56	1	0,5
Mula ⁺⁺⁺	-	0,28	4	0,28	5	0,33	3	0,6
Piñogo	1	0,29	1	0,28	1	0,29	1	1
Total comarca	15	0,27	19	0,32	20	0,31	11	0,55

⁺ Hacia 1984, comparte el mismo médico con C. del Río. La tasa se ha calculado, sobre la base de habitantes de los dos municipios.

⁺⁺ No se incluyen los médicos del Serv. Capa. de Urg. que se inauguró en febrero de 1972.

⁺⁺⁺ El 7º médico se incorpora en Septiembre de 1980.

⁺⁺⁺ No se incluyen los 3 médicos del S. Normal de Urgencia, que se inauguró en Junio de 1979, en los centros de Alhama y en Octubre de 1979 el de Mula, que cubre el municipio de Piñogo.

FUENTES: Datos facilitados por personal del INSALUD. Elaboración propia.

Tabla XII

NED DE SANEAMIENTO EN LOS DISTINTOS MUNICIPIOS DE LA COMUNIDAD DE VILA AÑO DE EVALUACIÓN PORCENTAJE DE RED 1981, PORCENTAJE POBLACION DOTADA DE RED, POBLACION Y SIN RED, C 1981, VENTIDO DEL AGUA

<u>MUNICIPIO</u>	<u>AÑO DE INSTALACION</u>	<u>% RED EN 1981</u>	<u>DESCUADRA</u>
Aloudeite	1970 y	100% en casas, 1 pedanía s.n red.	No fureta a.
Alcantarilla	1932-35	94 %	En proyecto.
Almeida de Burela	1952	45% en casa y 5 pedanía, no se enreda.	En casa, no en pedanía.
Campos del Río	1970	90% casas, Pedanía carecen.	En casa, no en pedanía.
Librilla	1962 y	100% casas, Resto, carece.	En casa, no en pedanía.
Rula	1965 y	100% Casas, Pueblo, Resto - carece.	No hay.
Pilego	1965 y	50 % casas.	Si hay.

Tabla XII

(Continuación)

<u>Municipio</u>	<u>EX-POBLACION DOTADA RED</u>	<u>POBLACION Y % SIN RED EN 1981</u>	<u>VENTIDO DEL AGUA</u>
Aloudeite	99,3	11 (0,70 %)	100 % al río en La Urbana, fonsa y pozos en pedanía.
Alcantarilla	94,0	(6,0 %)	30 % riego y 60 % río (sin depurar).
Almeida de Burela	94,7	1.968 (15,3 %)	100 % riego (depurado). Resto a riega.
Campos del Río	81,6	336 (17,4 %)	100 % depurado al río, Resto a Pozos o fonsa.
Librilla	91,7	201 (8,3 %)	100 % depurado, riego, Resto a Pozos o fonsa.
Rula	79,7	2.763 (20,3 %)	sin decurar al río en casa y Pueblo. Resto a pozos o fonsa.
Pilego	80,0	660 (70,0 %)	100 % domado, o riego.

FUENTES Datos facilitados por personal respectivos Ayuntamientos.

Clasificación de territorio y medio ambiente. Comidad Autónoma de Burela. 1984.
Elaboración propia.

Tabla XII

MORTALIDAD POSTNEONATAL, EVOLUCION DE LA TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD POR INFECCIONES, COMUNIDAD DE VILA, REGION, VALORES QUINCENALES (1987-1988)

	<u>COM. DE</u>	<u>REGION</u>
15 - quincenario	2.075,0	1.498,0
20 "	1.000,0	869,8
30 "	681,3	497,0
40 "	105,6	175,7

(Tasa: el - le - por cien al nacido vivo)

FUENTES: Aloudeite, P. (1982)
Vieira Conde, J. (1983)
Elaboración propia

TABLA XIII

MORTALIDAD POSTNEONATAL, EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR PATOLOGIA INFECCIOSA VALORES ABSOLUTOS, PORCENTUALES (DEL TOTAL DE QUINQUENIO) Y TASAS ESPECIFICAS, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE HUELVA (1961-1960)

MUNICIPIO	1º Q			2º Q			3º Q			4º Q		
	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.
Albudeite	2	1,74	1.276,9	-	-	-	2	0	1.574,0	-	-	-
Alcantarilla	48	41,74	2.164,1	25	42,37	1.094,5	0	12	395,2	40	38	120,2
Alhama	21	18,26	1.840,4	6	10,17	497,9	4	16	361,3	-	-	-
Campo del Río	7	6,07	3.240,7	3	5,00	1.639,3	-	-	-	-	-	-
Librilla	4	3,48	1.288,1	4	5,78	1.418,4	1	4	304,8	-	-	-
Huelva	22	19,13	2.121,5	17	28,81	1.571,1	7	2	611,8	3	60	266,1
Pilego	11	9,57	2.412,2	4	6,78	1.030,9	1	12	980,3	-	-	-
TOTAL QUINQ.	115	100		59	100		18	100		5	100	

TABLA XIV

MORTALIDAD POSTNEONATAL, EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR PATOLOGIA INFECCIOSA VALORES ABSOLUTOS, PORCENTUALES (POR MUNICIPIO) Y TASAS ESPECIFICAS, QUINQUENALES, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE HUELVA (1961-1960)

MUNICIPIOS	1º Q			2º Q			3º Q			4º Q		
	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.
Albudeite	2	50	1.276,9	-	-	-	2	80	1.574,0	-	-	-
Alcantarilla	48	57,83	2.164,1	25	30,17	1.094,5	0	9,84	395,2	2	2,41	120,2
Alhama	21	57,74	1.840,4	6	19,35	497,9	4	12,9	361,3	-	-	-
Campo del Río	7	70	3.240,7	3	30	1.639,3	-	-	-	-	-	-
Librilla	4	44,44	1.288,1	4	44,44	1.418,4	1	11,11	304,8	-	-	-
Huelva	22	44,9	2.121,5	17	34,69	1.571,1	7	14,29	611,8	3	6,12	266,1
Pilego	11	61,11	2.412,2	4	22,22	1.030,9	3	16,87	980,3	-	-	-

TABLA XV

MORTALIDAD POSTNEONATAL, EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR ENTERITIS, VALORES ABSOLUTOS, PORCENTUALES (DEL TOTAL DEL QUINQUENIO) Y TASAS ESPECIFICAS, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE HUELVA (1961-1960)

MUNICIPIOS	1º QUINQUENIO			2º QUINQUENIO			3º QUINQUENIO			4º QUINQUENIO		
	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.	V.A.	%	T.E.
Albudeite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcantarilla	14	37,8	431,1	7	41,2	306,0	1	33,3	69,4	-	-	-
Alhama de Murcia	7	18,9	613,4	3	17,6	248,9	-	-	-	-	-	-
Campo del Río	1	2,7	462,9	1	5,9	546,4	-	-	-	-	-	-
Librilla	-	-	-	1	5,9	354,8	-	-	-	-	-	-
Huelva	9	24,3	867,8	5	29,4	462,1	2	26,7	174,0	-	-	-
Pilego	6	16,2	1.315,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	37	100		17	100		3	100				

TABLA XVI

MORTALIDAD POSTNATAL: EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR EPILEPSIAS, VALORES ABSOLUTOS PORCENTUAL POR MUNICIPIO Y TASAS ESPECIFICAS, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE BILBAO, (1961-1968).

MUNICIPIOS	1º QUINQUENIO			2º QUINQUENIO			3º QUINQUENIO			4º QUINQUENIO		
	N.A.	%	T.E.	N.A.	%	T.E.	N.A.	%	T.E.	N.A.	%	T.E.
Albaredo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcanizilla	74	63,6	631,1	7	31,8	306,4	1	4,8	10,4	-	-	-
Alhama de Murcia	7	10	613,4	1	20	240,9	-	-	-	-	-	-
Campo del Río	1	60	662,0	1	80	966,4	-	-	-	-	-	-
Librilla	-	-	-	1	100	384,6	-	-	-	-	-	-
Mula	9	86,3	107,8	5	31,2	462,1	2	12,5	174,8	-	-	-
Pilego	6	100	1.315,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA XVII

MORTALIDAD POSTNATAL: EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR EPILEPSIAS, VALORES ABSOLUTOS Y TASAS ESPECIFICAS, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE BILBAO, (1961-1968).

MUNICIPIOS	1º QUINQUENIO		2º QUINQUENIO		3º QUINQUENIO		4º QUINQUENIO	
	N.A.	T.E.	N.A.	T.E.	N.A.	T.E.	N.A.	T.E.
Albaredo	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcanizilla	1	45	1	61,7	-	-	-	-
Alhama de Murcia	-	-	-	-	-	-	-	-
Campo del Río	-	-	-	-	-	-	-	-
Librilla	-	-	-	-	-	-	-	-
Mula	4	142,0	1	97,4	-	-	1	80,
Pilego	2	438,5	-	-	-	-	-	-

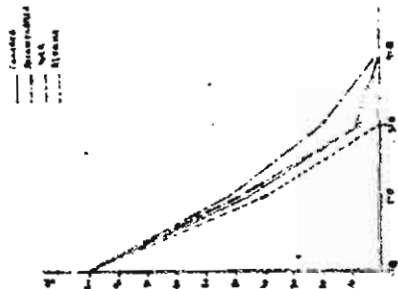
MAPA 1
CONARCA DE NOLA

1. A. BURETE
2. ALCANARILLA
3. ALMANA DE MARCHA
4. CAMPA DEL RIO
5. SIERRA
6. NOLA
7. PLIEGO



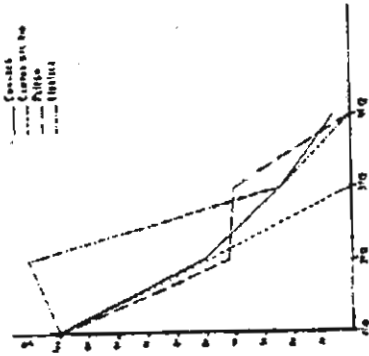
GRAFICA 5

RELACIONES MATEMATICAS, PRODUCCION PERCENTUAL
DE LAS TIENDAS ESPECIFICAS POR ENTEROS, CONARCA
DE NOLA Y MUNICIPIO DE ALCANARILLA, NOLA Y
MARCHA DE MARCHA. (1961-1966).



GRAFICA 4

RELACIONES MATEMATICAS, PRODUCCION PORCENTUAL, OTRAS TIENDAS
ESPECIFICAS POR ENTEROS, CONARCA DE NOLA Y MUNICIPIO DE
CAMPA DEL RIO, SIERRA Y PLIEGO. (1961-1966).



EVOLUCION DE LAS DEFUNCIONES POR ENTERITIS, MENINGITIS Y PATOLOGIA INFECCIOSA EN GENERAL EN LA MORTALIDAD POSTNEONATAL. MUNICIPIO DE MURCIA. 1961-1980.

Aliaga Matas, M.F.; García Ruipérez, D.; León Pellicer, E.; García Salón, M.; San Eustaquio Tudanca, F. de
Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

INTRODUCCION.

La Planificación Sanitaria constituye uno de los objetivos básicos a desarrollar por la Salud Pública, objetivo que debe apoyarse en las investigaciones racionales que nos proporcionan una serie de variables como son entre otras, las estadísticas vitales, los estudios de morbilidad, la demografía, etc. En resumen, se basa en lo que se denomina diagnóstico de salud de la comunidad.

La mortalidad infantil era hasta hace poco uno de los indicadores más sensibles y con más alta correlación con la situación socioeconómica, cultural y sanitaria de un país.

En la actualidad, la mortalidad infantil ha experimentado un considerable descenso en nuestro medio, siendo la disminución más significativa la experimentada por la subnormalidad Postneonatal (fallecidos entre los veintiocho días y los once meses cumplidos, por mil nacidos vivos), debido a que ésta es la más influenciada por la modificación de los factores etiológicos infecciosos y nutricionales, en definitiva, por el desarrollo socioeconómico y los avances terapéuticos de la medicina en los últimos años.

En relación con la patología infecciosa, las rubricas causantes del mayor número de defunciones son las enfermedades agudas del aparato respiratorio, seguidas de las enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades del sistema nervioso.

Por tanto, los objetivos que nos planteamos con este trabajo son:

- Conocer las tasas específicas de mortalidad por patología

infecciosa en la subnormalidad postneonatal en el municipio de Murcia, siguiendo su evolución a través de los años comprendidos entre 1961-1980, distribuidos en quinquenios (1961-65, 1966-70, 1971-75, 1976-80).

- Conocer las tasas específicas de mortalidad por enteritis, y meningitis en el mismo período de tiempo.

- Tratar de correlacionar dichas tasas con los factores de saneamiento ambiental y sanitario-asistenciales, a fin de explicar la evolución de dichas tasas a lo largo del tiempo.

Para este estudio se ha dividido el municipio de Murcia en Casco urbano y Pedanías, pues al ser dos medios bien diferenciados, tanto social como culturalmente y en condiciones de infraestructura sanitaria (1), pensamos que estos factores pueden repercutir en las tasas específicas por patología infecciosa que obtengamos.

MATERIAL Y METODO.

1. Ambito geográfico.

Está integrado por el municipio de Murcia, con 936,2 km² de superficie, que engloba por un lado, a la capacidad de la Región y por otro, a toda una serie de pedanías, de las cuales la mayoría pertenecen a la comarca de la Huerta de Murcia y sólo unas pocas al Campo. (Mapa 1).

2. Fuentes de datos.

Se ha recurrido a los libros de registro de defunciones y legajos de las mismas, del Registro Civil de Murcia, en sus tres secciones, A, B y C, de los cuales se han extraído, entre otros, los datos que hacen referencia a las fechas de nacimiento y defunción, edad, domicilio y causa de la defunción, diferenciando claramente a los fallecidos por patología infecciosa y dentro de éstos, separando las defunciones por patología infecciosa digestiva y las meningitis.

También se han utilizado para obtener la cifra de nacidos vivos en las pedanías, los libros de registro de bautismo de las 64 parroquias de las mismas.

3. Grupo de edad estudiado.

El grupo de edad objeto del estudio es el Postneonatal, o de las defunciones producidas entre los 28 días y los 11 meses cumplidos, ambos inclusive.

Se ha seleccionado este grupo de edad porque es en donde más inciden las mejoras en infraestructura sanitaria y en el nivel de vida, al ser más sensible a factores de tipo exógeno. De este modo, resulta el grupo de edad donde mejor se puede estudiar la evolución de la mortalidad por patología infecciosa, sin que se vea interferida de manera importante por otras patologías.

4. Fuentes secundarias de datos.

Se han consultado, entre otras, las siguientes:

- Anuarios estadísticos de España.
- Anuarios Banesto del Mercado Español, desde los años 1966 a 1981.
- Aspectos estructurales de la Sanidad en la Comarca de la Huerta de Murcia. 1960-1975, del Dr. D. P.J. Saturno Hernández.
- Censos de la población de España de 1960 y 1970.
- Cuadernos de territorio y medio ambiente. Consejería de Política Territorial e Infraestructura. 1982 y 1984.
- Renta Nacional de España y su distribución provincial. 1955-1975.
- Situación actual y perspectivas de desarrollo de Murcia. Tomo III de la Confederación Española de Cajas de Ahorro.

5. Método.

Se ha hecho una primera distribución de frecuencias de todos los casos recogidos según las variables:

- Edad, Agrupando a los comprendidos entre los 28 días y 11 meses cumplidos, para formar el grupo Postneonatal.
- Domicilio, separando a los domiciliados en
 - . Casco urbano
 - . Pedanías
 - . Total del municipio.

Para cada grupo de domicilios se hizo una distribución

según las defunciones fuesen por Meningitis, Enteritis y por el total de Infecciosas.

6. Cálculo de las tasas específicas.

Las tasas se han calculado para el grupo de edad señalado anteriormente, con las defunciones por cada uno de los grupos de causas (enteritis, meningitis y todas las infecciosas en general), por cien mil nacidos vivos.

RESULTADOS Y DISCUSION.

1. En los 20 años que comprende este estudio, se han producido en el municipio de Murcia, 971 defunciones por causas infecciosas en la edad Postneonatal, de las cuales, 60 fallecimientos (6,1%) están producidos por Meningitis y 197 casos (20,2%), por Enteritis. (Tabla 1).

2. Tasas específicas de mortalidad por patología infecciosa en general.

En el quinquenio inicial (1961-65), se produce 461 defunciones por patología infecciosa, que suponen más del 70% de las defunciones de ese grupo de edad, siendo 50 las defunciones en el último quinquenio (donde suponen un 43%), representando un descenso del 89% del primero al último quinquenio (Tabla 2).

A pesar de que la mortalidad en el grupo Postneonatal se debe sobre todo a causas infecciosas, los valores de la tasa específica disminuyen en el municipio de Murcia, pues de producir en el primer quinquenio una tasa de 1.355,6 por cien mil nacidos vivos, pasa a una tasa de 43,5 por cien mil en el último, suponiendo este valor un descenso de la misma del 96,8% con respecto al primer quinquenio. (Tabla 3, gráficas 1 y 4).

Los trabajos realizados sobre la mortalidad infantil por Arbelo Curbelo, Domínguez Carmona, Salleras Sanmartí, etc., demuestran que las tasas de mortalidad postneonatal descienden sobre todo debido a la disminución que se produce en las defunciones por patología infecciosa, adquiriendo cada vez mayor importancia las defunciones

por causas congénitas y perinatales y las ocasionada por causas mal definidas (2).

Esta disminución de las causas infecciosas está propiciada por el aumento del nivel de vida, lo que conlleva a una mejor infraestructura sanitaria (redes de agua potable y alcantarillado), factores éstos de la mayor importancia, a los cuales se añaden las mejoras de la medicina asistencial, aunque éste tenga menor importancia, elementos todos ellos que logran corregir con una cierta facilidad la mortalidad por causas exógenas, sobre todo las infecciosas, mientras que apenas tienen incidencia en la disminución de las causas endógenas.

En el inicio del período de tiempo que estamos estudiando, las causas infecciosas tienen en España mucha importancia, al igual que en el municipio de Murcia, aunque éstas, como hemos visto, han experimentado un marcado descenso a lo largo del tiempo, que puede ser relacionado con las mejoras producidas en infraestructura sanitaria. en dicho municipio, en donde en el año 1960, sólo el 33,9% de la población disponía de abastecimiento de agua potable, y en el año 1982 ya alcanza casi al 91% de la población (Tabla 7). Del mismo modo, la red de alcantarillado ha aumentado en este período, desde un 33,3% en 1960 a un 86,9% en el año 1982 (Tabla 8). E igual ocurre con la tasa de médicos en el municipio, que ha ido en aumento a lo largo de los años, siendo ésta superior siempre a la tasa de la Región (Tabla 9).

En el Casco Urbano de Murcia, se observan unas tasas específicas de mortalidad por infecciosas muy inferiores a las obtenidas para el municipio, en los dos primeros quinquenios (744,1 y 493,5 por cien mil respectivamente), para ser similares en los dos últimos quinquenios, e incluso hacerse ligeramente superiores en el último (61,3 por cien mil, frente a una tasa municipal de 43,5), si bien en conjunto, el descenso global experimentado ha sido del 92%. (Tabla 3), descenso que es ligeramente inferior al experimentado por las pedanías (Gráfica 1). Todo lo cual parece indicar que los desequilibrios en cuanto a saneamiento ambiental existentes entre pedanías y casco urbano, en los inicios del estudio, se van subsanando

con el paso del tiempo (3).

En las Pedanías (Tabla 3), ocurre lo contrario que en la ciudad, es decir, las tasas de mortalidad por patología infecciosa en los dos quinquenios iniciales son superiores a la media del municipio, con valores de 1.789,2 y 1.094,7 por cien mil, muy superiores a las del Casco Urbano, para hacerse similares y ligeramente inferiores ya en el último quinquenio, con un valor de 34 por cien mil, experimentando un descenso global del 98,1%. (Gráficas 1 y 6).

3. Tasas específicas de mortalidad por meningitis.

En el municipio de Murcia, también las tasas ocasionadas por las meningitis han evolucionado hacia el descenso (Tabla 4), desde una tasa específica de 117,6 por cien mil a un 0,86 por cien mil en el último quinquenio, siendo este descenso del 99%. (Gráficas 2 y 4).

Similar ha sido la evolución seguida por el Casco Urbano (Tabla 4), si bien los valores de las tasas son siempre inferiores a los que encontramos en el conjunto municipal y en las pedanías, además de no tener ningún fallecimiento por esta causa en el último quinquenio del estudio, con un descenso porcentual similar al municipio, aunque ligeramente inferior desde el 3º quinquenio respecto del primero, del 97,8%. (Gráficas 2 y 5).

En las Pedanías, como siempre, se cumple que las tasas presentan valores superiores a los del municipio y casco urbano (Tabla 4), con un descenso muy marcado, del 99%, a lo largo de este período, similar al que se produce en el municipio en conjunto. Este descenso tan importante se produce a pesar de caer de lleno los dos últimos quinquenios dentro de la onda epidémica que comenzó en 1972 y tuvo su pico de máxima incidencia en 1979 (4), lo que evidencia también lo beneficiosos que han sido los avances terapéuticos de la medicina en los últimos años, en relación con las enfermedades infecciosas (5). (Gráficas 2 y 6).

4. lasas específicas de mortalidad por enteritis.

Los valores de las tasas ocasionados por las enteritis (que evolucionan también hacia el descenso), son siempre superiores a los que ocasionan las meningitis, ya que su disminución está en relación, de forma más clara, con una serie de factores de tipo alimentario, de higiene individual y del medio, así como del desarrollo socioeconómico, etc. Por el contrario, las meningitis evolucionan por ondas magnéticas difícilmente controlables a priori.

En el municipio de Murcia, (Tabla 5), la tasa experimenta un descenso porcentual del 95% (Gráficas 3 y 4), pasando de un 755,7 en el primer quinquenio a un 5,2 por cien mil en el cuarto.

En el Casco Urbano, (Tabla 5), a pesar de que las tasas presentan valores siempre inferiores a los del municipio y pedanías en los dos primeros quinquenios, paradójicamente en los dos últimos son ligeramente superiores, y aunque su descenso es marcado y similar en ambos, es ligeramente inferior, de un 90,5% entre el primero y el último quinquenio (Gráficas 3 y 5).

Por el contrario en las Pedanías (Tabla 5), que parten siempre con tasas superiores a las del municipio y casco urbano, en los dos últimos quinquenios sus valores son inferiores (10,4 y 4,2 por cien mil, respectivamente), siendo su descenso ligeramente superior al del casco urbano, un 94%, e igual al municipal.

Es muy probable que en este importante descenso hayan inferido de manera positiva las importantes mejoras que en materia de infraestructura sanitaria se han venido produciendo en las pedanías, sobre todo en las de la huerta, durante los últimos diez años, como ya señalábamos con anterioridad.

De manera que podemos afirmar que si tradicionalmente se han venido distinguiendo tres peligros para los menores de un año de edad: el infeccioso, el alimentario y el congénito, la mortalidad a lo largo del tiempo, debida a cada uno de ellos ha manifestado una sensible variación: de forma que si hace unos 20 años, la mortalidad se debía mayoritariamente al peligro infeccioso y el grupo Postneonatal era el más afectado, en la actualidad ha pasado a producirse sobre

todo por causas de origen congénito y afecta mayoritariamente a la mortalidad que se produce en la primera semana de la vida, lo cual pone de manifiesto que cuando mejora la infraestructura y la asistencia sanitaria, en definitiva, aumenta el nivel socioeconómico, la mortalidad por causas infecciosas desciende.

CONCLUSIONES.

PRIMERA. En los 20 años que comprende este estudio, se han producido en el municipio de Murcia 971 defunciones por causas infecciosas en la edad Postneonatal, de las cuales, 60 se producen por meningitis (6,1%) y 197 por enteritis (20%).

En el quinquenio inicial se producen 461 defunciones por enfermedades infecciosas y 50 en el último, lo que significa un descenso de los valores absolutos del 89%

SEGUNDA. Dentro del grupo de subnormalidad Postneonatal, las defunciones por causas infecciosas experimentan un marcado descenso en el período que se analiza dentro del municipio de Murcia, pasando la tasa de 1.355,6 por cien mil nacidos vivos en el primer quinquenio, a un 43,5 por cien mil en el último, descendiendo la tasa un 96,8%. Dentro de éstas, las MENINGITIS también se muestran descendentes: se pasa de una tasa de 117,6 por cien mil a 0,86 por cien mil nacidos vivos en el último quinquenio, con un descenso global del 99% entre ambos períodos. Por último, las ENTERITIS siguen el mismo proceso descendente, evolucionando su tasa desde 258,7 por cien mil en el primer quinquenio a un 5,2 por cien mil en el cuarto, registrándose por tanto un descenso del 98%.

Es sin duda la infraestructura sanitaria (agua potable y alcantarillado) y el nivel de vida alcanzado, lo que ha propiciado la disminución de defunciones por causas infecciosas, junto con factores que lo favorecen, como son la mejora de asistencia sanitaria y los avances terapéuticos, aunque según algunos autores, ésta última contribuye en menor medida. Del estado en cómo se encuentren estos factores van a depender las tasas específicas por infecciosas que obtengamos, de ahí que haya diferencias marcadas en las tasas encontradas en

el casco urbano y pedanías en los dos primeros quinquenios de este estudio, pues mientras en el primero de los medios existe un mínimo de infraestructura sanitaria (cuanta con red de agua potable y alcantarillado, aunque no con depuración de aguas residuales), las pedanías carecen de la más mínima infraestructura sanitaria (sólo unas pocas poseen agua potable, pero no poseen red de alcantarillado) en el inicio de este período. Con el paso del tiempo, sobre todo en la década de los 70, la mejora de pedanías se hizo notar, de ahí que ya en estos últimos diez años, pueda ser que debido a esta causa, las tasas de ambos medios se hayan ido acercando y en algunos casos se hayan invertido, resultando el casco urbano en el último quinquenio con alguna tasa ligeramente superior a la de pedanías.

TERCERA. En el casco urbano se obtienen unas tasas específicas de mortalidad por infecciosas muy inferiores a las obtenidas para el municipio en los dos primeros quinquenios, para ser similares en los dos últimos, e incluso ligeramente superiores en el último, si bien su descenso también se muy marcado, un 92%. La evolución experimentada por las enteritis y meningitis es similar a la descrita para el total de infecciosas.

CUARTA. En las pedanías ocurre lo contrario que en la ciudad, es decir, las tasas de defunción por infecciosas encontradas en los dos quinquenios iniciales, son superiores a las del municipio y muy superiores en relación al casco urbano, para hacerse similares y ligeramente inferiores ya en el último quinquenio: el descenso que experimentan, también es mayor que en la ciudad, un 95,1%. Evolución paralela ocurre en el caso de las enteritis y meningitis.

NOTAS.

- 1: SATURNO HERNANDEZ, P.J.; (17), pág. 6.
- 2: SALLERAS SANMARTI, LL. (15), pág. 709
- 3: SATURNO HERNANDEZ, P.L. (17), Tabla XI.
- 4: NAVARRO, C.; (10), pág. 1.

5: PEREZ MARTIN, M.V.; RABADAN ASENSIO, A.; pág. 10.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ALIAGA MATAS, M.F. (1982). Evolución de la Mortalidad Infantil y Preescolar en el Municipio de Murcia. (1971-1980). Murcia. Tesis de Licenciatura.
- 2.- ARBELO CURBELO, A.; et al. (1980). Demografía Sanitaria Infantil. Madrid. Ed. Paz Montalvo.
- 3.- BEL ADELL, C. (1982). Población y recursos humanos de la Región de Murcia. Murcia. Ed. Regional de Murcia.
- 4.- CUADERNOS DE TERRITORIO Y MEDIO AMBIENTE (1984). Déficit sobre equipamiento de los servicios en los distintos municipios y pedanías de la provincia de Murcia. Murcia. Ed. Consejería de Política e Infraestructura Territorial.
- 5.- FERRARA, F.A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J.M. (1972). Medicina de la Comunidad. Buenos Aires. Ed. Inter-Médica.
- 6.- GARCIA RUIPEREZ, D. (1984). Evolución de la Mortalidad Perinatal, Infantil y Preescolar en la Comarca de Mula. (1961-1980). Tesis de Licenciatura. Murcia.
- 7.- LEON PELLICER, E. (1982). Evolución de la Mortalidad en la Infancia en el Municipio de Murcia. (1961-1961). Murcia. Tesis de Licenciatura.
- 8.- MAPA SANITARIO DE LA PROVINCIA DE MURCIA. (1979). Murcia. Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- 9.- MURCIA MERONÓ, F. (1984). Evolución de la Mortalidad en la Infancia en el Municipio de Murcia. (1966-1970). Murcia. Tesis de Licenciatura.
- 10.- NAVARRO, C. (1982). Situación epidemiológica de la infección meningocócica en la Región Murciana en 1981. Boletín de Salud de la Región Murciana. Abril II. 4.
- 11.- NEWLAND, K. (1982). La mortalidad infantil y la Salud de las sociedades. Foro Mundial de la Salud. 3, 369-372.
- 12.- O.M.S. (1972). Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud. Sexto informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra. Serv. de Inf. Téc. nº 600.
- 13.- PIEDROLA GIL, G.; et al. (1980). Medicina Preventiva y Sociedad, Higiene y Sanidad ambiental. Madrid. Ed. Amaro.
- 14.- RAMOS GARCIA, E.; et al. (1979). Estudio epidemiológico de la

Fiebre tifoidea en la provincia de Murcia. de 1945 a 1975. Rev. San. Hig. Pú., 53.

15.- SALLERAS SANMARTI, LL. (1980). Análisis de los indicadores de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. Barcelona. Tesis Doctoral.

16.- SANCHEZ GALINDO, F. (1984). Comercialización de la Región Murciana en función de áreas de influencia urbana y servicios. Murcia. Tesis Doctoral.

17.- SATURNO HERNANDEZ, P.J. (1977). La sanidad en la Comarca de la Huerta de Murcia. Comentarios a su estructura. Murcia. Ediciones 23-27.

18.- SERICO SEGARRA, A. (1972). Aspectos Sanitarios y sociales de la Mortalidad Infantil en Medicina Preventiva y Social. Tomo I. Ed. Litografía Everest. 041-1.100.

19.- VICTORIA CONESA, J.; et al. (1983). Evolución de la mortalidad en la Infancia en la Comarca del Campo de Cartagena desde el año 1961 al año 1980. Boletín de Salud de la Región Murciana, 3, 114-115.

TABLA 1

DEFUNCIONES POR PATOLOGIA INFECCIOSA, ENTERITIS Y MENINGITIS EN LA MORTALIDAD POSTNEONATAL, MUNICIPIO DE MURCIA, CASCO URBANO Y PEDANÍAS. VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES. CENSALES (1981-1982)

	ENTERITIS		MENINGITIS		TOTAL INFECCIOSAS	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
CASCO URBANO	54	21.0	17	6.8	71*	100
PEDANÍAS	143	20.0	43	6.0	186	100
TOTAL MUNICIPIO	197	20.0	60	6.0	257	100

TABLA 2

MORTALIDAD POSTNEONATAL. EVOLUCIÓN DE LAS DEFUNCIONES POR CAUSA INFECCIOSA, MENINGITIS Y ENTERITIS. MUNICIPIO DE MURCIA. VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES. QUINQUENALES (1981-1982)

	MENINGITIS		ENTERITIS		INFECCIOSAS	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
PRIMER QUINQUENIO	40	8.4	55	19.0	481	100
SEGUNDO QUINQUENIO	51	3.0	75	24.8	304	100
TERCER QUINQUENIO	8	1.1	25	17.9	156	100
CUARTO QUINQUENIO	7	2.0	8	12.0	50	100
TOTAL	66	6.1	167	20.2	991	100

TABLA 3

MORTALIDAD POSTNEONATAL. EVOLUCIÓN DE LA TASA ESPECÍFICA DE DEFUNCIÓN POR CAUSAS INFECCIOSAS. VALORES QUINQUENALES. MUNICIPIO DE MURCIA, CASCO URBANO Y PEDANÍAS (1981-1982)

	MUNICIPIO		CASCO URBANO		PEDANÍAS	
	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.
PRIMER QUINQUENIO	407	1.353.6	103	744.1	336	1.789.2
SEGUNDO QUINQUENIO	374	846.5	77	492.5	231	1.094.7
TERCER QUINQUENIO	156	67.2	40	56.6	96	65.0
CUARTO QUINQUENIO	97	43.5	19	61.3	51	34.0

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos

TABLA 4

MORTALIDAD POSTNATAL. EVOLUCION DE LA TASA ESPECIFICA DE MORTALIDAD POR MENINGITIS.
VALORES QUINQUENALES. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO Y PEDANIAS. (1961-1980).

	MUNICIPIO		CASCO URBANO		PEDANIAS	
	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.
PRIMER QUINQUENIO	40	117,6	12	83,0	28	140,7
SEGUNDO QUINQUENIO	11	30,4	3	20,3	8	37,9
TERCER QUINQUENIO	6	3,0	2	1,4	4	3,9
CUARTO QUINQUENIO	1	0,8	-	-	1	1,2

Tasas específicas calculadas por cien mil nacidos vivos.

TABLA 5

MORTALIDAD POSTNATAL. EVOLUCION DE LA TASA ESPECIFICA DE DEFUNCION POR ENTERITIS.
VALORES QUINQUENALES. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO Y CONJUNTO DE PEDANIAS. --
(1961-1980).

	MUNICIPIO		CASCO URBANO		PEDANIAS	
	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.
PRIMER QUINQUENIO	88	258,7	26	184,2	62	311,0
SEGUNDO QUINQUENIO	75	208,9	14	94,6	61	289,1
TERCER QUINQUENIO	28	10,8	12	11,3	16	10,4
CUARTO QUINQUENIO	6	5,2	2	0,4	4	4,8

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos.

TABLA 6

NACIDOS VIVOS. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO Y PEDANIAS. VALORES QUINQUENALES.
(1961-1980).

	MUNICIPIO	CASCO URBANO	PEDANIAS
PRIMER QUINQUENIO	54.008	14.111	19.897
SEGUNDO QUINQUENIO	55.895	14.793	21.102
TERCER QUINQUENIO	35.963	15.215	20.750
CUARTO QUINQUENIO	30.547	10.573	19.974

Fuente: I.N.E.

Libros registro bautismos parroquiales.
Elaboración propia.

Tabla 7

ABASTECIMIENTO DE AGUA. 1 DE POBLACION RESIDENTE EN EL MUNICIPIO DE MUCIA CON ED (1960-1982).

ANO	%	INCREMENTO RESPECTO AL QUINQUENIO ANTERIOR
1960	38,9	--
1965	43,1	16,79
1970	58,9	36,38
1975	69,1	49,49
1982	90,9	2,96

Fuente: Severino Hernández, P.J. (1977)
Cuadernos de territorio y medio ambiente. Consejería de Política Territorial e Infraestructura. (1982).
Elaboración propia.

Tabla 8

SANEAMIENTO. 1 DE POBLACION RESIDENTE EN EL MUNICIPIO CON ED DE ALCANTARILLADO, 1960-1982.

ANO	%	INCREMENTO RESPECTO AL QUINQUENIO ANTERIOR
1960	33,3	--
1965	33,3	9
1970	41,5	25,82
1975	77,9	68,91
1982	86,9	71,4

Fuente: Severino Hernández, P.J. (1977)
Cuadernos de territorio y medio ambiente. Consejería de Política Territorial e Infraestructura. (1982).
Elaboración propia.

Tabla 9

NÚMERO DE MÉDICOS EN EL MUNICIPIO DE MUCIA Y EN LA REGIÓN. VALOR ABSOLUTO, TASA POR MIL HABITANTES Y VALOR PORCENTUAL EN RELACION A LA REGIÓN. 1960-1974.

ANO	MUNICIPIO			REGION		
	V.A.	Tasa	%	V.A.	Tasa	%
1960	259	1,04	39,9	449	0,8	100,0
1965	305	1,22	41,8	730	0,9	100,0
1970	395	1,62	46,4	852	1,02	100,0
1974	517	2,12	48,8	1.059	1,2	100,0

Fuente: Severino Hernández, P.J. (1977)
Elaboración propia.

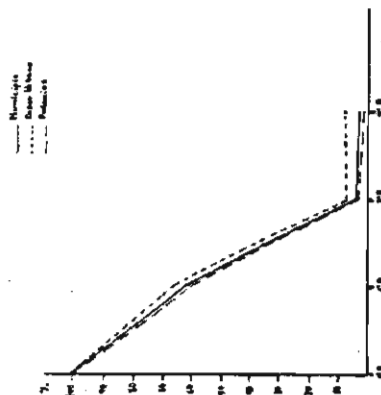
Mapa 1

Municipio de Nogales



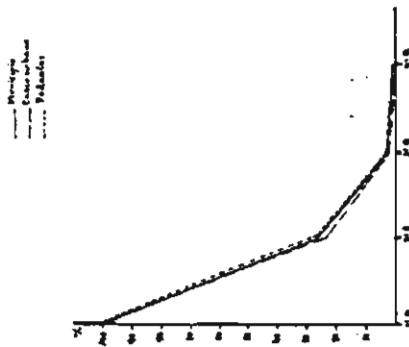
Gráfica 4

MEASUREMENTS. DISPERSED PERCENTAGE OF THE DATA
SPECIFIC TO QUALITY OF THE RESULTS. VALUES CONSIDERED
NOTICEABLE, CALIBRATION AND RESULTS. 1961-1962



Gráfica 2

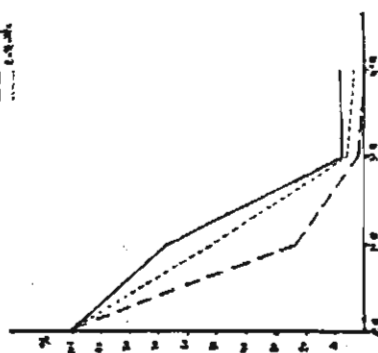
MEASUREMENTS. DISPERSED PERCENTAGE OF THE DATA
SPECIFIC TO QUALITY OF THE RESULTS. VALUES CONSIDERED
NOTICEABLE, CALIBRATION AND RESULTS. 1961-1962



GRATICA 5

REZULTATUL INTEGRALIZĂRII, DERIVATELE SPECIFICE LA LOG
 TRECUT ÎNTR-UN PUNCT DE ÎNTRERĂDĂRIRE, ÎNTRERĂDĂRIRE
 ÎNTRERĂDĂRIRE, ÎNTRERĂDĂRIRE ÎNTRERĂDĂRIRE.

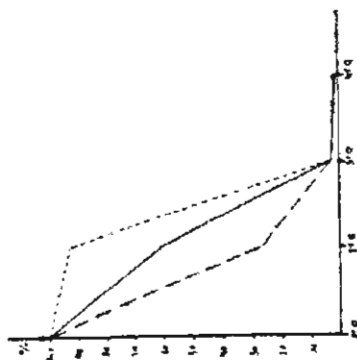
— Rezultat
 — Derivata
 — Derivata



GRATICA 6

REZULTATUL INTEGRALIZĂRII, DERIVATELE SPECIFICE LA LOG
 TRECUT ÎNTR-UN PUNCT DE ÎNTRERĂDĂRIRE, ÎNTRERĂDĂRIRE
 ÎNTRERĂDĂRIRE, ÎNTRERĂDĂRIRE ÎNTRERĂDĂRIRE.

— Rezultat
 — Derivata
 — Derivata



EVOLUCION DE LAS DEFUNCIONES POR PATOLOGIA INFECCIOSA; ENTERITIS Y MENINGITIS EN LA MORTALIDAD PREESCOLAR. COMARCA DE MULA. 1961-1980

García Ruipérez, D.; Aliaga, M.F.; González, A.; San Eustaquio, F.
Departamento de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Univ. Murcia.

INTRODUCCION

Para detectar el nivel de salud de una población es fundamental conocer los factores que están incidiendo en su morbilidad y mortalidad. En nuestro medio todavía son eficaces los indicadores de mortalidad infantil para conocer dicho nivel de salud, siendo de vital importancia su investigación para el desarrollo de la salud pública, en una correcta planificación sanitaria de promoción y prevención.

Como las tasas de mortalidad infantil, y sobre todo del subgrupo de mortalidad Postneonatal (o de los niños comprendidos entre los 28 días y los 11 meses cumplidos), han descendido en nuestro país (1) en nuestra Región (2) y (3) y en la comarca (4) que vamos a estudiar, sobre todo a expensas del descenso sufrido por la patología infecciosa, sin olvidar que los factores que influyen en esas fluctuaciones, son sobre todo los exógenos (sociales, sanitarios, educacionales, de infraestructura, etc.), han mejorado en gran medida en las últimas décadas en nuestro medio, será nuestra labor comprobar si dicho descenso se verifica también en el grupo de edad preescolar (1 año a 4 años) en esta comarca. Así como detectar si son los mismos u otros los factores que están determinando la evolución de la mortalidad en este grupo de edad.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas, los objetivos a conseguir son:

- 1.- Conocimiento del número de defunciones y su evolución, producidas por patología infecciosa y dentro de estos, sobre todo los procesos infecciosos digestivos (enteritis), junto a las enfermedades del sistema nervioso (meningitis, encefalitis, etc.), en la edad Preescolar en la comarca de Mula, durante 20 años (1961-1980). Elaborar las tasas específicas de mortalidad Preescolar para estas causas para este mismo periodo de tiempo.

- 2.- Comprobar si la evolución de las tasas específicas de mortalidad por patología infecciosa es similar a la seguida en la Región.

3.- Intentar correlacionar la evolución de las tasas específicas con la de los factores socioeconómicos, culturales y sanitarios y de infraestructura, de esta Comarca.

MATERIAL Y METODO

Bajo la denominación de Comarca de Mula se engloban siete municipios: Albudeite, Alcantarilla, Alhama de Murcia, Campos del Río, Librilla, Mula y Pliego. (Mapa 1). Para su división hemos recurrido al Mapa Sanitario elaborado y aprobado para la Región de Murcia. Representan globalmente una superficie de 1.103 km². La población se concentra en torno a las cabeceras municipales (5). Son de carácter agrícola, (tabla 1), sobre todo, a excepción de Alcantarilla, que es industrial. La evolución poblacional es creciente en Alcantarilla, Librilla y Alhama y decreciente (tabla 2) en Campos del Río y Albudeite, con apenas oscilaciones en Mula y Pliego.

Las fuentes primarias de datos para las defunciones han sido los Registros Civiles de los 7 municipios, utilizando los libros de Registro de defunciones y legajos de las mismas. Los datos que se han recogido han sido: domicilio, edad, fecha de nacimiento y defunción, causa de defunción, además de otros datos que no interesan para el presente estudio.

El grupo de edad estudiado, el Preescolar, abarca a los niños fallecidos con una edad comprendida entre 1 y 4 años cumplidos.

Una vez obtenida la cifra de defunciones se han subdividido en tres grupos: defunciones producidas por enteritis, por síndromes meníngeos y total de infecciosas.

Las fuentes secundarias de datos:

a) Los nacidos vivos, dato fundamental para la obtención de las tasas específicas (nº de defunciones por una causa específica por cien mil nacidos vivos). La cifra del nº de nacidos vivos se recogió de los libros de nacimiento de los distintos Registros Civiles de los 7 municipios de la comarca de Mula (tabla III), información que fue facilitada en los Ayuntamientos de los municipios mencionados.

b) Otras fuentes de datos, importantes y utilizadas para este trabajo (socioeconómicos de infraestructura sanitaria, etc.) han sido:

- Anuarios Banesto del Mercado Español.
- Anuarios estadísticos de España.
- Censos de la población de España de 1960 y 1970.

- Ramos García. Sobre epidemiología y demografía sanitaria.
- Datos facilitados por los Ayuntamientos.
- Datos facilitados por la Comunidad Autónoma de la R. Murciana.
- Datos y series estadísticas. CAA4. 1982.

Método

Los datos recogidos año a año, fueron agrupados por quinquenios para facilitar su estudio:

- 1º quinquenio : 1961-65.
- 2º quinquenio : 1966-70.
- 3º quinquenio : 1971-75.
- 4º quinquenio : 1976-80.

La tabulación de los datos se obtuvo mediante el cálculo de la distribución de frecuencias en base a la edad del fallecido, municipio de nacimiento, y causa de muerte, separando los fallecimientos por patología infecciosa, enteritis y meningitis. El cálculo de las tasas específicas se ha obtenido dividiendo el número de defunciones por una causa determinada en un quinquenio por cien mil nacidos vivos en ese mismo tiempo.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Tasas específicas para la Comarca. Al evaluar los resultados en la edad Preescolar para la Comarca de Mula (Tabla IV) durante los 20 años, constatamos un descenso global de las tasas de más del 93%, pasando desde una tasa de 324,7 por cien mil nacidos vivos (que supone el 54% de todas las causas) en el primer quinquenio, a ser de 21 por cien mil en el 4º quinquenio, donde representan el 3% de todas las patologías.

Comparando esta línea progresivamente descendente con la evolución registrada para la Región murciana (6) y (7) observamos que si bien en la Región el descenso de las tasas específicas llega a ser del 71,6% (Tabla V, gráfica 1), y que siendo la tasa del primer quinquenio inferior a la de la comarca (273/por cien mil) al final en el 4º quinquenio queda más de 3 veces por encima de la misma (77,4 por cien mil).

Las enteritis sólo son causa de defunción en el primer quinquenio (Tabla VI, gráfica 2), donde representan el 16,7% de las infecciosas (tasa de 54,1 por cien mil) y las meningitis constituyen el 5,5% y una tasa del 18 por cien mil, también solamente en el primer quinquenio. El resto de defunciones es por otros tipos de patología infecciosa donde predomina la patolo-

en Historia Natural.

En Ciencias físico-matemáticas el panorama es bastante más variado. Por lo que respecta a la disciplina de Física y Química, hasta el curso de 1891-92 serán libros de texto los Valledor Chávarri, Rico Santisteban y Márquez, en tanto que a partir de ese curso utilizará sus propias publicaciones el Catedrático titular de la asignatura J.M. Amigé, con lo que la tónica general no se distancia mucho de la reflejada en el párrafo anterior.

Sin embargo, en Matemáticas, quizá motivada por la doble Cátedra, se observa la sucesiva implantación de hasta nueve autores de libros de texto, la mayor parte de los cuales apertaban dos publicaciones distintas, para Aritmética y Álgebra por un lado y Geometría y Trigonometría por otro. Siguiendo un orden cronológico, se utilizan los textos de Picatoste, Cortázar, Vallín Bustillo, Fernández Cardín, Sánchez Vidal, Moreno Rey, Moreno Cerezuolo, Gavilán Reyes y García González. Análogamente a como ha sucedido en otras disciplinas hay dos profesores, Bernardino Sánchez Vidal y Santiago Moreno Rey, que implantaba sus propios textos, especialmente en Aritmética y Álgebra.

Aunque según dijimos en el apartado de metodología, no vamos a entrar en valoraciones concretas crítico-comparativas de contenidos docentes, podemos pero a todo indicar que la impresión que se recibe al revisar globalmente la relación de textos no es negativa, siendo a nuestro juicio un síntoma de buena cualificación del profesorado el que parte del mismo fuese capaz de escribir sus propios libros de texto (sin que por ello olvidemos las motivaciones económicas) y habiéndose elgido en general (cuando las disposiciones legales lo permitían) autores de prestigio. Así, por ejemplo, en Matemáticas son sobradamente conocidas las publicaciones de Cortázar como las más representativas de la enseñanza secundaria de la fase central del siglo XIX (11). Por otra parte, el hecho de que algunos profesores-autores del propio Centro, como Sánchez Vidal y Moreno Rey, tengan publicaciones a nivel universitario, es una garantía de calidad para sus textos de segunda enseñanza.

d) Fondos Bibliográficos.

Las memorias anuales del Instituto sólo hacen alusión a esta cuestión durante los cursos académicos comprendidos entre 1877-78 y 1911-12. En el primero de ellos es publicada una relación completa de los fondos existentes, y a partir de ahí van apareciendo, en años sucesivos (salvo en los cursos 1883-84 y 1884-85) los libros que se adquieren con la parte correspondien

te de los derechos académicos. Es en estos libros y no en los recibidos por donaciones, como dijimos en la metodología, donde se refleja fielmente el espíritu y las tendencias del Centro en este terreno.

Agrupando la etapa 1877-1912 en períodos quinquenales, para una mayor facilidad interpretativa, y en separar del total de libros adquiridos los correspondientes a materias científicas (véase tabla 2), se observa que los mismos ascienden a un 18% del total, lo que supone una parte significativa. La evolución cronológica de esta cuestión muestra que el fenómeno es regular, pues a lo largo de todos los quinquenios estudiados el porcentaje oscila en la banda 14-28%.

La clasificación temática de estos títulos científicos (tabla 3) pone de manifiesto, con excepción de las Matemáticas, una tónica de equilibrio, pues para las restantes disciplinas (Historia Natural, Física y Química y Agricultura) el porcentaje está siempre incluido en el intervalo 20-24%. La baja cota de los libros de Matemáticas (apenas un 13%) muestra que no se compensó suficientemente a esta disciplina en el terreno bibliográfico ante su lógica escasez de dotaciones en instrumental científico.

Al revisar la evolución quinquenal de este fenómeno (tabla 4), se pueden extraer varias consecuencias. Lo primero que llama la atención es la clara tendencia a la especialización de los textos adquiridos, pues el apartado de temática varía disminuye fuertemente al transcurrir el tiempo, pasando de casi un 40% en el quinquenio 1890-95 a menos de un 5% en los años de 1910-12 (12). Por otra parte, es evidente que la primacía de los fondos bibliográficos de ciencias de la vida sobre ciencias físico-matemáticas, que antes señalábamos a nivel global, se mantiene regularmente desde 1890 hasta 1912, no sobrepasando nunca estos últimos el 25% del total.

Asimismo, se observa una complementariedad entre las adquisiciones de libros de Historia Natural y Agricultura, dentro del capítulo de los correspondientes a ciencias de la vida, aunque esta última adquiere una preponderancia clarísima al final de la época estudiada (más del 75%). La tradición agrícola de la Región y el hecho de haberse incorporado la Agricultura como disciplina mucho más tarde que la Historia Natural, lo que le hacía más necesitada de un soporte bibliográfico adecuado, podrían ser algunas de las causas de este fenómeno.

Pasando ahora a la clasificación de total de libros por áreas de influencia geográfico-idiomática, con arreglo al país donde era editada cada

8. GARCIA RUIPEREZ, D. (5), pág. 100.
9. SATURNO HERNANDEZ, P.J. (17), pág. 11.
10. NAVARRO, C. (10), pág. 42.
11. RAMOS GARCIA, E. (14), pág. 31-34.
12. GARCIA RUIPEREZ, D. (5), pág. 262.

BIBLIOGRAFIA

1. ALIAGA MATAS, F. (1982). Evolución de la Mortalidad Infantil y Preescolar en el Municipio de Murcia. (1971-1980). Murcia. Tesis de Licenciatura.
2. ARBELO CURBELO, A.; ARBELO LOPEZ DE LETONA, A. (1980). Demografía Sanitaria Infantil. Madrid. Ed. Paz Montalvo.
3. BEL ADELL, C. (1982). Población y recursos humanos de la Región de Murcia. Murcia. Ed. Regional de Murcia.
4. FERRARA, F.A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J.M. (1972). Medicina de la Comunidad. Buenos Aires. Ed. Inter-Médica.
5. GARCIA RUIPEREZ, D. (1984). Evolución de la Mortalidad Perinatal, Infantil y Preescolar en la Comarca de Mula. (1961-1980). Murcia. Tesis de Licenciatura.
6. GARCIA SALOM, M. (1981). Evolución de la Mortalidad en la Infancia en la Comarca de la Vega Alta del Segura (1960-1980). Murcia. Tesis de Licenciatura.
7. LEON PELLICER, E. (1982). Evolución de la Mortalidad en la infancia en el Municipio de Murcia (1961-1985). Murcia. Tesis de Licenciatura.
8. MAPA SANITARIO DE LA PROVINCIA DE MURCIA (1979). Murcia. Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
9. MURCIA MEROÑO, F. (1984). Evolución de la Mortalidad en la Infancia en el Municipio de Murcia. (1966-1970). Murcia. Tesis de Licenciatura.
10. NAVARRO, C. (1982). Situación epidemiológica de la infección meningocócica en la Región Murciana en 1981. Boletín de Salud de la Región Murciana. Abril, II, 4.
11. NEWLAND, K. (1982). La Mortalidad Infantil y la Salud de las sociedades. Foro Mundial de la Salud, 3, 309-372.
12. O.M.S. (1972). Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil

en los servicios de salud. Sexto informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra. Serv. de Inf. Téc., nº 600.

13. PIEDROLA GIL, G. et al. (1980). Medicina Preventiva y Sociedad, Higiene y Sanidad ambiental. Madrid, Ed. Amaro.
14. RAMOS GARCIA, E.; et al. (1979). Estudio epidemiológico de la fiebre tifoidea en la Provincia de Murcia, de 1948 a 1975. Rev. Sanid. Hig. Pùb., 53.
15. SALLERAS SANMART, Ll. (1980). Análisis de los indicadores de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. Barcelona. Tesis Doctoral.
16. SANCHEZ GALINDO, F. (1984). Comarcalización de la Región Murciana en función de áreas de influencia urbana y de servicios. Murcia, Tesis Doctoral
17. ŞATURNO HERNANDEZ, P.J. (1977). La Sanidad en la Comarca de la Huerta de Murcia. Comentarios a su Estructura. Murcia. Ediciones, 23-27.
18. SERIGO, SEGARRA, A. (1972). Aspectos Sanitarios y sociales de la Mortalidad Infantil en Medicina Preventiva y Social. Tomo I. Ed. Litografía Everest. 941-1109.
19. VICTORIA CONESA, J. et al. (1983). Evolución de la mortalidad en la infancia en la Comarca del Campo de Cartagena desde el año 1961 al año 1980 Boletín de Salud de la Región Murciana, 3, 114-115.
20. VICENTE LOPEZ, J. (1983). Aspectos Sanitarios de las Comarcas de Caravaca de la Cruz, Mula, Lorca y del Bajo Guadalentín. Murcia. Tesis de Licenciatura.
21. VIVANCOS TORREJON, F.; et al. (1983). Evolución de la mortalidad en la infancia en la Región de Murcia y su Comarca del Noroeste. Desde 1961 a 1980. Bol. de Salud de la Región Murciana, XV, 37-44.

1943, 1970, 1973 y 1980.

COMARCA DE MULA, MUNICIPIOS DE LA MISMA. SUPERFICIE EN M² POBLACION DE MEDIO AÑO 1940.

	En ...	Censo 1940	Censo 1953	Censo 1970	Censo 1973	Censo 1980
Albarello	37,6	1.804	3.772	3.701	1.645	1.696
Alcantarilla	5,3	15.748	16.346	15.895	81.891	24.406
Alfama de Morla	313,8	11.736	11.969	11.557	12.079	13.132
Campos del Río	47,8	2.155	2.007	2.018	2.008	2.146
Librilla	94,3	2.826	3.028	3.333	3.278	3.516
Mula	631,0	14.721	14.781	13.992	14.169	14.738
Pitugo	79,3	3.409	3.253	3.404	3.506	3.378
TOTAL COMARCA	1.103,1	52.399	52.693	53.602	58.590	62.874

FUENTE: INE. Padrón de 1973. Elaboración propia.

C.R.A. Municipal 1980

Elaboración propia

1943, 1970, 1973 y 1980.

HORTILLOS PERECULAS. EVOLUCION DE LAS TALLS ESPECIFICAS POR PRODUCCION
FRUTICOLA. VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTAJES. COMARCA DE MULA, OTIUMPA.
BITOS (1941-1980).

	E. A.	E.	E. E.
1º quinquenio	18	54,5	324,7
2º quinquenio	8	24,3	145,9
3º quinquenio	6	18,2	115,5
4º quinquenio	1	2,8	21,8

FUENTE: Registros Civiles
Elaboración propia

Tabla V

MORTALIDAD PREESCOLAR, EVOLUCION DE LA TASA ESPECIFICA POR INFECCIONES, COMARCA DE NOLA - ESTADOS, VALORES POR QUINQUENIOS (1961-1960).

	COMARCA		MORTES
	V.A.	T.E.	
1º Quinquenio	24,7	173,0	
2º Quinquenio	18,8	161,6	
3º Quinquenio	11,5	104,1	
4º Quinquenio	8,0	77,4	

(Fueron calculadas por elos mil nacidos vivos)

fuente: Atlas min. P. (1962)
Victoria Goema, J. (1963)
Estadística propia

Tabla VI

MORTALIDAD PREESCOLAR, EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR PATOLOGIA INFECCIOSA, ENTERITIS Y HEPATITIS, VALORES ABSOLUTOS Y TASAS ESPECIFICAS, COMARCA DE NOLA, POR QUINQUENIOS (1961 - 1960).

	ENTERITIS		HEPATITIS		TOTAL INFECCIONES	
	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.
1º Quinquenio	3	16,7	1	9,6	10	100
2º Quinquenio	-	-	-	-	8	100
3º Quinquenio	-	-	1	16,7	6	100
4º Quinquenio	-	-	-	-	1	100
Total	3	-	2	-	33	-

Tabla VII

MORTALIDAD PREESCOLAR, EVOLUCION MORTALIDAD POR PATOLOGIA INFECCIOSA, VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES POR MUNICIPIO, COMARCA DE NOLA (1961 - 1960).

MUNICIPIO	TOTAL INFECCIONES	
	V.A.	%
Albedeite	-	-
Alcantarilla	18	54,5
Alhama de Murcia	3	9,1
Campo del Rio	1	3,0
Liberilla	-	-
Nola	5	15,2
Pilego	6	18,2
total	33	-

Tabla VIII

MORTALIDAD PREESCOLAR, EVOLUCION DE LAS TASAS ESPECIFICAS POR INFECCIONES, VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES, COMARCA DE NOLA, POR MUNICIPIO, QUINQUENIOS (1961 - 1960).

	1º quinquenio		2º quinquenio		3º quinquenio		4º quinquenio	
	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.
Albedeite	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcantarilla	10	55,6	490,8	4	50	175,1	4	64,7
Alhama de M.	3	5,6	87,5	-	-	-	3	100
C. del Rio	1	5,6	442,9	-	-	-	3	100
Liberilla	-	-	-	-	-	-	-	-
Nola	1	5,6	94,4	3	37,3	277,2	1	16,7
Pilego	5	27,8	1096,4	3	12,5	257,7	-	-
Total	18	100	8	100	6	100	3	100

TABLA IX

MORTALIDAD PREESCOLAR. EVOLUCION DE LAS TASAS ESPECIFICAS POR PATOLOGIA INFECCIOSA, VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES, POR MUNICIPIO COMARCA DE MULA QUINQUENIOS (1961 - 1970).

	<u>1º Quinquenio</u>			<u>2º Quinquenio</u>			<u>3º Quinquenio</u>			<u>4º Quinquenio</u>		
	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>
Albudeite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcantarilla	10	55,5	450,8	4	22,2	175,1	4	22,2	197,6	-	-	-
Alhama de M.	1	33,3	87,6	-	-	-	1	33,3	90,3	1	33,3	84,5
Campos del R.	1	100	462,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Librilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mula	1	20	94,4	3	60	277,2	1	20	87,4	-	-	-
Pilego	3	83,3	1094,4	1	16,7	257,7	-	-	-	-	-	-

TABLA X

MORTALIDAD PREESCOLAR. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR ENTERITIS. VALORES ABSOLUTOS, PORCENTUALES Y TASAS ESPECIFICAS, QUINQUENIALES, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE MULA. (1961 - 1980).

	<u>1º QUINQUENIO</u>			<u>2º QUINQUENIO</u>			<u>3º QUINQUENIO</u>			<u>4º QUINQUENIO</u>		
	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>
Albudeite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcantarilla	2	21,1	90,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alhama de Murcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campos del Rio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Librilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mula	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pilego	1	16,6	219,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA XI

MORTALIDAD PREESCOLAR. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR MENINGITIS. VALORES PORCENTUALES (RESPECTO AL TOTAL DE INFECCIONES), ABSOLUTOS Y TASAS ESPECIFICAS, QUINQUENIOS, MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE MULA. (1961 - 1980).

	<u>1º Quinquenio</u>			<u>2º Quinquenio</u>			<u>3º Quinquenio</u>			<u>4º Quinquenio</u>		
	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>X</u>	<u>T.E.</u>
Albudeite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcantarilla	1	5,5	45	-	-	-	1	5,5	49,4	-	-	-
Alhama de Murcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campos del Rio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Librilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mula	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pilego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA XII

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POSTNEONATAL Y PREESCOLAR POR PATOLOGIA INFECCIOSA.
TASAS ESPECIFICAS POR QUINQUENIO, COMARCA DE NOLA. (1961 - 1990).

	<u>POSTNEONATAL</u>	<u>PREESCOLAR</u>
1º Quinquenio	2075,	324,7
2º "	1040	143,8
3º "	481,3	115,5
4º "	105	21,0

TABLA XIII

EVOLUCION DE LA RENTA PROMEDIO "PER CAPITE" Y ESTAD. MUNICIPALES DE LA COMARCA DE NOLA. AÑOS 1965 a 1991.

<u>MUNICIPIO</u>	<u>1965</u>		<u>1970</u>		<u>1975</u>		<u>1991</u>	
	<u>Nivel</u>	<u>Pta./Pw. sda.</u>	<u>Nivel</u>	<u>Pta./Pw. sda.</u>	<u>Nivel</u>	<u>Pta./Pw. sda.</u>	<u>Nivel</u>	<u>Pta./Pw. sda.</u>
Albendice	8	6.800	3	22.500	4	71.000	3	211.000
Alcamerillo	8	15.000	6	40.000	6	112.500	6	301.000
Alhama de Murcia	5	17.500	6	40.000	5	90.000	4	251.000
Campos del Río	5	17.500	5	21.500	5	90.000	3	211.000
Librilla	5	27.500	6	40.000	5	90.000	4	251.000
Nula	4	11.500	5	21.500	5	90.000	4	251.000
Pilego	4	12.500	5	22.500	5	90.000	3	211.000

FUENTE: Anuario Comarcal del Sureste Español. Años 1965 a 1993.

TABLA XIV

RED DE SANEAMIENTO EN LOS DISTINTOS MUNICIPIOS DE LA COMARCA DE NOLA. AÑO DE INSTALACION, PORCENTAJE DE POBLACION DOTADA DE RED. VERTIDO DEL AGUA.

<u>MUNICIPIO</u>	<u>AÑO DE INSTALACION</u>	<u>% POBLACION DOTADA RED</u>	<u>DEPURADORA</u>	<u>VERTIDO DEL AGUA</u>
Albendice	1970 ?	99,3	No funciona	100% al río en C. Urbana. Fosas y pozos no potables
Alcamerillo	1932-35	90,0	En proyecto	20% Pilego y 80% río. (Sin depurar)
Alhama de Murcia	1952	54,7	En obras. No en potabilidad	100% Pilego (depurada). Resto, a raudales
Campos del Río	1970	82,6	En obras. No en potabilidad	100% depurada al río. Resto a pozos - fosas
Librilla	1982 ?	91,7	En obras. No en potabilidad	100% depurada, Pilego. Resto a pozos y fosas.
Nula	1965 ?	79,7	No hay	Sin depurar al río en cauce y Pilego a. Resto a pozos o fosas
Pilego	1965 ?	80,0	Si hay	100% depurada, a Pilego

FUENTES: Datos facilitados por personal respectivos Ayuntamientos.
 Cuestionario de territorio y medio ambiente. Comunidad Autónoma de Murcia. 1994.
 Elaboración propia.

MAPA 4

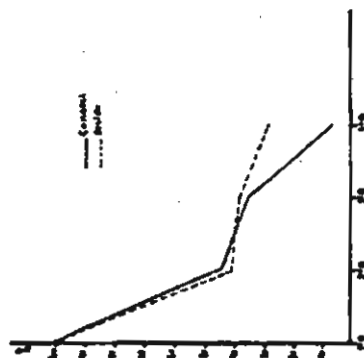
COMARCA DE MULA

- 1 ALBUQUERQUE
- 2 ALCAÑIZ
- 3 ALBUQUERQUE
- 4 CAMPOS DEL RIO
- 5 LERIDA
- 6 MOLA
- 7 PLATEA



MAPA 5

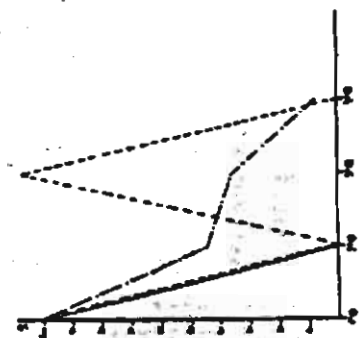
Mapa de la Comarca de Mula. Se muestran las localidades de la Comarca de Mula y las localidades de la Comarca de Mula.



Gráfica 2

Reducción Recaudada, Reducción Recaudatoria, y el Total
aportado por empresas, individuos y herencia. Cuentas
de Renta (1961-1970).

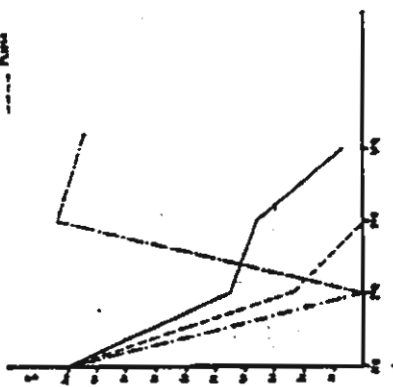
— Recauda
— Recaudatoria
— Total aportado



Gráfica 3

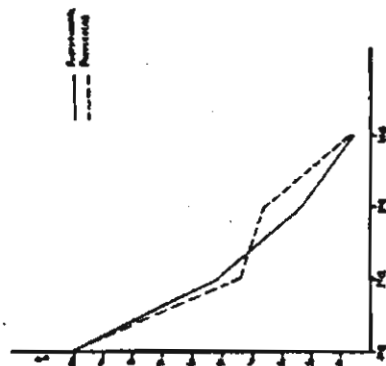
Reducción Recaudada, Reducción Recaudatoria, y el Total
aportado por empresas, individuos y herencia. Cuentas
de Renta (1961-1970).

— Recauda
— Recaudatoria
— Total aportado



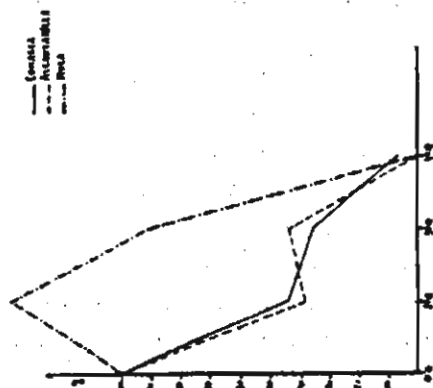
GRAFICA 5

EVOLUCION RECEPTIVA DE LOS 75,85 SEFECTORES DE AMPLIACION
FARMACUTICA, Y RECEPTOS DEL PRODUCTO RECEPTOS - CUMULATIVO
MIL. (1961-1970)



GRAFICA 4

MORTALIDAD RECEPTIVA. EVOLUCION RECEPTIVA DE LAS
TASAS RECEPTIVAS DEL SEFECTORES. CUMULATIVO DE MIL. RE-
CEPTOS DE ALTERNATIVAS Y MIL. DEL SEFECTORES (1961-
1970).



EVOLUCION DE LAS DEFUNCIONES POR ENTERITIS, MENINGITIS Y PATOLOGIA INFECCIOSA EN GENERAL EN LA MORTALIDAD PREESCOLAR. MUNICIPIO DE MURCIA. 1961-1980

Aliaga Matás, M.F.; García Ruipérez, D.; León Pellicer, E.; García Salom, M.; San Eustaquio, F.

Departamento de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Univ. Murcia.

INTRODUCCION

El conocer las tasas de mortalidad infantil de un país, región o comarca es algo imprescindible si queremos elaborar una política sanitaria coherente con las necesidades reales: además de que resultan ser un indicativo del nivel sanitario de la población.

La mortalidad por patología infecciosa es una de las más susceptibles de reducir por medio de mejoras e infraestructura sanitaria y otros aspectos de tipo exógeno.

La mortalidad postneonatal es la submortalidad que más importante descenso ha experimentado en los veinte años que van desde 1961 a 1980, a expensas sobre todo de la disminución de la patología infecciosa. A fin de conocer si en la mortalidad preescolar o de niños entre 1 y 4 años se sigue la misma tendencia que la observada en el caso de la mortalidad postneonatal, pretendemos con este trabajo:

- Conocer las tasas de mortalidad específica por patología infecciosa en el municipio de Murcia, siguiendo su evolución a través de los años comprendidos entre 1961 y 1980, distribuidos en quinquenios.

- Conocer las tasas de mortalidad específica por enteritis y meningitis en el mismo periodo de tiempo.

- Tratar de correlacionar dichas tasas con los factores de saneamiento ambiental y sanitario-asistenciales a fin de explicar la evolución de dichas tasas a lo largo del tiempo.

También para este estudio se ha dividido el municipio de Murcia en Casco Urbano y Pedanías, por ser dos medios bien diferenciados tanto social, cultural como en infraestructura sanitaria (1).

MATERIAL Y METODO

1. Ambito geográfico. Es el municipio de Murcia, con 936,2 Km² de superficie, que engloba por un lado a la capital de la Región y por otro,

a toda una serie de pedanías, las cuales la mayoría pertenecen a la Comarca de la Huerta de Murcia y sólo unas pocas al Campo. (Mapa 1).

2. Fuente de datos.

Se ha recurrido a los libros de registro de defunciones y legajos de las mismas, del Registro Civil de Murcia, en sus tres secciones, A, B y C, de los cuales se han extraído, entre otros, los datos que hacer referencia a las fechas de nacimiento y defunción, edad, domicilio y causa de la defunción, diferenciando claramente a los fallecidos por patología infecciosa digestiva y las meningitis.

También se han utilizado para obtener la cifra de nacidos vivos en las pedanías, los libros de registro de bautismos de las 64 parroquias de las mismas.

3. Grupo de edad estudiado.

El grupo de edad objeto del estudio es el Preescolar, es decir, niños con edades comprendidas entre 1 y 4 años cumplidos.

4. Fuentes secundarias de datos.

Se han consultado, entre otras las siguientes:

- Anuarios Banesto del Mercado Español, desde los años 1966 a 1981.

- Anuarios estadísticos de España.

- Aspectos estructurales de la Sanidad en la Comarca de la Huerta de Murcia, 1960-1973, del Dr. D. P.J. Saturno Hernández.

- Censos de la población de España de 1960 a 1970.

- Cuadernos de territorio y medio ambiente. Consejería de Política Territorial e Infraestructura. 1982 a 1984.

- Renta Nacional de España y su distribución provincial. 1955-1975.

- Situación actual y perspectivas de desarrollo de Murcia. Tomo II de la Confederación Española de Cajas de Ahorro.

4. Método.

Se ha realizado una primera distribución de frecuencias de todos los casos según las variables:

- Edad, agrupando a los comprendidos entre 1 y 4 años.

- Domicilio, separando a los domiciliados en:

- . Casco urbano,

- . Pedanías,

. total del municipio.

Para cada domicilio se distribuyen según defunciones por:

- meningitis
- enteritis
- total de infecciosas.

5. Cálculo de las tasas específicas.

Se han calculado con defunciones por cada una de las causas de cien mil nacidos vivos.

RESULTADOS Y DISCUSION

Para el grupo entre 1 y 4 años, se han recogido en el municipio de Murcia en los 20 años del estudio, 164 defunciones por patología infecciosa, de las cuales, 16 lo han sido por enteritis (9,7%) y 18 por meningitis (10,9%). Tabla 1.

Al contrario de lo que ocurría en el grupo Postneonatal, en el grupo Preescolar el porcentaje de defunciones por meningitis es ligeramente superior al de las enteritis, mientras que en el caso anterior el porcentaje de enteritis era más de tres veces superior al de las defunciones por patología meníngea.

Tasas específicas de mortalidad por infecciosas.

La patología infecciosa es en el primer quinquenio del estudio, la responsable de cerca del 50% de todas las defunciones en esta edad (2) y aún siguen representando en el último quinquenio el 25% de las mismas.

Pero al igual que ocurría en el grupo postneonatal los valores de sus tasas se hacen claramente descendentes en cada uno de los quinquenios, experimentando un descenso del 88.2% al pasar de unos valores de 211,7 por cien mil a 25 por cien mil en el 4º quinquenio (tabla 2, gráficas 1 y 4).

En el Casco Urbano, la evolución es similar a la experimentada en el municipio (tabla 2, gráficas 1 y 5), siendo el descenso global del 81,9%, si bien es de destacar el ligero aumento que experimenta la tasa en el último quinquenio con respecto al anterior, que se cifra en un 19,6%.

En las Pedánias (tabla 2, gráficas 1 y 6), la evolución es similar a la del municipio, con valores superiores en los dos primeros quinquenios en relación con los otros medios, pero en los últimos 10 años del estudio sus tasas por infecciosas se hacen inferiores a las municipales y el descenso que experimentan es mayor, de un 90,6%, lo que de alguna manera parece

evidenciar lo que se ha comentado para el grupo Postneonatal, es decir, que las mejoras en infraestructura sanitaria realizadas en los dos quinquenios últimos en las pedanías han influido beneficiosamente en las tasas, propiciando este descenso.

Tasas específicas por meningitis

En el municipio de Murcia, las defunciones por meningitis (tabla 3, gráficas 2 y 5) evolucionan de una forma paulatinamente descendente, siendo este descenso muy marcado, del 94,9%, entre los quinquenios extremos, que presentan unas tasas de 23,5 por cien mil y 1,2 por cien mil, respectivamente, a pesar de encontrarse los dos últimos quinquenios dentro de una onda epidémica que comienza en 1972 (3).

En el Casco Urbano, sólo se producen defunciones por esta causa en los quinquenios primeros y último, pero desciende el valor de la tasa en un 38,2%, algo menos que para el conjunto municipal (gráficas 2 y 5, tabla 3) y aumenta en el último quinquenio con respecto al anterior, hecho que no se produce en las pedanías.

En Pedanías, (Tabla 3), la evolución, aunque descendente a lo largo del tiempo, presenta el hecho de que el valor de la tasa aumenta en el 2º quinquenio con respecto al primero en un 11,9%, para descender posteriormente hasta el punto de que en el último quinquenio no se produce ninguna defunción por esta causa (gráficas 2 y 6).

Esta evolución tan dispar entre casco urbano y pedanías quizás nos está indicando efectivamente que las meningitis no se pueden controlar "a priori" al evolucionar por ondas epidémicas.

Tasas específicas por enteritis

En el municipio de Murcia, (tabla 4) es de destacar que para este grupo de edad y en los últimos cinco años que comprende este estudio, no se produce ninguna defunción por enteritis, lo que puede estar evidenciando que si bien es cierto que los preescolares van a resistir mejor que los menores de 1 año este proceso morboso, todas las mejoras realizadas en cuanto a infraestructura y asistencia sanitaria, han sido muy beneficiosas. Los valores de las tasas han experimentado un descenso del 91,6% a lo largo del periodo estudiado, pasando de un 32,3 a un 2,7 por cien mil (1º y 3º quinquenios, respectivamente), no registrándose ninguna defunción en el 4º quinquenio (gráficas 3 y 4).

En el Casco Urbano el valor de la tasa es inferior a la del muni-

cipio, con cifras de 21,3 y 6,7 por cien mil en el 1º y 2º quinquenios, no registrándose ninguna defunción en los dos quinquenios últimos del estudio (tabla, gráficas 3 y 5).

En Pedanías (tabla 4) aún partiendo de una tasa superior a la municipal, con un valor de 40,2 por cien mil, desciende a un 1,4 por cien mil en el tercer quinquenio, inferior a la del municipio, siendo el descenso del 96,5%, superior al municipal, no registrándose ninguna defunción por enteritis en el 4º quinquenio (gráficas 3 y 6).

Se puede decir que es clara la influencia que tiene el aumento del nivel de vida de una comunidad, que se traduce en mejoras ambientales, culturales y de asistencia sanitaria, sobre la evolución en la patología infecciosa de grupos de edad como el Postneonatal y el Preescolar, prueba de ello es la diferencia que encontramos en las tasas específicas de mortalidad por estas causas entre el casco urbano y las pedanías, diferencias que con el paso del tiempo van descendiendo entre ambos medios y como hemos visto en algunos casos se invierten, quizá como ya se ha dicho, debido a que en los últimos años la infraestructura mejoró en las pedanías y no ha ocurrido así en la ciudad. Si bien hay que decir, para terminar, que la infraestructura sanitaria del municipio de Murcia (tablas 6,7 y 8) aún es muy susceptible de ser mejorada (4).

CONCLUSIONES

PRIMERA. En los 20 años que comprende este estudio se han producido en el municipio de Murcia 164 defunciones por patología infecciosa en la edad Preescolar, de ellas, 18 se producen por meningitis (10,9%) y 16 por enteritis (9,7%).

De las 72 defunciones que se producen por infecciosas en el primer quinquenio, pasan a 21 en el último quinquenio, lo cual representa un descenso del 70,8% en cuanto a valores absolutos.

SEGUNDA. Las tasas específicas obtenidas para el grupo Preescolar, por causas infecciosas, en el municipio de Murcia, presentan unos valores de 211,7 por cien mil nacidos vivos en el primer quinquenio, descendiendo paulatinamente en el tiempo y en el último presentan una tasa de 25 por cien mil. Desciende la tasa pues, un 88,2%. Las meningitis siguen también una evolución decreciente desde un valor de 23,5 por cien mil a 1,2 por cien mil nacidos vivos experimentando un descenso del 94,9%; y por último, las enteri-

tis descienden igualmente en un 91,6%, desde el primer quinquenio al tercero, con valores de 32,3 y 2,7 por cien mil nacidos vivos respectivamente, siendo destacable que en el último quinquenio no se produce ninguna defunción en el municipio de Murcia por esta rúbrica.

TERCERA. En el Casco Urbano, las tasas específicas por infecciosas son inferiores a las del municipio, en los tres primeros quinquenios y similares en el último, mostrándose también decrecientes, pues descienden en un 82% los valores de sus tasas, si bien es de señalar que en la ciudad, la tasa obtenida en el último quinquenio es superior a la del quinquenio precedente en un 19,6%.

CUARTA. En las pedanías, los valores de las tasas específicas por infecciosas son superiores a las del municipio y casco urbano en los dos primeros quinquenios del estudio, y similares, con ligeras diferencias, en los dos últimos. El descenso también es muy marcado, de un 90,6%, descenso que al igual que para el conjunto municipal, se produce de forma paulatina.

NOTAS

- (1) SATURNO HERNANDEZ, P.J. (17) pág. 6.
- (2) LEON PELLICER, E. (7) Tabla CV.
- (3) NAVARRO, C. (10) pág. 1.
- (4) Cuadernos de territorio y medio ambiente. (4). pág. 47.

BIBLIOGRAFIA

1. ALIAGA MATAS, F. (1982). Evolución de la Mortalidad Infantil y Preescolar en el Municipio de Murcia. (1971-1980). Murcia. Tesis de Licenciatura.
2. ARDELO CURBELO, A.; et al. (1980). Demografía Sanitaria Infantil. Madrid. Ed. Paz Montalvo.
3. BELL-BELL, C. (1982). Población y recursos humanos de la Región de Murcia. Ed. Regional de Murcia.

4. CUADERNOS DE TERRITORIO Y MEDIO AMBIENTE. (1984). Déficit sobre equipamiento de los servicios en los distintos municipios y pedanías de la provincia de Murcia. Murcia. Ed. Consejería de Política e Infraestructura territorial.
5. FERRARA, F.A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J.M.; (1972). Medicina de la Comunidad. Buenos Aires. Ed. Inter-Médica.
6. GARCIA RUIPEREZ, D. (1984). Evolución de la Mortalidad Perinatal, Infantil y Preescolar en la Comarca de Mula. (1961-1980). Murcia. Tesis de Licenciatura.
7. LEON PELLICER, E. (1982). Evolución de la Mortalidad en la Infancia en el Municipio de Murcia. (1961-1965). Murcia. Tesis de Licenciatura.
8. MAPA SANITARIO DE LA PROVINCIA DE MURCIA. (1979). Murcia. Delegación Territorial del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
9. MURCIA MERONÓ, F. (1984). Evolución de la Mortalidad en la Infancia en el Municipio de Murcia. (1966-1970). Murcia. Tesis de Licenciatura.
10. NAVARRO, C. (1982). Situación epidemiológica de la infección meningocócica en la Región Murciana en 1981. Boletín de Salud de la Región Murciana. Abril II. 4.
11. NEWLAND, K. (1982). La mortalidad infantil y la Salud de las sociedades. Foro Mundial de la Salud. 3, 369-372.
12. O.M.S. (1972). Nuevas tendencias y métodos de asistencia materno-infantil en los servicios de salud. Sexto informe del Comité de Expertos de la OMS. Ginebra. Serv. de Inf. Técn. nº 600.
13. PIEDROLA GIL, G.; et al. (1980). Medicina Preventiva y Sociedad, Higiene y Sanidad ambiental. Madrid. Ed. Amaro.
14. RAMOS GARCIA, E.; et al. (1979). Estudio epidemiológico de la fiebre tifoidea en la Provincia de Murcia, de 1948 a 1975. Rev. San. Hig. Pub., 53.
15. SALLERAS SANMARTI, Ll. (1980). Análisis de los indicadores de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil. Barcelona. Tesis Doctoral.
16. SANCHEZ GALINDO, F. (1984). Comarcalización de la Región Murciana en función de áreas de influencia urbana y de servicios. Murcia. Tesis de Licenciatura.
17. SATURNO HERNANDEZ, P.J. (1977). La Sanidad en la Comarca de la Huerta de Murcia. Comentarios a su Estructura. Murcia. Ediciones 23-27.
18. SERIGO SEGARRA, A. (1972). Aspectos Sanitarios y sociales de la Mortalidad Infantil en Medicina Preventiva y Social. Tomo I. Ed. Litografía Everest. 941-1109.

19. ICTORIA CONESA, J.: et al. (1983). Evolución de la mortalidad en la infancia en la Comarca del Campo de Cartagena desde el año 1961 al año 1980. Boletín de Salud de la Región Murciana, 3, 114-115.

TABLA 1. DEFUNCIONES POR PATOLOGIA INFECCIOSA, ENTERITIS Y MENINGITIS EN LA MORTALIDAD PREESCOLAR. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO Y PEDANÍAS. VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES GLOBALES. (1961-1980).

	Enteritis		Meningitis		Total infecciosas	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Casco Urbano	4	8,8	4	8,8	45	100,0
Pedánias	12	9,3	14	10,8	129	100,0
Total Municipio	16	9,7	18	10,9	164	100,0

TABLA 2. MORTALIDAD PREESCOLAR. EVOLUCION DE LAS TASAS ESPECIFICAS DE DEFUNCIONES POR CAUSAS INFECCIOSAS. VALORES QUINQUENALES. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO Y CONJUNTO DE PEDANIAS. (1961-1980).

	Municipio		Casco Urbano		Pedanías	
	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.
1º QUINQUENIO	72	211,7	20	141,7	52	261,3
2º QUINQUENIO	39	136,7	9	60,8	40	179,5
3º QUINQUENIO	32	89,0	6	21,4	26	37,1
4º QUINQUENIO	21	25,0	10	25,6	11	20,4

TABLA 3. MORTALIDAD PREESCOLAR. EVOLUCION DE LA TASA ESPECIFICA DE DEFUNCION POR MENINGITIS. VALORES QUINQUENALES. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO Y CONJUNTO DE PEDANIAS. (1961-1980).

	Municipio		Casco Urbano		Pedanías	
	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.	V.A.	T.E.
1º QUINQUENIO	8	23,5	3	21,3	5	25,1
2º QUINQUENIO	6	16,7	-	-	6	22,4
3º QUINQUENIO	3	8,3	-	-	3	11,2
4º QUINQUENIO	1	1,2	1	2,5	-	-

tasas calculadas por 100 en mil nacidos vivos

TABLA 4. MORTALIDAD PREESCOLAR. EVOLUCION DE LA TASA ESPECIFICA DE DEFUNCIONES POR ENTERITIS. VALORES QUINQUENALES. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO Y CONJUNTO DE PEDANIAS. (1961-1980).

	<u>Municipio</u>		<u>Casco Urbano</u>		<u>Pedanías</u>	
	<u>V.A.</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>T.E.</u>	<u>V.A.</u>	<u>T.E.</u>
1º QUINQUENIO	11	32,3	3	21,3	5	40,2
2º QUINQUENIO	4	11,1	1	6,7	3	14,2
3º QUINQUENIO	1	2,7	-	-	1	1,4
4º QUINQUENIO	-	-	-	-	-	-

Tasas calculadas por cien mil nacidos vivos

TABLA 5. NACIDOS VIVOS. MUNICIPIO DE MURCIA. CASCO URBANO. CONJUNTO DE PEDANIAS. VALORES QUINQUENALES. (1961-1980).

	<u>Municipio</u>	<u>Casco Urbano</u>	<u>Pedanías</u>
1º QUINQUENIO	34.008	14.111	19.897
2º QUINQUENIO	35.895	14.793	21.102
3º QUINQUENIO	35.963	15.213	20.750
4º QUINQUENIO	30.547	10.573	19.974

FUENTES: I.N.E.

Libros de registro de bautismos

Elaboración propia

TABLA 6. ABASTECIMIENTO DE AGUA. PORCENTAJE DE POBLACION RESIDENTE EN EL MUNICIPIO DE MURCIA CON RED. (1960-1982).

<u>AÑOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>	<u>INCREMENTO RESPECTO AL QUINQUENIO ANTERIOR</u>
1960	38,9	-
1965	43,1	10,79
1970	59,6	38,28
1975	89,1	49,49
1982	90,9	2,06

FUENTES: Saturno Hernández, P.J. (1977)

Cuadernos de territorio y medio ambiente. Consejería de Política Territorial e Infraestructura. 1982.

Elaboración propia.

TABLA 7. SANEAMIENTO. PORCENTAJE DE POBLACION RESIDENTE EN EL MUNICIPIO CON RED DE ALCANTARILLADO. 1960-1982.

<u>AÑOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>	<u>INCREMENTO RESPECTO AL QUINQUENIO ANTERIOR</u>
1960	33,3	-
1965	33,3	0,00
1970	41,9	25,82
1975	77,9	85,91
1982	86,9	11,60

FUENTES: Saturno Hernández, P.J. (1977)

Cuadernos de territorio y medio ambiente. Consejería de Política Territorial e Infraestructura. (1982).

Elaboración propia.

TABLA 8

SITUACION DE LAS DEPURADORAS EXISTENTES EN EL MUNICIPIO
DE MURCIA EN 1984.

- Zarandona (no funciona)
- Zeneta
- Avilese (sin terminar)
- Beniaján (no funciona)
- El Raal
- Rincón de Beniscornia
- Esparragal
- Los Martínez del Puerto (no funciona)
- Barqueros

Población con depuradora (efectiva)	= 11,71% del municipio
Población que vierte al río sin depurar	= 78,40%

Fuente: Cuadernos de territorio y medio ambiente. Consejería de Política Territorial e infraestructura. (1984)
Elaboración propia.

MUNICIPIO DE MURCIA

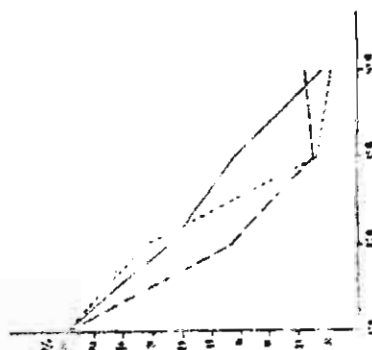


GRAFICA 1

Industria de prelucrare a lemnului în zona județului
Bacău în perioada 1960-1970

Unități de prelucrare a lemnului

— Unități de prelucrare
— Unități de prelucrare
— Unități de prelucrare

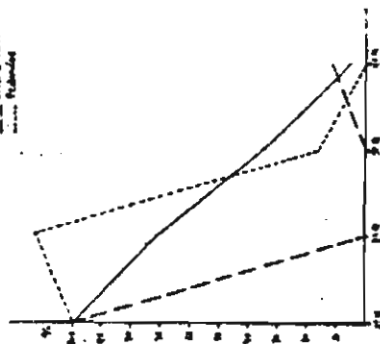


GRAFICA 2

Industria de prelucrare a lemnului în zona județului
Bacău în perioada 1960-1970

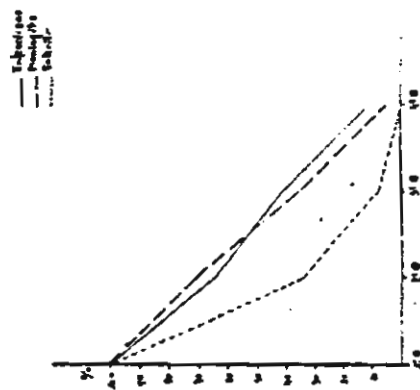
Unități de prelucrare a lemnului

— Unități de prelucrare
— Unități de prelucrare
— Unități de prelucrare



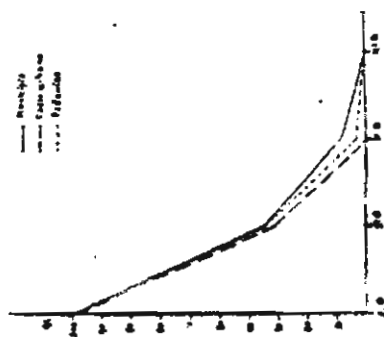
GRÁFICA 2

PROFILAS PROSECUCION, INTEMPEROS PROSECUCION, DE LAS TENDAS
ESPECTROS DE INTEMPEROS DE INTEMPEROS, INTEMPEROS Y INTEMPEROS
INTEMPEROS DE INTEMPEROS, 1941-1942.



GRÁFICA 3

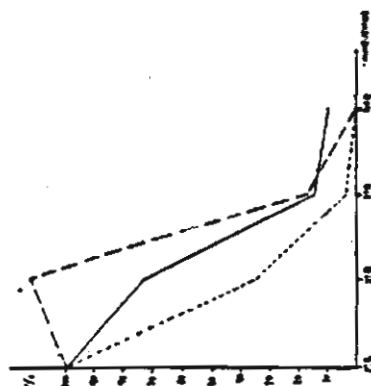
PROFILAS PROSECUCION, INTEMPEROS PROSECUCION, DE LAS TENDAS DE
INTEMPEROS Y INTEMPEROS, INTEMPEROS DE INTEMPEROS, INTEMPEROS Y INTEMPEROS
INTEMPEROS DE INTEMPEROS, 1941-1942.



GRAFICA 6

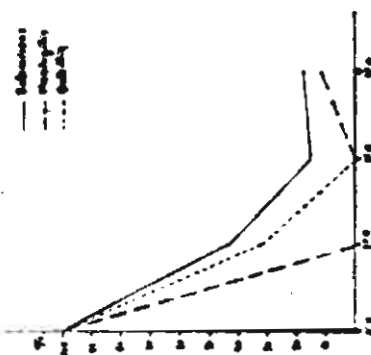
PROCESO DE RECUPERACION DE LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES. DISTRIBUCION DE LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES EN LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES EN LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES EN LOS TIPOS DE

RECURSOS NATURALES
RECURSOS NATURALES
RECURSOS NATURALES



GRAFICA 7

PROCESO DE RECUPERACION DE LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES. DISTRIBUCION DE LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES EN LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES EN LOS TIPOS DE
RECURSOS NATURALES EN LOS TIPOS DE



INCIDENCIA DEL NUMERUS CLAUSUS EN EL PERFIL SOCIOLOGICO DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA.

Martínez López, J.*; Victoria Conesa, J.**; Marset Campos, P.***

* Estudiante de 6º curso de licenciatura de Medicina.

** Profesor Colaborador Historia Medicina.

*** Catedrático Historia Medicina.

Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

I. INTRODUCCION.

Si de por sí ya el estudiar en la Universidad significa un proceso de selección fuertemente condicionado por razones sociales, por el que en el espectro social resultante está fuertemente sobrerrepresentado el nivel socioeconómico superior y muy infrarrepresentadas las clases bajas, el estudiantado de medicina tradicionalmente ha agudizado estas características (1). Es preocupante esta distancia social entre el conjunto de la sociedad y los estudiantes de medicina porque afecta posteriormente tanto a la propia relación médico-enfermo (2), como a la dinámica sanitaria en el seno de la sociedad (3).

La implantación en España de la limitación de plazas para estudiar medicina pensamos que debe de haber aumentado esta tendencia elitista que ya poseía el alumnado de medicina. Teniendo en cuenta las repercusiones académicas de esta medida, y no entrando en ellas, lo que pretendemos con esta comunicación es constatar la hipótesis de aumento de la tendencia al elitismo y modificación del perfil sociológico del estudiantado con motivo de la limitación de plazas, para sopesando sus posibles consecuencias proponer las medidas pertinentes.

Pensamos que ello es así por suponer el mecanismo de selectividad adoptado para las Facultades de Medicina, un reforzamiento y prolongación de los factores socioculturales y económicos presentes en la determinación de los distintos niveles de rendimiento académico

en el bachillerato. En otra comunicación (4) se comprueba el peso decisivo que tiene en el ingreso a medicina el rendimiento en BUP y COU. Si partimos del hecho que la prolongación de la educación, y la mayor adaptación al sistema educativo, medida como eficacia académica, es una demostración de mayor identificación con los valores de conservadurismo (5) y tradicionalismo que toda estructura educativa supone, al aumentar estos condicionamientos el resultado será el apuntado. En momentos en los que parece imprescindible precisamente todo lo contrario, la adopción de profundos cambios por la Reforma Sanitaria, si se confirma nuestra hipótesis, puede resultar contradictorio el estar formando médicos que o se opondrán o serán reticentes a estos cambios.

II. MATERIAL Y METODO.

El estudio extrae la fuente de información de la revisión de diez trabajos dirigidos por el Departamento de Historia de la Medicina y realizados por estudiantes en prácticas de 4º curso de nuestra Facultad en años anteriores, canalizando los factores socioculturales y académicos de sus compañeros, en cada uno de los seis cursos.

La muestra es aleatoria y estratificada por:

1. Promociones; para evitar la superposición de alumnos que pudiese sesgar el resultado, optamos por estudiar exclusivamente una vez a cada promoción de estudiantes. Las promociones han sido elegidas en función del año 1979 que fué el que implantó la medida de la limitación de plazas de acceso a los estudios de medicina en nuestra Facultad. Así, estudiamos a las promociones cuyos años de ingreso fueron desde el 1974-75 hasta el 1983-84.
2. Edades; para obviar el posible "efecto generacional" que enmascare los datos, optamos por estudiar a las promociones cuando su rango de edad estuviera entre los 19 y los 23 años, siendo la moda de edad los 21.
3. Año del estudio; para evitar, en la medida de lo posible, que las transformaciones sociológicas de la población en general

podrían distorsionar los datos obtenidos en este análisis, los trabajos elegidos han sido los realizados en un rango comprendido entre los años 1980 y 1985 y siendo la moda el año 1982, en el que se han estudiado cinco de las diez promociones observadas, siendo dos de ellas anteriores a la limitación y tres posteriores.

No hemos tenido en cuenta a la hora de la estratificación de la muestra el curso académico en el que hemos estudiado a la promoción por tener menos peso específico a la hora de analizar el perfil sociológico del estudiante, y de suponer, si lo hubiésemos considerado, el rechazo de alguno de los anteriores.

Globalmente obtuvimos una muestra de 381 casos sobre un universo de 2.172 estudiantes, lo que representa al 17.54% de la población.

En definitiva, los datos generales del estudio son:

Promoción	Muestra	Población	Edad	Año de estudio	Curso
74-75	35	140	23	1980	6º
75-76	50	340	22	1980	5º
76-77	35	296	23	1982	6º
77-78	45	297	21	1981	4º
78-79	35	183	21	1982	4º
79-80	35	354	21	1982	3º
80-81	35	151	20	1982	2º
81-82	35	138	19	1982	1º
82-83	36	139	19	1983	1º
83-84	40	134	20	1985	2º

Sobre esta muestra se ha ido pasando un cuestionario (apéndice) cuyo número de respuestas ha ido variando en función de los diferentes años estudiados, pero de las que extraemos aquellos aspectos que nos interesan desde el punto de vista de este estudio y que hemos agrupado en tres tipos de datos:

- A) Personales: sexo, beca y tipo de residencia de los estudiantes.
- B) Socioeconómicos: Profesión del padre, nivel de estudios de los padres y capacidad adquisitiva de bienes de consumo.

C) De conducta: opinión del uso del anticonceptivo, relaciones sexuales fuera del matrimonio, opinión sobre el número, clausus y comportamiento frente a la práctica del deporte, situación política, opción religiosa y compra de libros no médicos.

Los datos obtenidos han sido divididos en dos grupos de estudiantes en función del año de aplicación de la limitación de plazas, comprendiendo cada uno de ellos:

-Grupo I: promociones anteriores a la limitación. Son aquellos que inicialmente sus estudios entre los años académicos 74-75 y 78-79.

-Grupo II: promociones posteriores y, por tanto tamizadas por la limitación. Corresponden a los años académicos comprendidos entre 79-80 y 83-84.

En todos los casos hemos establecido sus valores absolutos y sus porcentajes con relación a la muestra. Luego hemos confrontado los valores de uno y otro grupo mediante el método estadístico χ^2 de Pearson, considerando relaciones significativas a partir de un $p < 0.05$.

III. RESULTADOS Y COMENTARIOS.

A) Datos personales de los estudiantes:

Los datos obtenidos indican un aumento significativo ($p < 0.05$) en el porcentaje de mujeres (de 37.0 pasa a 45.7) acercándose a la composición de la población joven española en edades comprendidas entre los 19 y 23 años (50.77% para los hombres y 49.22% para las mujeres) (6), y siguiendo la tendencia de feminización creciente de la carrera de medicina. (Tabla I).

En otro aspecto personal, el disfrute de beca, según los datos obtenidos, no se ha incrementado significativamente su número ($p < 0.05$) ya que de un 24.5% de becarios de las promociones anteriores a la limitación, se ha pasado de un 25.9% en los posteriores. Esto, no obstante, pese a ser un dato que contradice la política de becas que actualmente manifiesta llevar el gobierno, ha de ser matizado por el incremento del nivel socioeconómico (Tabla XIV) obser-

cando en el mismo estudio. (Tabla II).

El tipo de residencia del estudiante no ha aportado relación significativa ($p > 0.05$), predominando en ambos grupos la residencia familiar (51.05%) sobre el piso alquilado (33.94%) y el colegio mayor (8.68%). (Tabla III).

B) Datos socioeconómicos de los estudiantes:

Cuando investigamos la profesión de los padres de los alumnos, comprobamos un aumento significativo ($p < 0.05$) de los estudiantes cuyos padres tienen una profesión liberal (médicos, abogados,...) (de un 12.2% pasa a un 28.7) o son cuadros medios de administración y empresas (del 16.1% al 25.4%), en detrimento de los cuadros superiores de la administración y las empresas y de los empresarios (de un 12.2% se ha pasado a un 5.5% y de un 18.0% se pasa al 10.5% respectivamente) y de otros trabajadores de la administración y las empresas (del 24.5% pasan al 15.46%). (Tabla IV).

Según el nivel de estudios de los padres no aparece relación significativa en la comparación de los datos del padre (Tabla IV), pero sí encontramos una fuerte significación ($p < 0.05$) con los de la madre (Tabla V), duplicando prácticamente el porcentaje de madres con estudios universitarios (8.5% pasa a 16.02%) y reduciéndose en casi 7 puntos en el caso de madres sin estudios (del 9.0% pasa al 2.2%). Esto parece indicar el reforzamiento del clima familiar culturalmente elevado que favorece la incorporación de los hijos a los estudios de medicina (7).

Por último, cuando investigamos el nivel socioeconómico en función de la compra de bienes de consumo, encontramos también diferencias ($p < 0.05$) entre los dos grupos estudiados. Así, observamos que los estudiantes comprendidos en un nivel alta han experimentado un aumento importante (del 20.0% pasan al 30.3%) con la correspondiente disminución de los porcentajes de los niveles medios (del 56.0% pasa al 44.1%) y bajos (del 24.0% pasa al 19.8%). (Tabla XIV).

C) Datos de comportamientos:

En relación con el candente tema de la limitación de plazas de acceso, los datos obtenidos indican el alto grado de acepta-

ción de la misma en ambos grupos. El grupo de estudiantes anterior a la limitación considera la medida necesaria en el 80.5% de los casos, cifra ésta que se reduce no significativamente ($p > 0.05$) en el grupo posterior (71.8%). (Tabla XI). Los estudiantes del primer grupo han sufrido el efecto devastador de la masificación en las aulas de medicina (España pasó de 55.250 a 81.517 estudiantes de medicina entre los años 1974 y 1978, y la Facultad de Medicina de Murcia vio incrementada sus aulas de 1.188 a 2.185 estudiantes en estos mismos años) (8), mientras que en el segundo grupo, hubo un contingente que accedió a medicina tras aprobar las asignaturas de primero de biológicas (9), lo que podría explicar el aumento de los que consideran innecesaria la medida (de un 18.5% pasa a un 26.5%).

No se dan diferencias significativas en la práctica de deportes (58.8% del total) (Tabla VIII), ni de las opciones políticas, con un predominio de la izquierda, (34.1%) sobre la derecha (19.4%) y el centro (14.6%) (Tabla XII). Comparando estos datos con los de la encuesta de juventud de 1982 (10) encontramos una mayor definición política en la nuestra, aunque en ambas los porcentajes de los no contesta son altísimos (31.7% en la muestra y 47.0% en la del Ministerio de Cultura). Proporción que también se mantiene en los datos de diciembre de 1980 del CIS para jóvenes comprendidos entre 21 y 25 años que supone el 30.0% (11). En cambio, los porcentajes de definición política en nuestra última encuesta, se diferencian notablemente de los de la nuestra; si observamos sus resultados, comprobamos que el espectro ideológico diferenciado de izquierdas, supone el 49.0% de la población (34.1% de nuestros datos), el de centro varía muy poco (16.0% en el CIS y 14.6% en nuestros datos) y el de derecha sufre una gran variación (5.0% en el CIS y 14.9% en nosotros). Indican estas diferencias el mayor conservadurismo proporcional del estudiantado universitario, censado en medicina.

De todas formas, es preciso no confundir esta tendencia de izquierdas a la hora de la definición ideológica con una línea progresista dentro de una serie de aspectos puntuales que la determinan. Así, cuando preguntamos sobre su opinión acerca de las relaciones

sexuales fuera del matrimonio contrastamos diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los grupos anterior y posterior a la limitación. Mientras que son contrarios a las mismas el 20% del grupo primero, al oposición a estas alcanza el 27.6% en el segundo y la conformidad desciende desde el 79.0% en el primero al 66.2% en el segundo (Tabla X).

De igual manera su opinión sobre el uso de anticonceptivos refleja significativamente ($p < 0.05$) un aumento del conservadurismo en los estudiantes del segundo grupo, que considera en un 11.6% que no deberían ser usados nunca, frente al 5% que así opinaba en el primer grupo (Tabla XI).

Esta tendencia también es palpable cuando analizamos los datos sobre el consumo de haschís, en el que el 22.8% de los encuestados en el segundo grupo afirma no consumirlo nunca, mientras que esta cifra se reducía significativamente ($p < 0.05$) al 61.5% en los del primer grupo. Así mismo, aquellos que fumaban haschís a veces, han pasado de un 32.5% en el primero a una 16.0% en el segundo (Tabla 7).

En cuanto a la opción religiosa, también hemos encontrado diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los creyentes (46.5% en el primero y 62.4% en el segundo) y un fuerte descenso de los no creyentes (51.5% a 33.7%) (Tabla XIII). Contrastando estos datos con los de 1982 de la población juvenil en general, los jóvenes creyentes son el 70% y los no creyentes el 17% (12).

Por último, otro aspecto estudiado, es el de la predisposición a la lectura por parte de los estudiantes. Para ello preguntamos por la cantidad de libros no de medicina que compraron durante el año anterior. También en esta ocasión hemos encontrado diferencias significativas ($p < 0.05$), ya que, sólo el 1.8% de la muestra de estudiantes pertenecientes al segundo grupo compraron más de 20 libros, mientras que esta cifra ascendía al 11.5% entre los del primer grupo. De la misma forma, la compra de no más de 10 libros también se ha reducido (73.5% a 71.8%) y esto, unido a que los que compran entre 11 y 20 se ha mantenido prácticamente (10.5% y 10.4% respectivamente), podemos afirmar, según nuestros datos, que las promociones surgidas

de la limitación de plazas de acceso presentan menor predisposición o disponibilidad para la lectura (Tabla IX), lo cual es sorprendente ya que son estudiantes con mayor poder adquisitivo (Tabla XIV) y formados en una familia cuyo nivel de estudios también ha aumentado (Tablas IV y V). Seguramente refleja el mayor estrés y presión académica para obtener mejores calificaciones cara a mayores oportunidades en el examen MIR u otras salidas profesionales.

IV. CONCLUSIONES.

De lo expuesto se desprende la existencia de un significativo cambio en el perfil sociológico del estudiantado de medicina como consecuencia de la aplicación de la limitación de plazas. Este cambio va en la dirección de reforzamiento y propiciamiento de las posiciones más conservadoras y tradicionales. Al ocurrir la implantación de la limitación de plazas en un ambiente de grandes dificultades para trabajar como médico al acabar la carrera, por el elevado nivel de paro, esto ya de por sí favorece el desarrollo de actitudes individualistas y extremadamente competitivas, congruentes con las consecuencias mencionadas anteriormente. En este contexto, parece lógico que se de entre el estudiantado reciente de medicina una identificación con el modelo clásico de ejercicio de la medicina y por tanto con las concepciones tradicionales o biogistas centradas en la enfermedad.

Todo ello dificultará la introducción del necesario plan de estudios en el que las disciplinas sociosanitarias alcancen un equilibrio con las básicas biológicas y las relativas a la enfermedad. Y por otra parte supondrán, estas actitudes y mentalidades más conservadoras, dificultades para la integración de los médicos así formados en una estructura sanitaria en la que el centro neurálgico no será el hospital con su práctica supertecnificada sino el centro de atención primaria de salud con los objetivos globalizadores de promoción de la salud y prevención de enfermedad, y su práctica en íntimo contacto con la población tanto sana como enferma.

Parecería conveniente ante estas perspectivas adoptar, por una parte, un sistema de cupos por extractos sociales de llevar

a cabo la limitación de plazas en las Facultades de Medicina, que no hipertrofie estas tendencias conservadoras, con mecanismos compensadores y de similar rendimiento académico: por otra, introducir a lo largo de toda la carrera procedimientos de enseñanza y de relación con el profesorado, entre los mismos alumnos y con la sociedad, que desarrollen los valores más solidarios y, en materia sanitaria, los más acordes con la conveniente reconciliación y mejora de la estructura sanitaria como servicio público, cumpliendo los objetivos de la Ley de Reforma Sanitaria.

NOTAS.

(1) FOESSA, Fundación, 1976, Estudios sociológicos sobre la situación social de España, 1975, Madrid, Suramérica.

(2) La relación médico-enfermo y la asistencia médica, VII Congreso de Historia de la Medicina, Alicante, 1983.

(3) En los últimos años ha sido evidente y ha salido repetidamente en la prensa normal y profesional la actitud opuesta de la Organización Médica Colegial a la Reforma Sanitaria.

(4) VICTORIA CONESA, J. et al, 1986, La selectividad y el rendimiento académico en los estudios de medicina, VIII Congreso de Historia de la Medicina, Murcia.

(5) AGULLA, J.C., 1973, Educación, sociedad y cambio social, Buenos Aires, Kapelusz.

(6) GRUPO DE TRABAJO sobre problemas del empleo del Ministerio de Economía y Comercio, 1981, Población, actividad y ocupación en España, Madrid.

(7) BELTRAN VILLALBA, M. et al, 1984, Informe sociológico sobre la Juventud española, 1960-1982, Madrid, Fundación Santa María/Ediciones S. M., 75.

(8) GABINETE de Estudios Estadísticos, 1983, Datos y cifras de la Enseñanza en España. 1982, Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia.

(9) VICTORIA CONESA, J. et al, 1986, La selectividad y el rendimiento académico en los estudios de medicina, VIII Congreso de Historia de la Medicina, Murcia.

(10) TOHARIA CORTES, J.J. et al. 1984. Encuesta de la Juventud. 1982, Madrid, Dirección General de la Juventud. Ministerio de Cultura, 65.

(11) BANCO de datos del CIS. Encuesta de junio de 1982, en BELTRAN VILLALBA, M. et al., 1984. Informe sociológico sobre la Juventud española. 1960-82, Madrid, Fundación Santa María Ediciones S.M.

(12) TOHARIA CORTES, J.J. et al. 1984. Encuesta de la Juventud. 1982, Madrid, Dirección General de Juventud. Ministerio de Cultura, 97.

TABLA 1 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE SEXO EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA

	ANTES	DESPUES	TOTAL
VARONES	126 (63.0)	93 (51.3)	21 (57.45)
MUJERES	74 (37.0)	88 (48.7)	162 (42.52)
	200 (100.0)	181 (100.0)	381 (100.0)

$$\chi^2 = 5.24$$

1G

$$p < 0.05$$

TABLA 2 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS BENEFICIARIOS DE BECA ACADEMICA EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA

	ANTES	DESPUES	TOTAL
SI	49 (24.5)	47 (25.9)	96 (25.1)
NO	148 (74.0)	124 (68.5)	272 (71.3)
NC	3 (1.5)	10 (5.5)	13 (3.6)
TOTAL	200 (100.0)	181 (100.0)	381 (100.0)

$$\chi^2 = 0.725$$

1G

$$p > 0.05$$

TABLA 3 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIPO
DE RESIDENCIA DEL ESTUDIANTE EN FUNCION DE LA LI-
MITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA
DE MURCIA

	<u>ANTES</u>		<u>DESPUES</u>		<u>TOTAL</u>	
FAMILIAR	105	(51.5)	91	(50.5)	194	(51.05)
OTRO MAYOR	15	(7.5)	18	(10.0)	33	(8.75)
CASE ALQUILADO	74	(37.0)	55	(30.5)	129	(33.9)
OTROS	8	(4.0)	16	(9.0)	24	(6.3)
	200	(100.0)	181	(100.0)	381	(100.00)

$$\chi^2 = 5.40 \quad 36$$

$$p > 0.05$$

TABLA 4 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACILIDAD DE MEDICINA DE MOCTEZUMA

	ANTES		DESPUES		TOTAL
SIN ESTUDIOS	4	(2.0)	4	(2.2)	8 (2.1)
PRIMARIOS	76	(38.0)	74	(40.8)	150 (59.5)
SECUNDARIOS	60	(30.0)	58	(30.9)	98 (37.7)
UNIVERSITARIOS	57	(28.5)	63	(34.8)	120 (46.4)
NC	3	(1.5)	2	(1.2)	5 (1.9)
	200	(100.0)	181	(100.0)	381 (100.0)

$\chi^2 = 1.11$ 3G $p > 0.05$

TABLA 5 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS MADRES DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA

	ANTES		DESPUES		TOTAL	
SIN ESTUDIOS	18	(9.0)	4	(2.2)	22	(5.7)
PRIMARIOS	123	(61.5)	117	(64.6)	240	(62.9)
SECUNDARIOS	42	(21.0)	29	(16.0)	71	(18.6)
UNIVERSITARIOS	17	(8.5)	29	(16.0)	46	(12.0)
NC	0	(0.0)	2	(1.1)	2	(0.5)
	200	(100.0)	181	(100.0)	381	(100.0)

$$\chi^2 = 13.46 \quad 3G$$

$$p < 0.05$$

TABLA 6

DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA PROFESION DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE PURCIA

	ANTES		DESPUES		TOTAL	
PROFESIONES LIBERALES	19	(12.2)	52	(28.7)	71	(21.15)
CUADROS SUPERIORES ADMON Y EMPRESAS	19	(12.2)	10	(5.5)	29	(8.63)
CUADROS MEDIOS ADMON Y EMPRESAS	25	(16.1)	46	(25.4)	71	(21.15)
OTROS TRABAJADORES ADMON Y EMPRESAS	38	(24.5)	28	(15.5)	66	(19.64)
FUERZAS ARMADAS	8	(5.1)	8	(4.4)	16	(4.76)
EMPRESARIOS	28	(18.0)	19	(10.5)	47	(13.98)
NO ACTIVOS	5	(3.2)	10	(5.5)	15	(4.46)
NC	13	(8.3)	8	(4.4)	21	(6.25)
	155	(100.0)	181	(100.0)	336	(100.00)

$$\chi^2 = 26.58$$

66

$$p < 0.05$$

TABLA 7 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONSUMO DE HASCHIS POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION DE ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA.

	ANTES	DESPUES	TOTAL
NUNCA	123 (61.5)	150 (82.8)	273 (71.6)
A VECES	65 (32.5)	20 (10.0)	94 (24.6)
FRECUENTEMENTE	12 (6.0)	2 (1.2)	14 (3.6)
	200 (100.0)	181 (100.0)	381 (100.0)

$$\chi^2 = 22.73 \quad 2G$$

$$p < 0.05$$

TABLA 8 DISTRIBUCION EN FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA PRACTICA DE DEPORTE DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION DE ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA.

	ANTES	DESPUES	TOTAL
SI	114 (57.0)	110 (60.7)	224 (58.8)
NO	82 (41.0)	67 (37.1)	149 (39.1)
NC	4 (2.0)	4 (2.2)	8 (2.1)
	200 (100.0)	181 (100.0)	381 (100.0)

$$\chi^2 = 0.61 \quad 1G$$

$$p > 0.05$$

TABLA 9 DISTRIBUCION EN FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA COMPR
RA DE LIBROS NO DE MEDICINA EN EL ULTIMO AÑO POR
PARTE DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION
DE ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA

	ANTES		DESPUES		TOTAL	
MENOS DE 11 LIBROS	147	(75.5)	130	(71.8)	277	(72.7)
ENTRE 11 Y 20	21	(10.5)	19	(10.4)	40	(10.4)
MAS DE 20 LIBROS	25	(11.5)	5	(1.8)	26	(6.8)
NO	9	(4.5)	29	(16.0)	38	(9.9)
	200	(100.0)	181	(100.0)	381	(100.0)

$$\chi^2 = 12.26 \quad 26$$

$$p < 0.05$$

TABLA 10

DISTRIBUCION EN FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA OPINION DE LOS ESTUDIANTES SOBRE SI ESTAN DE ACUERDO CON LAS RELACIONES SEXUALES FUERA DEL PATRIMONIO EN FUNCION DE LA LIMITACION DE ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA

	ANTES	DESPUES	TOTAL
SI	158 (79.0)	120 (66.2)	278 (72.9)
NO	40 (20.0)	50 (27.6)	90 (23.6)
NC	2 (1.0)	11 (6.2)	13 (3.4)
	200 (100.0)	181 (100.0)	381 (100.0)

$$\chi^2 = 4.27 \quad 1G$$

$$p < 0.05$$

TABLA 11

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LA OPINION DE LOS ESTUDIANTES SOBRE QUIENES DEBERIAN DE UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS

	<u>ANTES</u>		<u>DESPUES</u>		<u>TOTAL</u>	
SOLO LOS CASADOS	14	(7.0)	19	(10.4)	33	(8.6)
SIEMPRE QUE SE QUIERA	174	(87.0)	136	(75.1)	310	(81.3)
NUNCA	10	(5.0)	21	(11.6)	31	(8.1)
NC	2	(1.0)	5	(2.7)	7	(1.8)
	200	(100.0)	181	(100.0)	381	(100.0)

$$\chi^2 = 8.05 \quad 2G$$

$$p < 0.05$$

TABLA 12 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA OPCION RELIGIOSA DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA.

	ANTES	DESPUES	TOTAL
CREYENTES	93 (46.5)	113 (62.4)	206 (54.06)
NO CREYENTES	103 (51.5)	61 (33.7)	164 (43.04)
NC	4 (2.0)	7 (3.8)	11 (2.80)
	200 (100.0)	181 (100.0)	381 (100.0)

$$\chi^2 = 11.43$$

$$p < 0.05$$

TABLA 13 DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NIVEL SOCIOECONOMICO DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA.

	ANTES	DESPUES	TOTAL
ALTO	40 (20.0)	55 (30.3)	95 (24.9)
MEDIO	112 (56.0)	80 (44.1)	192 (50.3)
BAJO	48 (24.0)	36 (19.8)	84 (22.1)
NC	0 (0.0)	10 (5.7)	10 (2.7)
	200 (100.0)	181 (100.0)	381 (100.0)

$$\chi^2 = 7.19 \quad 2G$$

$$p < 0.05$$

TABLA 14

DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DEFINICION POLITICA DE LOS ESTUDIANTES EN FUNCION DE LA LIMITACION EN EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA

	ANTES		DESPUES		TOTAL	
DERECHA	41	(20.5)	33	(18.2)	74	(19.4)
CENTRO	32	(16.0)	24	(13.2)	56	(14.1)
IZQUIERDA	63	(31.5)	67	(37.0)	130	(34.1)
NC	64	(32.0)	57	(31.5)	121	(31.7)
	200	(100.0)	181	(100.0)	381	(100.0)

$$\chi^2 = 7.22 \quad 4G$$

$$p > 0.05$$

TABLA 15

DISTRIBUCION EN FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA OPI-
NION DE LOS ESTUDIANTES SOBRE LA LIMITACION DE AC-
CESO A LA FACULTAD EN FUNCION DE LA LIMITACION EN
EL ACCESO A LA FACULTAD DE MEDICINA DE MURCIA

	ANTES		DESPUES		TOTAL	
NECESARIO	161	(80.5)	130	(71.8)	291	(76.3)
INNECESARIO	37	(18.5)	48	(26.5)	85	(22.3)
NC	2	(1.5)	3	(1.6)	5	(1.3)
	200	(100.0)	181	(100.0)	381	(100.0)

$$\chi^2 = 3.07$$

16

$$p > 0.05$$

APENDICE

CUESTIONARIO PASADO A LOS ESTUDIANTES

1. Sexo: - Varón (1) - Mujer (2)
2. ¿Tienes Beca?: - SI (1) - NO (2)
3. Tipo de Residencia: - Familiar (1)
 - Colegio Mayor (2)
 - Pensión (3)
 - Habitación realquilada (4)
 - Piso alquilado (5)
 - Otro (6)
4. Nivel de estudios del padre: - Sin estudios (1)
 - Primarios (2)
 - Secundarios (3)
 - Universitarios (4)
5. Nivel de estudios de la madre: - Sin estudios (1)
 - Primarios (2)
 - Secundarios (3)
 - Universitarios (4)
6. Profesión del padre: _____
7. En casa tienes: - Moto (1) - Lavadora automát. (2)
 - Coche (2) - Lavadora normal (1)
 - TV blanco/negro (1)-Lavavajillas (3)
 - TV color (2) - Radio o cassette (1)
 - Teléfono (2) - Aspiradora (3)
 - Tocadiscos (2)
- TOTAL PUNTOS _____
8. El Número Clausus te parece: -Necesario (1) - Innecesario (2)
9. ¿Practicar algún tipo de deporte? - SI (1) -NO (2)
10. ¿Cuántos libros NO de Medicina compraste el año pasado? _____

11. ¿Estás de acuerdo con las relaciones sexuales fuera del matrimonio? - SI (1) - NO (2)

12. En tu opinión, los anticonceptivos:

- sólo deberían usarlos los casados (1)
- deberían usarse siempre que se quiera (2)
- no deberían usarse (3)

13. ¿Donde te situas políticamente?: - Izquierda (1)

- Centro (2)

- Derecha (3)

14. Te consideras persona: - Creyente (1)

- Atea (2)

- Agnóstica (3)

- Indiferente (4)

15. Sueles fumar "porros" o similares: - Nunca (1)

- A veces (2)

- Frecuentemente (3)

CONSIDERACIONES SOBRE LA ENCUESTA:

1. La pregunta sobre la profesión del padre (b), durante los diferentes años de estudio, ha sido codificada de tres formas distintas. Por homogeneizar los datos, optamos por el código intermedio, teniendo que menospreciar la información más exhaustiva de último. Así, el código utilizado es:

- 1.- Profesiones liberales: médicos, abogados, notarios,...
- 2.- Cuadros superiores de la administración y las empresas
- 3.- Cuadros medios de la administración y las empresas
- 4.- Otros trabajadores de la administración y las empresas
- 5.- Fuerzas Armadas
- 6 - Empresarios
- 7.- No activos

2. En la pregunta nº 7, los diferentes artículos expuestos han tenido que ser ampliados a lo largo de los años para mantener la misma relación entre los diferentes niveles socioeconómicos.

3. El método de análisis de la opción política del estudiantado también ha sufrido variaciones a lo largo de los años. Por ello hemos tenido que homogeneizar los datos.

4. También por criterios de homogenización, la pregunta nº 14 se ha limitado en el estudio a creyentes por una parte y al resto por otra (no creyentes en general).

COMPETENCIA DE JURISDICCION DEL HOSPITAL MILITAR DE MARINA.

Fernández Vicente, J.I.

INTRODUCCION.

La importancia de Sanidad Naval viene dada fundamentalmente por las dificultades existentes para el tratamiento médico y quirúrgico de las diferentes patologías que pueden presentarse a bordo de los navíos de guerra.

Es de una importancia indudable el que existan instalaciones de tipo hospitalario en las diferentes bases navales de la nación. No sólo para el tratamiento curativo sino para realizar una atención de tipo integral en la que tiene una extraordinaria importancia la medicina preventiva. Existiendo diferentes aspectos entre los cuales destacan por su importancia a interés las enfermedades infecciosas, y la de transmisión sexual (Sífilis, Blenorrogía, Sida).

El Hospital de Cartagena ha venido cumpliendo sus funciones en atención a los enfermos con inclusión de los empleados civiles que trabajan en marina y de pacientes correspondientes a otros ejércitos, como tierra y aire, que carecen en esta ciudad de las adecuadas instalaciones hospitalarias.

Ultimamente, el Hospital ha sido trasladado a un edificio nuevo y moderno con magníficas instalaciones, que no tiene nada que envidiar a los mejores hospitales Europeos al servicio de las Fuerzas Armadas y de la OTAN. En este nuevo centro hospitalario se presta atención integral a todo el personal de los tres ejércitos.

Es claro que la función de los hospitales era muy diferente a la actual. En el Siglo XIX, el Hospital de Marina de Cartagena, cumplió perfectamente, en función, naturalmente con los medios disponibles en aquella época, en la cual prestó su atención no sólo a las Fuerzas Armadas, sino a los problemas médicos que existieron en el personal de la Marina Mercante, que llegaba a éste importante puerto del Mediterráneo (tanto de arribada, en caso de emergencia, como

de llegada a dicho puerto) como una escala en las rutas habituales.

En el siglo XIX, una de las funciones más importantes de este hospital, era el controlar los focos epidémicos y el evitar su propagación, no sólo dentro de las Fuerzas Armadas, sino también de la población civil.

Entre las epidemias, a las que hacemos referencia, destaca el cólera, la gripe y el paludismo. Y no hay que olvidar el paso por este hospital de los pacientes afectados de una tuberculosis pulmonar, aunque más tarde fueron desviados a sanatorios del interior, ya que no era específico del centro ocuparse de dichas enfermedades.

Tampoco hemos de olvidar el importante papel que ha tenido el hospital, por lo que respecta a Medicina Preventiva.

VICISITUDES DEL HOSPITAL.

El edificio destinado a Hospital Militar de Marina del Departamento, fué terminado de construir en el año 1762.

Desde la inauguración del Hospital estuvo a cargo de la Marina, si bien en algunas épocas se utilizaron los altos del Hospital para alojar algunos Regimientos del Ejército, por falta de otros alojamientos en la Plaza; siempre con autorización del Capitán General del Departamento, aprobada por el Ministerio de Marina, ocasionando la permanencia de las tropas perjuicios y desperfectos en los locales, que fueron motivo de algunas controversias sobre quién debía proceder a su reparación.

Con las denominaciones del Real Hospital de Antiguones, Hospital Nacional de Marina y Real Hospital Militar de Marina, funcionó bajo el mando y administración de la misma hasta el año 1818, que dejó de pertenecer a Marina como consecuencia de la Real Orden de 20 de octubre de 1817, debido a problemas económicos. Estos afectaban a los tres departamentos, el de Cádiz, Ferrol y Cartagena.

Debía entregar o traspasar a la Real Hacienda, no sólo el material sanitario que poseía este Hospital, sino también el edificio mismo, mediante inventario que lleva fecha de 1º de febrero de 1818, día en que probablemente tuvo lugar la entrega. Sin embargo no debió

citar la Marina que por tal acto se despoysera de la propiedad de este edificio que los consideraba como suyos (1).

En Real Orden de 5 de marzo de 1866, el mando y la administración del Hospital, que estaban a cargo del Ejército, pasa de nuevo a Marina (esta Real Orden abarcaba también el Hospital del Ferrol) en razón a que afluyendo a ellos en mayor número los individuos de la Armada, parece natural que el servicio hospitalario se haga por su administración. Se señala para esto el 1 de junio, pero dos días antes se presentaron en el establecimiento los sobrestantes del Cuerpo de Ingenieros del Ejército con el objeto de cortar las alas de medicina y cirugía, reduciéndolas a la mitad de su extensión, dejando la otra mitad para cuarteles (2). Por lo que Marina desiste de tener a su cargo el servicio hospitalario de que se trata, saliendo pues la Real Orden de 11 de diciembre de 1866, hecha efectiva el 27 del mismo año, en que vuelve el Hospital otra vez a guerra (3).

- Razones que pueden alegarse para obtener su reivindicación. (4)

Son tan evidentes o de sentido común, las razones que existen para que este Hospital sean de Marina y esté por consiguiente bajo su régimen y jurisdicción.

a) Su fundación y destino: Marina fundó y costeó este Hospital con fondos que se le asignaron al efecto, y destinado a satisfacer las necesidades hospitalarias de su propio ramo.

b) Cesación de la causa que obligó a la cesión: En la Real Orden del año 17, Marina pasaba una época de penuria económica, ya que apenas le pagaban las cantidades necesarias para el mantenimiento de sus servidores. Esto cesó al cambiar el sistema de presupuestos. Sucedió en el año 1828, ocasión propicia para que Marina reclamara sus hospitales.

c) Hecho de la reversión de los hospitales de Ferrol y Cádiz a la Marina: No ocurriendo así con el de Cartagena, siendo los tres fundados por y para la Marina, pasando los tres por las mismas vicisitudes.

d) Superioridad numérica de enfermos: Haciéndose expreso en el número de defunciones.

e) Superioridad numérica de estancias: Aunque este apartado parece innecesario con relación al anterior, ya que a mayor número de enfermos, corresponde mayor número de estancias. Pero es que además de ser superior no guarda proporción el promedio de las estancias que causa el marinero con las que causa el soldado. Esta desproporción es debido a las duras y trabajosas condiciones de profesión.

f) Mayor participación en el gasto: Pues al pagar la Marina más estancias contribuye a una proporción mayor al gasto general del establecimiento. Reintegrando las estancias de los suyos a la administración militar.

Además de que el importe de la nómina de los empleados mayores carga mucho más a la Marina que al ejército: pues la primera paga un subinspector de primer, cuatro médicos mayores, tres oficiales médicos y un capellán, mientras que el segundo no paga más que un oficial de administración militar que hace de administrador o pagador del establecimiento, un farmacéutico mayor, un segundo y un capellán

g) Mayor facilidad de atenderlo con los recursos del establecimiento: Un Gobierno Militar no puede tener recursos personales y materiales para cubrir todo género de necesidades, como una Capitanía General; y si a esto se le añade que ésta puede disponer de un arsenal ampliamente provisto de unos y de otros, la comparación ha de ser todavía más desventajosa. Este con el numeroso personal destinado y sin destino que como Capitanía General le corresponde, y con los abundantes auxilios del servicio y hasta las calamidades públicas como epidemias. Ventajas respecto al número de médicos, pues están los destinados al Hospital, los de los buques, arsenal y los de otras dependencias del Departamento, que pueden pasar al Hospital en auxilio de aquéllos cuando las circunstancias lo exigen.

Igual ocurre con los practicantes, indispensables auxiliares del médico, constantemente hay en el arsenal, cruzados de brazos en expectativa de destino. Estos podrían estar asignados al Hospital, con la suficiente competencia para sus servicios, pues son practicantes de carrera, que entran por oposición, en vez de que los sanitarios del Ejército son simples soldados, faltos por lo general de los especia-

los conocimientos que exigen sus funciones. Por último, los recursos que podría sacar de ese Arsenal, para atender sin gasto perceptible para el Estado a las reparaciones y mejoras más ordinarias del Edificio. Todo esto con las sobras del Arsenal, todavía útiles.

h) Capacidad de la jurisdicción médico-militar: La jurisdicción médico castrense tiene por objeto juzgar a los enfermos bajo el punto de vista de su utilidad e inutilidad para el servicio de las armas, reside en todos los Departamentos marítimos y Distritos Militares en el Hospital de la Capital. Por lo que resulta que el Hospital Jurisdiccional de la Marina es éste de Cartagena y el Hospital Jurisdiccional del Ejército es el de Valencia.

i) Razones de mando y jurisdicción: Resulta que quienes aparecen en primer término como partes actores o contendientes en los asuntos de este Hospital, cuando de ellos se originan cuestiones o razonamientos, son el Capitán General de Marina por un lado y el Gobernador Militar del Ejército por otro; y que quien viene a dar el tono en estos asuntos, otorgando o negando, según, tiene por conveniente, es el último, a pesar de la inferioridad de su categoría respecto al primero, más aún residiendo en Valencia. Esto tiene una trascendencia incalculable sobre el servicio, pues necesitado de una Inspección continúa y vigilante en lo sanitario como en lo económico señalada como un deber y como un derecho principalmente a los jefes superiores de Administración y de Sanidad del Distrito y del Departamento, esta Inspección nunca se ejerce, a lo menos con la frecuencia que se debiera, ni por los jefes respectivos de Valencia, por no estar aquí, ni por los jefes correspondientes de Marina por no meterse en casa ajena.

Nuevamente se suscita la cuestión de la entrega del Hospital a la Marina en el año 1885, habiéndose dispuesto la Real Orden de 21 de febrero, para que quede a cargo definitivamente del Ministerio de Marina, el Hospital Militar de Cartagena, así como el servicio económico y facultativo del mismo. Cesando los sanitarios del Ejército y nombrando de la Armada.

En el 31 del 1 del 1889, se elevan las Bases redactadas

al Ministerio. Son doce Bases de las que afectan a la cuestión de propiedad, especialmente las 1ª, 2ª, que más se refunden en un solo.

Por Real Orden de 3 de junio de 1890, se dispuso que hasta el 1º de julio no se efectúe la entrega a la Marina del Hospital Militar, que será de carácter provisional.

Pocos días después, se suscitó una cuestión de competencia con el Gobierno Militar de la Plaza, por lo que se refiere a la jurisdicción, por no estar de acuerdo que en todos los mimbres se llamara al Hospital: "HOSPITAL DE MARINA". Esta competencia de jurisdicción fué resuelta en principio por Real Orden de 27 de febrero de 1891, aprobando dos conceptos: -Que el Hospital se llame: "Hospital de Marina.

-Que en él habite el administrador del mismo.

(5).

El Real Decreto de 14 de noviembre de 1888, se efectuó la entrega de carácter provisional y por Real Orden de 13 de septiembre de 1892, se dispuso la entrega definitiva. Otra Real Orden de 14 de mayo de 1926 se dispone la entrega del inmueble cuartel del Hospital al ramo de Marina.

- Proyecto de Bases para la entrega del Hospital Militar de Cartagena al ramo de Marina, según lo dispuesto por Real Decreto de 14 de noviembre de 1888. (6)

1º/ En cumplimiento de lo prevenido, en Real Orden de 22 de octubre de 1870, el ramo de Guerra hará entrega del edificio, con las formalidades que la misma prescribe a la Hacienda Pública, de quien lo recibirá la Administración de la Armada, previa la circulación de las correspondientes disposiciones.

2º/ El personal de Administración de la Armada, designado al efecto, se hará entrega del material que esté a cargo de la Administración Militar, así como de los medicamentos, efectos y utensilios de farmacia verificándose mediante inventario, valorado con igual clasificación en cuanto al administrativo que la reglamentaria, estos, "nuevo" y "en servicio": y en cuanto al de farmacia útil, se valorará al coste que resulte en la relación de exigencias que se

forme en 30 de junio actual.

Para la valoración de las ropas y efectos se tomarán los precios que figuran en la cuenta anual que se rinda en la citada fecha con las modificaciones a que de lugar el tiempo transcurrido si la entrega se hiciese posteriormente a aquélla.

No obstante que entre las corporaciones que median en la entrega no puede haber otros deseos que el de acierto, equidad y buena inteligencia en su representación: puesto que una y otra son fiel custodia de los intereses del Estado; para la debida formalidad y justificación del avalúo, se nombrarán peritos caso de no hallarse conformes los representantes de Marina con el valor señalado, por la Administración Militar modificando éste siempre que hubiese acuerdo al parecer de un tercero nombrado al efecto por quien corresponda.

3º/ La Marina podría dejar a disposición de la Administración Militar aquellos efectos que por ser de uso exclusivo del ramo de Guerra, no tengan aplicación a un especial servicio quedando en su consecuencia exceptuadas de la entrega y debiendo ser retirados oportunamente del establecimiento; si bien de ocurrir este caso debe procurarse limitarse todo lo posible a fin de no gravar al Estado con transporte en todas las ocasiones costosas y siempre difíciles, atendida la clase de material que pudiera ser desechado.

4º/ El importe que resulte del inventario valorado, una vez dispuesto el reintegro a Guerra por el presupuesto de Marina, lo será con sujeción a las prescripciones reglamentarias y en la forma que dentro de ellas acuerden los centros de contabilidad de Guerra y Marina, que a dicho fin se pondrá en relación.

5º/ Las estancias que en el Hospital Naval de Cartagena causen todos los individuos dependientes del presupuesto de Guerra, que a ellos tuvieran derecho se reintegraran mensualmente por libramientos expedidos por la Intendencia Militar de Valencia, previa la presentación en duplicado ejemplar de las relaciones y resúmenes de estancias; siendo éstas valoradas al precio de coste en el mes a que correspondan en reciprocidad de lo que hasta el presente ha practicado el ramo de Guerra con las hospitalidades correspondientes al MINISTERIO DE

MARIA

La Administración de la Armada gestionará directamente el reintegro de las que en dicho establecimiento pudieran causar fuerzas extrañas al presupuesto de Guerra.

6º/ Con la puntualidad que exija el mejor servicio se facilitarán por la Administración de la Armada, los documentos periódicos para la revista administrativa, y todos los demás que están o puedan estar prescritos para el régimen de los cuerpos o para las necesarias operaciones de contabilidad por parte de la Administración Militar.

7º/ Esta facilitará a la de la Armada, los documentos, libros, registros y demás antecedentes que constituyen aquella parte de archivo que pueda ser necesaria a las incidencias y frecuentes consultas que ocurran en el curso del servicio, verificándose la entrega mediante inventario que se redactará en el número de ejemplares necesarios a ambas corporaciones. Una vez transcurrido el tiempo que sea preciso para dicha consulta y que se considera puede ser todo el próximo año económico se hará la devolución de todos los documentos y libros a los archivos de la Administración Militar.

8º/ Recíprocamente se facilitarán las oficinas de ambas administraciones, los datos, documentos y demás que necesitan en obsequio del mejor servicio antes y después de la entrega.

9º/ Los artículos alimenticios y demás de inmediato consumo que existan al verificarse la entrega, lo serán mediante inventario valorado a los mismos precios de adquisición o contrata y su importe reintegrado en la misma forma que la señalada en la base 4º para las ropas y efectos.

10º/ La Administración de la Armada continuará los convenios existentes para el abastecimiento de los artículos de consumo, hasta el 3 de julio próximo, fecha de su terminación, caso de que la entrega del servicio tenga lugar antes de finalizar el período de contrata, se verifique en otra anterior.

11º/ Podrán tener entrada en el establecimiento para todas las funciones propias de las obligaciones que le están encomenda-

das, los Jefes y oficiales de Administración Militar, Capitán de visita de Hospital, Capellán, jefes, oficiales y clases del cuerpo a que pertenezcan los enfermos.

OBRA PARA INSTALAR UN CUARTEL EN EL HOSPITAL (7).

Por querer hacer, Guerra, obras en el Hospital, para instalar un cuartel, el Capitán General escribe al Gobernador Militar, para que se paralicen las obras, hasta el 1 de junio que pasará el Hospital a Marina: pero éste le responde que aunque pase a manos de Marina la administración del hospital, no pasa el edificio que sigue del ramo de Guerra, así como su entretenimiento, conservación y reformas al Cuerpo de Ingenieros a manos de sus jefes superiores; pero por orden del Capitán General del Distrito de Valencia, dispone que se prosigan las obras paralizadas por Marina. El Ministerio de Marina no está de acuerdo con estas obras. Las obras según la Carta de 14 de agosto de 1866, del Ministro Subinspector del Hospital al Capitán General del Departamento, comienzan con la planta baja en el ángulo occidental de la fachada, que da frente al mediodía, en una de las cuadras donde estaban los utensilios; dichas cuadras van a ser divididas para colocar en ellas la entrada con escaleras para los pisos altos, a la derecha, cuerpo de guardia y portería, y a la izquierda, contraloría y comisaría de entradas. Procediendo enseguida a tabicar la sala de los enfermos, dejando la mejor parte para Guerra. Además de lo que supone destinar tanto dinero para estropear dicho edificio construido magníficamente por Marina para dicho fin, un buen Hospital, y que quieren pasarlo a Hospital y cuartel o pabellón militar. Dejarán el Hospital sin tres salas de las ocupadas para casos de epidemias, sin buenas salas de convalecencia, de aseo y ventilación de ropas. Y sin habitación para los empleados del servicio, además de las oficinas de lencería, cocina, despensa, farmacia y capilla, y sin buenas y abundantes aguas.

Marina fabricó 2 aljibes, una en cada patio de los dos que dan ventilación y luz al interior del edificio. Una para recoger las aguas limpias de los tejados y la otra para recoger las más sucias

y del exterior. Esta última es escasa e inservible para beber, usándose para limpieza, dejando el agua del otro aljibe para beber. Pues bien, el ramo de Guerra se queda con el patio que tiene el aljibe con agua potable y deja para el Hospital el aljibe con poca agua y sucia.

El día 15, el Jefe Local Facultativo del Hospital escribe a sus Superiores con el fin de solucionar el problema: en la actualidad en la planta baja se levantan las paredes por donde será la entrada principal a la 1/2 del edificio, que dejan para Hospital. El corte se da de norte a sur, reservando para cuartel el patio y dependencias del este. Las paredes se elevan en la parte interior frente a la 5ª ventana del sur, contando desde el oeste, las cuales formarán entre sí un espacio de 8 metros, que formarán el zaguán y sostén de las escaleras para comunicación con los pisos superiores.

Las salas del frente sur que son las que reúnen las mejores condiciones higiénicas, tanto las del 1º como 2º piso, compuestas por dos naves, una externa que mira al mar y otra interna a los corredores del patio; son las destinadas para la caja de escaleras, la perforación se realizará en el tercio oeste, de su nave interna, dejando en el extremo oeste un cuarto que será para enfermeros, que en otra mutilación que le hacen a dicha nave de 6 metros, en su extremo este, queda reducida a menos de la mitad de su extensión que hoy tiene. Las del oeste, no reúnen buenas condiciones por formar una rampa el terreno que tiene delante de sí, empieza en el ángulo sur ascendiendo hasta el norte, en cuyo punto se eleva hasta cubrir las ventanas del 2º piso. Este, unido al monte y plaza de toros, les impide la ventilación necesaria y nociva al estancamiento de las aguas en el foso que separa la rampa del edificio. De esta zona se quitaron a los enfermos de cirugía, pues se les producía gangrena a sus úlceras y a los enfermos de fiebre, tomaban carácter maligno. En la actualidad sólo se hayan ocupadas el 1er. piso, por los enfermos de sarna, pues tienen un cuarto para baños y son los que menos tiempo necesitan para curarse. En el lado norte del 1er. piso, carecen de ventilación y luz por cubrirlo completamente la muralla del foso y por el estancamiento de agua, como la del lado oeste, la hacen inútil para enfermería.

La superior a ésta, por hallarse más ventilada con más luz, podían utilizarse para venéreas, pero como se halla ocupada por Comisaría de Guerra de esta plaza, no se puede contar con ella. Se ha de pensar también que las aguas estancadas, norte y sur, desprenden gases que serían nocivos originando importantísimos males. Además de quedarse Guerra con el aljibe de más abundante agua y ser ésta inmejorable, no siendo potable y escasa la que dejan al Hospital. Otro obstáculo es querer separar la cocina de la enfermería, por lo que los alimentos tienen que atravesar una gran distancia, llegando éstos a los enfermos fríos y nocivos. Pero lo más grave es juntar en el mismo edificio el estruendo de los instrumentos de la tropa y lo bullicioso del soldado sano y robusto con el silencio, tranquilidad y sosiego que necesita el triste paciente. Las enfermerías que dan son: en el frente sur y media nave que escasamente estarán los enfermos de medicina. Otra igual en el piso de arriba dedicada a cirugía. Tanto una como la otra, no son suficientes, si por cualquier causa aumentan los enfermos. En la parte oeste, sólo por las de sauna, por las razones ya dichas, y las del norte, inserivibles para enfermerías. Faltando pues local para las enfermerías de venéreo, oftálmico, fiebre exantemática y convalecencia, que deben estar en salas separadas, sobre todo en casos de epidemia.

En Real Orden de 26 de septiembre de 1866, Su Majestas, la Reina dicta la necesidad de que se suspendan las obras en tanto no se dicte la resolución conveniente.

Según el Ministerio de Guerra, es cierto que el Hospital está construido fenomenalmente con todas las ventajas necesarias, por lo que no se puede estropear con divisiones ni obras. Primero se pensó llevar el Hospital a otro sitio y alojar allí a dos Regimientos, como no fué posible se pensó en separar el edificio, mitad Hospital y mitad acuartelamiento. Suspendidas las obras por Real Orden se dijo que destinarán a Hospital la mejor parte, para ello lo elegirían los profesores de medicina y cirugía, y Jefes de Administración responsables del servicio hospitalario. Para ésto se encargó el Capitán General de Valencia y el Ingeniero General, sin presentarse los que daban

de estar, por lo que eligieron la peor parte para hospital. Por lo que como no se da el edificio a Marina, es mejor, pues se queda Guerra otra vez con la administración, según la Carta del 6 de octubre de 1866, y que se aprobó por Real Orden de 11 de diciembre de 1866. Queda pues sin efecto la Real Orden del 19 de febrero del año pasado. Pasa a manos de Guerra el 1º de febrero de 1867.

El Comandante de Ingenieros. en Carta del 15 de noviembre de 1866, escribe al General Gobernador para que a su vez lo comunique al Capitán General de Marina, que por continuar las obras, es preciso desalojar el 1º y 2º piso, zona oeste, para la construcción de las escaleras, donde se hayan los enfermos de cirugía y venéreas.

El 11 de abril de 1860, otra Real Orden dispone que de acuerdo con Guerra, se lleve a cargo la entrega del Hospital y que el farmacéutico continúe en su puesto, hasta que Marina ponga otro en su lugar, o hasta que se resuelva el local para instalar una farmacia militar en el hospital.

Otra Real Orden de 3 de junio de 1860, establece que hasta el 1º de julio no se entregue a Marina el Hospital, por carecer de presupuesto.

En oficio de 25 de junio de 1860, del Gobernador, observa diferencia en las bases que tiene el ramo de Guerra y los que tiene Marina, por lo que no puede efectuarse la entrega del Hospital hasta que lo resuelva el Capitán General del Distrito.

Aunque el 1º de julio de 1860, ya se ocupa Marina de la Administración del Hospital, los 10 días será el Comisario de Guerra quien facilitará el pan con cargo a Marina.

En oficio del Intendente, en Carta del 28 de julio de 1860, da conocimiento de haber terminado en la tarde del 19 de julio el recibo por Marina del material existente en el Hospital. Inventarios hechos por Guerra valorados en 36.293 Ptas. con 35 céntimos.

INSTALAR UNA FARMACIA EN EL HOSPITAL. (8)

La Carta de 16 de junio de 1860, del Ministerio de Guerra, dirigida al Ministro de Marina, expone que por Real Decreto de 14

A noviembre de 1889, el servicio del Hospital queda a cargo de Marina, para no privar a los Generales, Jefes y Oficiales de las ventajas de surtirse de medicamentos en la farmacia de dicho Hospital; más la economía que resulta para el Estado, el hacerse el suministro de sustancias medicinales en las farmacias militares, por Real Decreto, resuelven que se instale en aquella plaza una Farmacia a cargo del Cuerpo de Sanidad Militar, en el local que ocupa en la actualidad la farmacia del Hospital. Esta Real Orden de la unificación del servicio farmacéutico para los dos cuerpos, se creó el 12 de junio de 1890.

La entrega de la Botica, se le dió al Farmacéutico de Marín, D. Bernardino Jaime, por Real Orden de 26 de enero de 1891, pero rigiéndose por el formulario de la del Ejército.

Según Real Orden de 26 de agosto de 1891, los precios de las medicinas que se consumen en los Hospitales y los que se facilitan en los cuerpos y oficiales, que se atengan a los precios marcados según las tarifas de Guerra, y que se pida del Ministerio de Guerra tres ejemplares de los libros siguientes:

- a) Ejemplares de Formulario farmacéutico para el servicio del Ejército. (EDIC. de 1890).
- b) Tarifas de Tasación de medicinas magistrales comprendidas en el formulario vigente, aprobado en Real Orden de 9 de enero de 1891.
- c) Tarifas de las medicinas que se consumen en los hospitales militares, aprobado por Real Orden de igual fecha.

Tres ejemplares entregados, uno de cada clase a la Intendencia de Marina, Inspección de Sanidad, y Hospital de ese Departamento Marítimo de Cartagena.

En Real Orden de 31 de diciembre de 1892, se aprueba el Reglamento de Unificación del servicio farmacéutico de la Armada, con el del ejército, en los Departamentos del Ferrol y Cartagena, y el de Cádiz cuando termine el actual contrato.

ALOJAMIENTO DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD EN EL HOSPITAL (9)

Guerra no está de acuerdo con las obras pensadas para instalar a las Hermanas en el Hospital, por lo que como medida provisional, se alojaron en el local dispuesto hoy para sala de Oficiales, en donde no había que hacer obras.

Pero el 22 de mayo de 1892, el Director refiere que hay varias hermanas con fiebre gástrica tifoidea, muriendo incluso algunas. Las causas son la aglomeración de 13 ó 14 personas en un departamento muy reducido, cuyos puntos de ventilación dan el foso del Hospital y al artilatero o depósito de cadáveres, no viéndose nunca el sol. Este afecta a la salud de todo el Hospital, no sólo de las Hermanas, por lo que es necesario trasladar a las Hermanas a otro local más adecuado con obra de albañilería, que bloquee y funugara el local que desalojan. Sobre todo por venir pronto la estación del calor. Para el alojamiento de las Hermanas, es necesario levantar un tabique con una puerta y cocina propia para la comunidad, que las aisle de la sala de los enfermos que está contigua.

CONFLICTO DE GASTOS DE ENTIERRO Y CONDUCCION DE CADAVERES AL CAMPOSANTO (10)

Según la Real Orden de 31 de mayo de 1860, al ingresar en los Hospitales Militares, cadáveres de individuos de Marina, los gastos de conducción al Campo Santo, se comprenden en el gasto de estancias, como si el individuo hubiera fallecido en el establecimiento.

Al morir el artillero, Juan Simano Teruel, pagó Guerra 22 Ptas. por los gastos de conducción y entierro, y como según la Real Orden de 14 de junio de 1894, dice que dichos gastos serán sufragados con cargo al material de Hospital: el Teniente Coronel (Jefe del 6º Bon. Artillería) exige a Marina el reintegro de tal dinero (pues es Marina quien lleva la Administración). Pues el tener dispuesto que nuestros hospitales reciban personal del Ejército para su curación, adquiere éste los mismos derechos que el de Marina, por lo tanto si la Real Orden de Marina de 28 de marzo de 1889 (no conociéndose

oficialmente la dictada por Guerra el 14 de junio) dispone que los que fallezcan lleven ataúd. Este debe de llevarlo todo el que fallezca en el Hospital. Pero el Capitán General explica que se trata de la adquisición de dicho ataúd y la conducción al cementerio con la tartana que hay en la Caridad, por el pago de 3 Ptas. por el uso de ella. Pero el cuerpo de Artillería, la desechó y mandó el coche fúnebre de 3ª clase, por lo que aumentaba el gasto. El único desembolso que ha hecho Marina y que se lo reclamará a Guerra, se reduce a 10 Ptas. por el importe del ataúd, pero la conducción del cadáver ha sido abonado por el cuerpo de Artillería, quien podrá solicitar el reintegro si procede a la oficina de Administración Militar, nunca a este establecimiento. Respecto a las dos Ptas. por derecho de fosa, tampoco se ha abonado por este Hospital, por hacerse en la General que es gratuita.

El 2 de agosto de 1894, exige Marina a Guerra el importe de los gastos del entierro de los fallecidos, así como el importe de las estancias, pues el Departamento de cada ramo es el que ha de sufragar los gastos de los individuos que le son propios. Pero Guerra, el 29 de noviembre se opone al reintegro de entierro y caja por pretender que el gasto afecte al valor de la estancia como practican en los hospitales con los individuos de Marina, que fallecen en los mismos, pero hay perjuicio con este sistema, porque son menos los de la Armada que fallecen en aquellos que los del Ejército.

EXTRACCION POR GUERRA DE ORNAMENTOS Y VASOS SAGRADOS DE LA CAPILLA DEL HOSPITAL (11).

En una Carta con fecha de 25 de abril de 1866, explica que en el período de transición del Hospital de manos del Ejército a Marina, el Intendente del Ejército de Valencia, manda a pedir a la Capilla del Hospital de Cartagena, que le envíen los ornamentos y Vasos Sagrados, y aunque el cura párroco los niega dando largas hasta que pase el Hospital a Marina. Guerra antes de dar dicho Hospital a Marina se llevó todo lo mejor de la Capilla, dejando menos de lo indispensable para el servicio parroquial, exigiendo el Capellán Párroco que le devolviesen los enseres necesarios: 1 estola morada y blanca,

2 Albas, 2 Amigos, 2 cinturones, 2 manteles de hilo para el altar, 12 purificadoras, 2 solanas, 2 bonetes, 1 balandrán para las confesiones, 1 confesionario, 1 mesa escritorio para el archivo, 1 sillón para lo mismo.

DIFERENCIA DE SUELDOS DE PLANA MENOR ENTRE GUERRA Y MARINA (12).

Las nóminas de Plana Menor del Ramo de Guerra son superiores a las de Marina. Esta diferencia queda compensada por la ración alimenticia que se les da a los de Marina. Pero para evitar disgustos se pide que pasen el género a metálico. Esto se refleja en Carta de 22 de julio de 1890.

	<u>S. por Guerra</u>	<u>S. por Marina</u>
Cocinero	67,50	60
Mozo de 1ª	60	45
Mozo de 2ª	52,50	45
Enfermeros	60	45
Portero	60	52,50

CONCLUSIONES

El Hospital de Marina de Guerra ha sido un baluarte médico-quirúrgico, para la ciudad y para las Fuerzas Armadas, que ha cumplido sus funciones en un enclave portuario y estratégico, tan importante como en esta milenaria ciudad.

He de destacar, amén de las atenciones médico-quirúrgico a los pacientes en él atendidos, la importante faceta de la medicina preventiva y de la atención integral a las Fuerzas Armadas y personal de la Marina Mercante.

Actualmente, habría que añadir a estas funciones, las correspondientes a un hospital moderno integrado en el sistema sanitario de la Alianza Atlántica.

Respecto a querer hacer Guerra en el Hospital un cuartel, influye mucho por el personal. Existe inquietud, malestar y desorganización, entre la gente.

Y unos por otros, las obras en el hospital, han puesto

de mal humor a Marina, Guerra se lleva la mejor parte, la aljibe de agua potable, la otra aljibe es de agua mala inservible para beber.

Las obras de entretenimiento y conservación del edificio se demoran, pues Guerra dice que la obligación es de Marina y ésta establece lo contrario.

La unión de las Farmacias Militares de Marina-Guerra, sirve para poder suministrar medicinas a individuos del Ejército de Tierra.

Otro de los aspectos a destacar, es el gesto del ejército de Valencia, para llevarse todos los ornamentos de la Capilla, cuando el Hospital pasara a Marina.

También el problema del alojamiento de las Hermanas de la Caridad, que Guerra no está dispuesto a que se realicen obras.

Otro de los conflictos es quien paga los gastos de conducción y enterramiento de un cadáver de Ejército o Marina. Ejército quiere que sea a cargo de los gastos del Hospital, como así ocurre con los cadáveres de Marina, pero esto no es justo, pues son más individuos de Ejército los que fallecen en el Hospital que fallecidos de Marina.

Hay una diferencia de sueldos, siendo el mayor el del Ejército y menor el de Marina. Pero ésta se suple, pues, con ración alimenticia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) "LEGISLACION MARITIMA DE ESPAÑA" Año 1866.
"MANUAL DE RR.OO DE GENERALIDAD PARA EL GOBIERNO DE LA ARMADA" de D. Juan Lasso de la Vega y Argüelles, Madrid, Año 1866. Establecimiento tipográfico de Estrada, Díez y López. C/ Hiedra, 5 y 7.
- 2) Real Orden de 5 de marzo de 1866 (Igual al apartado 1º).
- 3) Real Orden de 11 de Diciembre de 1866 (Igual al apartado 1º).
- 4) Igual que el apartado 1º. BOLETIN MEDICINA NAVAL, pág. 51.
- 5) Real Orden de 27 de febrero de 1891: "LEGISLACION MARITIMA DE ESPAÑA", "MANUAL DE RR.OO DE GENERALIDAD PARA EL GOBIERNO DE LA ARMADA"

de E. Rafael Gálvez y Rodríguez de Arias. Madrid 1891. Imprenta de Infantería de Marina.

6) ARCHIVO HISTORICO DE LA ARMADA. Legajo MXII b, L-1, C-3 (dentro de la carpetilla expte. 12-sept.-1892-93.

7) ARCHIVO HISTORICO DE LA ARMADA. Legajo MXII b, L-1, C-2.

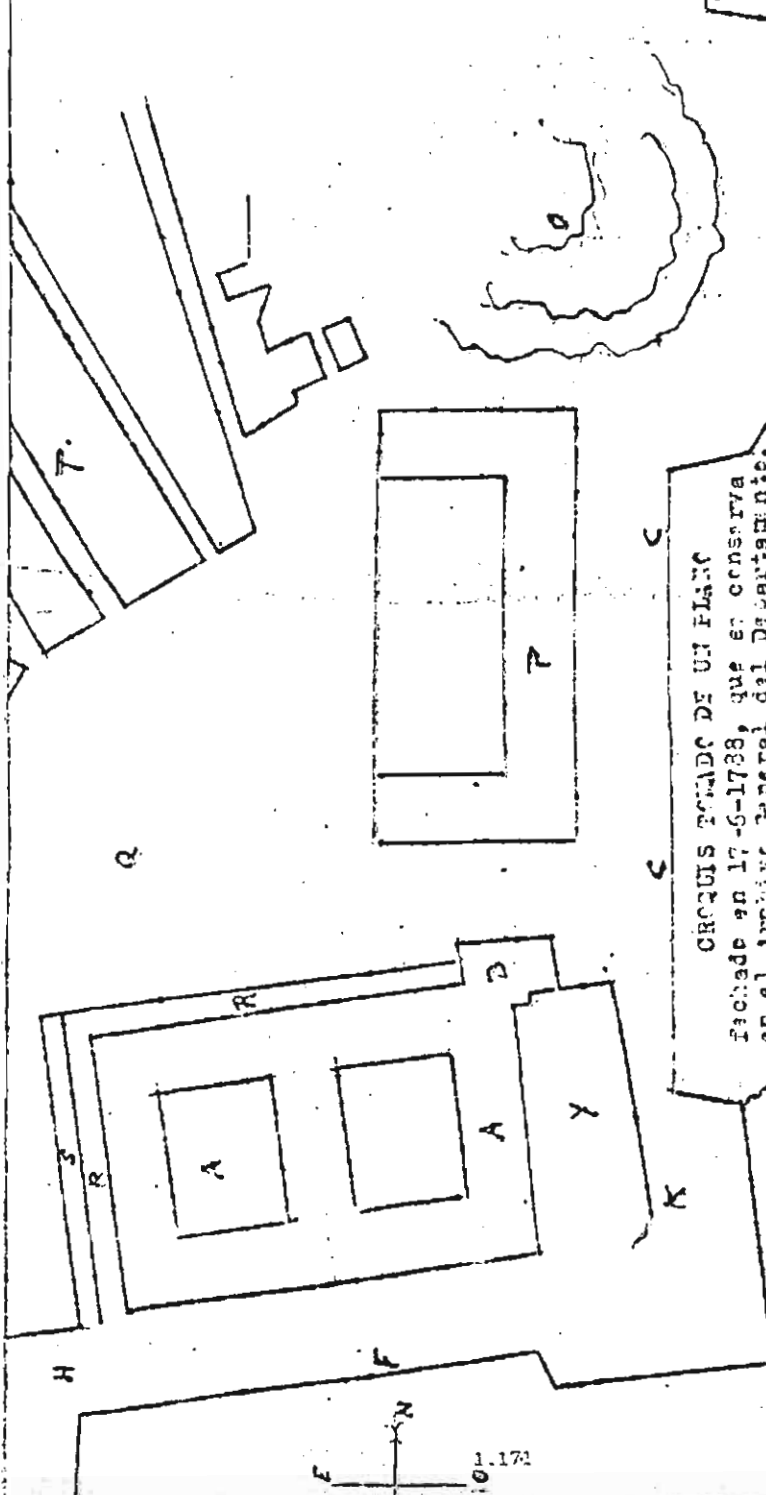
8) Igual al anterior " " " MXIIa, L-1, C-1.

9) " " " " " MXII a, L-1, C 16.

10) " " " " " MXII a, L-1, C-8.

11) " " " " " MXII a, L-1, C-17.

12) " " " " " MXII a, L-1, C-15.



CRQUIS TOMADO DE UN PLANO

fechado en 17-6-1738, que se conserva en el Archivo General del Departamento.

- A.-El Real Hospital
- B.-Oficinas del Edificio
- C.-Muralla de Tierra
- D.-Muralla del Mar
- E.-Escuadrilla del Mar
- F.-Escuadrilla entra el revestimiento de la varana y el costado del Hospital de 38 varas de ancho.
- G.-Rambla salida cortina Muralla de Tierra
- H.-Puerto llamado Caballo de la Cruz.
- I.-Paraje llamado de los Anticuchos donde hay (dijo el plano), proyectado un Cuartel de Infanteria.
- J.-Plaza Superior (dice el plano) que tiene el Hospital en terreno equivale 14 varas sobre el nivel del Paseo de la Mar a la parte Norte.
- K.-Calle o Paseo de 15 varas de ancho que se dejó para desahogo del Hospital por el Norte y pendiente.
- L.-Calle o rampa que sube desde el Paseo de la Mar a la Plaza Superior.
- M.-Parte de la edificación de la Ciudad.