

Médicos y cirujanos en Extremadura a finales del siglo XVIII

MERCEDES GRANJEL (*)

BIBLID [0211-9536(2002) 22; 151-187]

Fecha de aceptación: enero 2002

SUMARIO

1.—Extremadura, 1791: La tierra y los hombres. 2.—El interrogatorio de la Real Audiencia (1791). 3.—Profesionales sanitarios en tierras extremeñas. 4.—Desigualdades y contrastes regionales: distribución de los médicos en Extremadura. 5.—Los cirujanos en las diferentes comunidades extremeñas. 6.—El problema de los salarios. 7.—Conclusión.

RESUMEN

El 30 de mayo de 1790 Carlos IV creaba la Real Audiencia de Extremadura y a los pocos meses sus funcionarios se comprometieron en una visita que abarcó todo el territorio. Para ello elaboraron un *Interrogatorio* de 57 preguntas que permitía concretar la información de interés para este tribunal. A través de la información recogida en las respuestas evacuadas por las diferentes comunidades hemos estudiado la distribución de los médicos y cirujanos que en ellas ejercieron. Este análisis permite comprobar la pluralidad de realidades que se detectan en la situación sanitaria y asistencial de esta región y los condicionantes demográficos, sociales o económicos que en última instancia determinaron la presencia de estos profesionales.

Palabras clave: Extremadura, siglo XVIII, profesiones sanitarias, práctica médica.

Keywords: Extremadura, 18th century, health professions, medical practice.

(*) Profesora Titular de Historia de la Ciencia. Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina. Campus «Miguel de Unamuno». 37007 SALAMANCA.

1. *EXTREMADURA, 1791: LA TIERRA Y LOS HOMBRES*

Durante el Antiguo Régimen Extremadura constituía una única provincia con una extensión total de 37.001 km², el 7,8% del territorio nacional. Sus límites (algo más reducidos que los actuales) no coincidían con los que presentan las provincias de Cáceres y Badajoz, resultado de la reforma administrativa llevada a cabo por Javier de Burgos en 1833. La división territorial y jurisdiccional de la provincia de Extremadura estaba organizada en ocho partidos: Plasencia, Trujillo, Alcántara, Cáceres, Badajoz, Llerena, Mérida y La Serena. Una división que con ser más sencilla que la de otras provincias, planteaba según advierte Marcos González, algunas dificultades (1). Los principales problemas estuvieron determinados por la discontinuidad de estos territorios, la presencia de enclaves o la existencia de un mosaico de jurisdicciones confusas que sólo justificaban una pluralidad de poderes. La inexistencia de una capital regional fue otro de los problemas que afectaron a esta comunidad; como veremos este puesto lo ocuparon pequeñas ciudades comarcales sede de la administración civil o eclesiástica y lugar de residencia de los grandes propietarios rurales.

Alejada por su situación geográfica de los principales núcleos y centros de poder, Extremadura fue durante todo el siglo XVIII un territorio aislado, mal comunicado y escasamente conocido por el resto del país. Frente al dinamismo de otras ciudades castellanas, andaluzas o portuguesas, las villas y ciudades extremeñas se distinguieron por la ausencia de iniciativas económicas, su bajo nivel cultural, la escasez de ferias y mercados (según los informes de la Real Audiencia más del 80% de las localidades extremeñas carecían de ellos) o la frecuencia de los conflictos entre agricultores y ganaderos mesteños. En el retraso económico influyeron además de la incomunicación o su aislamiento el carácter fronterizo de Extremadura. Como advierte Rodríguez Sánchez, la existencia de fronteras económicas, jurisdiccionales y geográficas contribuyeron a hacer de Extremadura un espacio periférico, muy poco

(1) MARCOS GONZÁLEZ, M.^a Dolores. *La España del Antiguo Régimen. IV. Castilla la Nueva y Extremadura*, Salamanca, Universidad, 1971, p. 11.

institucionalizado, extremadamente dividido y olvidado por el poder central, que desempeñó el papel de barrera o desierto que comunicaba Castilla con Portugal (2).

Por lo que respecta a la ocupación de su territorio, los estudios demográficos realizados han puesto de manifiesto una serie de realidades que queremos aquí subrayar. En primer lugar la despoblación y vacío de amplias zonas de su marco espacial, uno de los problemas más graves que padeció la provincia y que determinó que Extremadura apareciera ante los ojos de los naturales y viajeros como una región despoblada. Aunque la región experimentó un crecimiento demográfico positivo a lo largo del siglo XVIII, la información que proporciona el Censo de Floridablanca (1787) permite constatar la escasez de efectivos humanos. Con una población de 412.000 habitantes y una densidad de 9,52 habitantes por km² (frente a la media nacional de 22,94), Extremadura quedaba relegada al penúltimo lugar en el conjunto español (3). Sin embargo, la extensión y contrastes que se dieron en esta región obliga a matizar el fenómeno de la despoblación. Las características económicas, administrativas o eclesiásticas de cada zona y su mayor o menor proximidad a las rutas comerciales y principales vías de comunicación influyeron decisivamente en la distribución de su población. Así, frente a la baja densidad de las Hurdes o de las localidades enclavadas en la Sierra de Gata, la relativa prosperidad y mayor ocupación de las comarcas de la Vera y de manera especial la Tierra de Barros o la vega del Guadiana ofrecían un contraste importante. La información demográfica que proporciona el *Interrogatorio* de la Real Audiencia (1791) nos permite constatar estas diferencias regionales (4). Por partidos,

-
- (2) RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Ángel. Extremadura: la tierra y los poderes. In: *Historia de Extremadura. III. Los Tiempos Modernos*, Badajoz, Universidad, 1985, p. 477.
 - (3) RODRÍGUEZ CANCHO, Miguel. El número de los extremeños en los tiempos modernos. In: *Historia de Extremadura. III. Los Tiempos Modernos*, nota 2, p. 501.
 - (4) La pregunta tercera del *Interrogatorio* («Qué vecindario tiene cada pueblo, su aplicación y oficios») nos permite conocer tanto la población de cada localidad como la estructura socio-profesional de sus habitantes. Como en otras fuentes demográficas de la época en el *Interrogatorio* de la Real Audiencia la expresión del total de pobladores viene dada en vecinos, lo que nos obliga a utilizar un índice conversor que permita transformar los vecinos en habitantes. Para ello

fueron los de Trujillo (donde residía en 19% de la población extremeña) Badajoz (con el 17%) y Llerena (cerca del 16%) los más poblados, frente a la mayor despoblación que se registró en el Partido de Coria (con sólo el 7%) o en los partidos de La Serena y Cáceres (con el 8%).

Esta situación fue el resultado de un amplio abanico de factores tanto de índole económica, como de tipo geográfico, político o jurisdiccional. Entre los primeros destacaron la escasa productividad de sus tierras, un elemento de gran importancia por el peso que alcanzó el sector primario en la economía provincial. Aunque las tierras de labor ocupaban la mayor parte del terrazgo extremeño, las características climáticas de la zona, la pobreza edafológica de la tierra y el empleo de técnicas agrícolas rudimentarias determinaron que los rendimientos fueran escasos (5). Al mismo tiempo el predominio de la gran propiedad, una de las notas que definieron al campo extremeño, hizo que la explotación indirecta de la tierra estuviera muy extendida: arrendatarios y jornaleros superaban el 80% del total del sector (6). Una mayoría de la población carente de derechos, privada de los baldíos comunales por el adhesionamiento de grandes superficies y relegada a una permanente marginación.

Precisamente la extensión de la gran propiedad y los periodos de barbecho prolongados favorecieron el auge de la ganadería transhumante, siendo numerosas las tierras que se empleaban como pastizales. Los conflictos que esta situación generó por el choque de intereses entre agricultores y ganaderos mesteños fueron muy frecuentes, incidiendo negativamente en el desarrollo equilibrado del poblamiento en toda la región (7). A los obstáculos derivados del sector primario se unieron los

hemos utilizado un coeficiente de 3,80 por ser el empleado por la mayoría de los especialistas para esta época.

- (5) Sobre una amplia documentación Melón Jiménez analiza los factores responsables de la situación de atraso económico de los partidos de la Alta Extremadura. MELÓN JIMÉNEZ, Miguel Ángel. *Extremadura en el Antiguo Régimen. Economía y sociedad en tierras de Cáceres, 1700-1814*, Mérida, Editora Regional de Extremadura, 1989.
- (6) MARCOS GONZÁLEZ, nota 1, pp. 65-66.
- (7) Domínguez Ortiz resume en dos los problemas entre Extremadura y la Mesta: el precio de arriendo de las dehesas y la prohibición de cultivar tierras que tradi-

causados por la falta de caminos, uno de los mayores problemas que padecía la región y donde los progresos ilustrados fueron escasos. Finalmente, resulta necesario subrayar las consecuencias que tuvo el carácter fronterizo de Extremadura: los conflictos con Portugal empobrecieron y despoblaron muchas comunidades fronterizas, ensombreciendo aún más las condiciones de vida de su población.

La importancia del sector primario determinó que el resto de actividades quedaran relegadas a una posición apenas testimonial. Aunque en algunas localidades la actividad mercantil fue más intensa (Zafra, Ceclavín o Zarza la Mayor), constituyeron casos raros y aislados (8). Algunas localidades mantenían a finales del siglo XVIII una relativa actividad artesanal, sector que experimentó un retroceso a lo largo de este siglo. En Fuente del Maestre, Cabeza del Buey, Azuaga, Salvatierra de los Barros, Torrejoncillo o Berlanga quedaban aún vestigios de sus antiguas fábricas y manufacturas, aunque como en otras poblaciones extremeñas sin el esplendor de épocas pasadas. Sólo en los núcleos más importantes en los que la demanda era mayor la actividad artesanal mantuvo una presencia significativa. En el resto de las comunidades las manufacturas se desarrollaban como complemento de la agricultura y se desplegaban en los sectores que cubrían las necesidades básicas de la población (9). Como en el resto de la España rural, en Extremadura tampoco se daba la separación rígida entre las actividades agrícolas o ganaderas y las artesanales o comerciales y la simultaneidad de ocupaciones hacía difícil precisar cuál era la actividad principal y cuál la accesoria. Así, muchos artesanos e incluso profesionales liberales incrementaron los ingresos derivados de sus oficios o actividades con

cionalmente fueron de pasto. DOMÍNGUEZ ORTIZ, Antonio. *Sociedad y Estado en el siglo XVIII español*, Barcelona, Ariel, 1976, pp. 423-424.

- (8) La proximidad de Ceclavín y Zarza la Mayor a Portugal determinó que la actividad comercial fuera en ambas intensa, de manera especial en la primera donde aproximadamente la tercera parte de sus vecinos se dedicaron a esta actividad, tal y como se recoge en el *Interrogatorio*.
- (9) Sobre la importancia del artesanado y la industria extremeña véase MELÓN JIMÉNEZ, nota 5, pp. 214 y ss. y RODRÍGUEZ CANCHO, Miguel. Una tierra rica y pobre. Recursos económicos en la Extremadura moderna. In: *Historia de Extremadura*. nota 2, pp. 527-533.

otras labores de carácter agrícola o ganaderas, tanto en la administración o gestión de sus propiedades como en el trabajo directo en las mismas. Fue el caso de uno de los dos médicos que en esa fecha tenía la villa de Guadalcanal (en el Partido de Llerena), que según se recoge en las respuestas al *Interrogatorio* «tiene industrias que le dan de comer».

Como consecuencia de la consolidación y la consiguiente burocratización del Estado Moderno, el funcionariado alcanzó un peso significativo en la sociedad extremeña. Abogados y escribanos, corregidores, procuradores o militares integraban un sector perfectamente diferenciado del resto de la sociedad y que por su vinculación al sistema gozaron de gran influencia. En este grupo se encontraron también otros profesionales liberales como los médicos y cirujanos, a cuyo estudio dedicaremos este trabajo.

Por lo que respecta a la distribución de la población extremeña, la información que proporciona el *Interrogatorio* nos ha permitido constatar una situación puesta ya de manifiesto por otros historiadores. Únicamente nueve ciudades y villas (Badajoz, Jerez de los Caballeros, Zafra, Don Benito, Hinojosa del Duque, Cáceres, Alburquerque, Llerena y Villanueva de la Serena) superaban en 1791 los 5.000 habitantes. No obstante, en todas ellas el número de labradores, propietarios y jornaleros fue elevado, mientras que la población realmente urbana (adscrita a los sectores secundario y terciario) alcanzó una proporción reducida. El número ciertamente escaso de núcleos con un relativo carácter *urbano* contrasta con el elevado volumen de lugares, pueblos y aldeas de reducido poblamiento, lo que hizo de Extremadura un territorio caracterizado por el predominio de asentamientos rurales, tal y como se comprueba en la Tabla 1. Sin embargo, la distribución de la población no fue uniforme y existieron diferencias significativas entre los nueve partidos extremeños. Así, mientras en los partidos que integraban la actual provincia de Cáceres (sobre todo en Plasencia, Coria y en menor medida en Trujillo) la mayor parte de la población (el 57%) se concentraba en núcleos con menos de 2.000 habitantes, en los partidos de Badajoz, Llerena, La Serena y Mérida el porcentaje fue del 41%. Precisamente será en esta zona donde se concentró el mayor volumen de población (el 25%) que se asentaba en los núcleos que hemos denominado *urbanos*. Por el contrario en los partidos de Plasencia, Coria,

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXTREMEÑA
SEGÚN TAMAÑO DE LOS NÚCLEOS *

TAMAÑO	Nº NÚCLEOS	HABITANTES	%
Hasta 500 h.	136	36.424	9.21
500-1.000 h.	80	56.539	14.30
1.000-2.000 h.	71	102.124	25.83
2.000-3.000 h.	25	61.083	15.45
3.000-4.000 h.	12	42.112	10.65
4.000-5.000 h.	7	31.476	7.96
5.000-10.000 h.	8	53.348	13.49
Más de 10.000 h.	1	12.274	3.10
TOTAL	340	395.380	100

FUENTE: *Interrogatorio de la Real Audiencia de Extremadura* (1791). Elaboración propia.

* Sólo se incluye la población correspondiente a las 340 localidades cuyas respuestas se conservan en la actualidad.

Trujillo, Alcántara y Cáceres este porcentaje fue sólo del 10%. Como veremos, las diferencias demográficas entre ambos territorios influyeron decisivamente en la tipología de los profesionales sanitarios que ejercieron en ellos.

2. EL INTERROGATORIO DE LA REAL AUDIENCIA (1791)

En la segunda mitad del siglo XVIII y en el marco renovador de la Ilustración, la administración borbónica impulsó un conjunto de medidas encaminadas a mejorar las tareas de gobierno. Una de ellas fue el establecimiento de las Audiencias provinciales, entre ellas la de Extremadura, resolución que terminaba con el tradicional monopolio de las Reales Chancillerías de Valladolid y Granada al dividir el país en circunscripciones más pequeñas y homogéneas y que al mismo tiempo proporcionaban un instrumento de gran eficacia en el gobierno de la nación. Entre 1707 y 1717 se crearon los tribunales de Valencia (primer Chancillería y desde 1718 simple Audiencia), Aragón, Cataluña y Asturias. Por el contrario el Tribunal de Justicia de Extremadura no se estableció hasta 1790, un retraso que se debió al secular distanciamiento entre los poderes de ámbito regional y los centros de decisión del

poder central (10). Entre los factores que determinaron la creación de esta Audiencia estaban no sólo los problemas derivados por la lejanía de los Tribunales que dirimían los litigios de los extremeños, obligados a recurrir a Valladolid o Granada en función de la línea divisoria marcada por el Tajo para delimitar sus respectivas jurisdicciones. Otros factores de marcado cariz socioeconómico (los conflictos con la Mesta, el problema del contrabando o la preocupación por los males del campo extremeño) llevaron a Carlos IV a establecer en la ciudad de Cáceres este Tribunal.

La creación de estas instituciones, además de favorecer los intereses públicos, generó nuevas necesidades de gobierno para proceder a una acertada política y atender al bien de la sociedad. Recordemos que junto a las competencias estrictamente jurídicas las audiencias desarrollaban otras de carácter gubernativo general que desbordaban los restringidos límites de la administración de justicia. Por este motivo el establecimiento la Real Audiencia de Extremadura hacía necesario un conocimiento global de la situación demográfica, económica y social de este territorio, imprescindible para proceder a las tareas de gobierno encomendadas. En este contexto los interrogatorios alcanzaron como fuente de información sistemática su máximo significado y se convirtieron en el instrumento más idóneo para examinar y conocer todos los aspectos de la realidad nacional (11). La necesidad de adquirir noticias exactas sobre su población y riquezas y de todos aquellos factores físicos, políticos, fiscales, culturales o sanitarios para poder llevar a la práctica una política más eficaz determinó que la Real Audiencia de Extremadura pusiera en marcha toda su burocracia.

Lo primero era conocer el territorio y para ello los máximos responsables de la nueva Audiencia (Regente, Oidores y Alcaldes) se comprometieron en una visita que abarcó toda Extremadura. Entre los

(10) PEREIRA IGLESIAS, José Luis; MELÓN JIMÉNEZ, Miguel Ángel. *La Real Audiencia de Extremadura*, Mérida, Asamblea de Extremadura, 1991, p. 24.

(11) La información se convierte así en un elemento de conocimiento y de poder al servicio del Estado. RODRÍGUEZ CANCHO, Miguel. *La información y el Estado. La necesidad de interrogar a finales del Antiguo Régimen*, Cáceres, Universidad, 1992, p. 55.

meses finales de 1790 y los primeros de 1791 los diferentes partidos fueron inspeccionados e interrogados por un miembro del Tribunal, a fin de obtener un informe detallado de cada municipio que recogiera sus particularidades y deficiencias susceptibles de mejora. Con esta finalidad se elaboró un *Interrogatorio* que a través de sus 57 preguntas permitía concretar la información de interés para este organismo. El cuestionario, de enorme importancia por encerrar aspectos de gran valor ideológico, atestigua el interés de esta institución tanto por los aspectos institucionales o la información estrictamente jurídica y fiscal, como por la de carácter social, económica o sanitaria. Como ha puesto de relieve Rodríguez Sánchez, la Real Audiencia aparece como un equipo de gobierno que a través del *Interrogatorio* planifica reformas que se orientan al progreso (12). Las 57 preguntas encierran preocupaciones e intereses muy diversos: población, actividades agropecuarias, instrucción pública, hacienda y fiscalidad, actividades religiosas, urbanismo y comunicaciones, administración y gobierno municipal, recursos naturales, tipo de jurisdicción o beneficencia y sanidad (13). Sin embargo, la insistencia en determinadas cuestiones (actividades económicas o los aspectos relacionados con la administración o el gobierno de la localidad) jerarquiza el interés de esta institución por los temas más directamente relacionados con la actividad de gobierno que le había sido encomendada.

La metodología que se siguió para recabar la información marca ya una diferencia sustancial con otros interrogatorios de la época. A diferencia del realizado por Tomás López en el caso de la Real Audiencia fueron sus propios funcionarios los encargados de inspeccionar e interrogar personalmente cada uno de los municipios del partido encomendado. Las respuestas debían ser evacuadas por las autoridades civiles y eclesiásticas de las localidades que integraban los ocho partidos extremeños. Sin embargo, dada la amplitud del territorio que abarcaba el

(12) RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, Ángel. Treinta de mayo de 1790. La Real Audiencia de Extremadura (1790-1990). In: *Jornadas sobre el bicentenario de la Audiencia Territorial de Cáceres*, Madrid, Consejo General del Poder Judicial, 1990, pp. 39-50.

(13) Sobre las áreas de preocupación de la Real Audiencia véase RODRÍGUEZ CANCHO, nota 11, pp. 102-105.

Partido de Plasencia, Arias Antonio Mon y Velarde (Regente de la Real Audiencia) decidió dividir la visita agrupando sus más de cien localidades en torno a los dos núcleos de población más importantes: Plasencia y Coria. Pero además, las respuestas recogían también las reclamaciones y quejas formuladas por la población sobre cuestiones y problemas puntuales, una vía de información que la propia Real Audiencia quiso abrir para atender al «bien común» (14). Esta información trasciende el campo informativo del cuestionario y en cierta medida es un termómetro para conocer la situación de una comunidad desde la perspectiva de los propios interesados.

Las respuestas a las 57 preguntas del *Interrogatorio* constituyen una documentación de enorme valor documental al ofrecer una información de conjunto, homogénea y según la crítica histórica bastante fiable de esta comunidad. En 1993 la Asamblea de Extremadura inició los trabajos de transcripción y edición de las respuestas, labor que ha determinado una mayor atención de los investigadores hacia esta fuente, hasta hace muy poco insuficientemente explotada (15). Aún cuando en estos trabajos confluyen preocupaciones e intereses muy diversos (historia, geografía, demografía, historia agraria o cultural), los aspectos relacionados con el estado sanitario de la población extremeña apenas si han merecido la atención de los estudiosos. Esta situación contrasta con el interés de la Real Audiencia por la situación en que se encontraba la sanidad, una preocupación que se concretó en cinco preguntas que permitían obtener información detallada sobre el desarrollo sanitario de la población o la asistencia sanitaria, tanto desde el punto de vista de los recursos humanos como de la dotación hospitalaria o asilar.

(14) En la última pregunta del *Interrogatorio* la Real Audiencia abría este cauce de información. Como veremos, en ocasiones estas reclamaciones, necesidades o carencias afectaron directamente a problemas relacionados con la asistencia sanitaria de esa comunidad.

(15) *Interrogatorio de la Real Audiencia. Extremadura a finales de los tiempos modernos*, Mérida, Asamblea de Extremadura, partidos de: *Alcántara*, 1993; *Plasencia*, 1994; *Coria*, 1994; *Badajoz*, 1994; *Mérida*, 1994; *Llerena*, 1994; *La Serena*, 1995; *Cáceres*, 1996; *Trujillo*, 2 vols., 1996 y *Anexo: Poblaciones disgregadas*, 1996. La documentación original se custodia en el Archivo Histórico Provincial de Cáceres.

Para este trabajo hemos estudiado las respuestas evacuadas a la pregunta 33 del *Interrogatorio*, donde la Real Audiencia requería información puntual sobre los profesionales sanitarios que ejercían en cada comunidad. Una información que nos permitirá conocer el número, distribución y características socio-profesionales de los grupos que desarrollaron actividades relacionadas con la salud de la población. No obstante, los requisitos de esta publicación nos han obligado a limitar el presente trabajo al estudio del volumen y distribución de médicos y cirujanos. Otros aspectos relacionados con el ejercicio profesional de ambos colectivos como los derivados del intrusismo no serán abordados. Por idénticos motivos dejaremos para posteriores trabajos el estudio del número, distribución y características socio-profesionales del resto de los grupos profesionales (boticarios y barberos-sangradores) que aparecen recogidos en esta documentación, así como el análisis de la dotación hospitalaria o asilar extremeña. Finalmente es necesario señalar aquí una de las limitaciones que plantea esta fuente: la pérdida de una parte de la documentación nos impide disponer del total de las respuestas emitidas al *Interrogatorio*, por lo que las 390 comunidades que tenía Extremadura en 1791 quedan reducidas a 340. En el caso concreto del Partido de Mérida estos vacíos son mayores, al conservarse únicamente las respuestas remitidas por 15 localidades de las 40 que comprendía el Partido. Un vacío documental que debemos tener presente dada la naturaleza de este trabajo, no sólo por la importancia de los datos cuantitativos para el análisis histórico de los profesionales sanitarios, sino también para el estudio demográfico de la población y el cálculo de las correspondientes tasas.

3. PROFESIONALES SANITARIOS EN TIERRAS EXTREMEÑAS

En la España del siglo XVIII el quehacer asistencial estuvo en manos de un amplio conjunto de profesionales con una formación muy dispar y unos cometidos que aunque aparecían perfectamente delimitados por la legislación vigente, en la práctica muchas veces se solaparon y confundieron. Médicos, cirujanos, boticarios, sangradores, barberos y parteras integraban el colectivo de profesionales responsables de atender y cuidar la salud de la población. Para controlar y vigilar el ejercicio

de estos profesionales la administración borbónica heredaba una institución única en Europa, el Tribunal del Protomedicato, encargado de otorgar las licencias que autorizaban la práctica del quehacer curador. Sin embargo, aunque existía una preocupación generalizada por el tema de la población y la mejora de sus condiciones de vida, en la práctica la calidad de la asistencia médica era tan deplorable como ineficaces los sistemas de control establecidos para proteger la salud de la población y controlar el ejercicio profesional de los distintos colectivos profesionales (16).

Aunque el número de médicos había aumentado a lo largo del siglo la escasez de estos profesionales era aún notoria, circunstancia decisiva a la hora de estudiar la presencia social de los médicos en la España del siglo XVIII. La mayor concentración de estos facultativos se registraba en los núcleos urbanos, siendo por el contrario inapreciable su presencia en las aldeas y pueblos de escaso vecindario. Pero además las características que adquirió el ejercicio profesional en estos dos ámbitos fueron muy diferentes. Mientras en las ciudades el volumen de su población permitía a los médicos ejercer su profesión con carácter individualista, en los pueblos la medicina tuvo un carácter distinto, como servicio público. Así, en el medio rural era frecuente que los municipios contratasen los servicios de un médico, cuyos honorarios pagaban con los fondos de Propios o bien si éstos eran insuficientes por repartimiento vecinal. Sin embargo, la miseria de los salarios ofrecidos por la mayoría de los municipios, las dificultades para el cobro de las asignaciones y la ausencia de particulares acomodados que permitieran a los médicos incrementar sus ganancias, determinaron que en el medio rural se mantuviera el déficit de este tipo de profesionales (17).

(16) Sobre la situación del ejercicio profesional en España véase GRANJEL, Luis. *La Medicina española del siglo XVIII*. Salamanca, Universidad, 1979, pp. 79-90 y LAFUENTE, Antonio; PUERTO SARMIENTO, Javier; CALLEJA FOLGUERA, Carmen. Los profesionales de la sanidad tras su identidad en la Ilustración española. In: José Manuel Sánchez Ron (ed.), *Ciencia y sociedad en España: de la Ilustración a la Guerra Civil*, Madrid, El Arquero-CSIC, 1988, pp. 73-74.

(17) Esta situación no fue exclusiva de España; en Francia, por ejemplo, idénticos motivos determinaron la escasez de médicos en las pequeñas ciudades y en las comunidades rurales. RAMSEY, Matthew. *Professional and popular medicine in France, 1770-1830*, Cambridge, University Press, 1988, pp. 56-57.

En el siglo XVIII el colectivo de los cirujanos integraba tanto a los formados en los nuevos Colegios de Cirugía (con una consideración social y una retribución profesional elevada) como a los cirujanos romancistas, con un *status* inferior similar al de los artesanos. Autorizados al estilo tradicional y con unos cometidos que en muchas ocasiones se confundían con los reservados a los sangradores, los cirujanos romancistas formaron el grupo más numeroso. Aunque su preparación científica era muy deficiente y la legislación limitaba sus cometidos, la escasez de profesionales con formación superior determinó que en las comunidades rurales de escaso vecindario fueran los únicos responsables de atender la salud de la población. Con o sin autorización, practicaban intervenciones, recetaban fármacos, realizaban sangrías e incluso hacían la barba, siendo numerosos los municipios que contrataban a un cirujano para todos estos cometidos. La frecuencia con que se produjeron situaciones de solapamiento de funciones y cometidos determinó que muchas veces la actividad desempeñada por estos cirujanos se confundiera con la reservada a los barberos-sangradores. Sucesivas disposiciones legales intentaron poner fin a este conflicto, origen de numerosos pleitos y disputas (18).

Entre las competencias que tuvieron los municipios estaba el asegurar y garantizar una adecuada asistencia sanitaria a la población del lugar. Para ello sus autoridades contrataban a algún profesional sanitario (médico, cirujano o barbero-sangrador) con una retribución libremente fijada por cada localidad. Sin embargo, con frecuencia los fondos de Propios eran insuficientes para sufragar íntegramente los honorarios de los profesionales contratados. En estos casos la legislación era clara y tajante: los compromisos contraídos por el municipio obligaban a todos los vecinos, que tenían que asumir personalmente las consecuencias de los mismos. Como veremos estas situaciones fueron frecuentes, siendo el repartimiento vecinal la fórmula más extendida para completar los salarios de los profesionales sanitarios contratados. El repartimiento podía hacerse a partes iguales entre todo el vecindario o bien

(18) GRANJEL, nota 16, p. 89 y CARRERAS PANCHÓN, Antonio. Las actividades de los barberos durante los siglos XVI al XVIII. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 1974, 13, 205-218.

a través de mecanismos más equitativos, como el número de miembros que integraban cada familia o estableciendo cuotas proporcionales en función de las facultades de cada vecino. Sólo en situaciones extraordinarias la Hacienda Real facultaba el recurso a los arbitrios, unos medios que sólo se autorizaban por un plazo limitado y para unos fines concretos. Los problemas derivados del impago de honorarios fueron frecuentes, sobre todo cuando los pagos debían hacerlos los propios vecinos. En esos casos los profesionales podían recurrir a la jurisdicción ordinaria o al Protomedicato para reclamar al deudor las cantidades u honorarios debidos. Para evitar estas situaciones en algunos municipios fue la propia justicia local la encargada de cobrar a los vecinos los salarios de estos profesionales (19)

Para el ejercicio de su actividad los profesionales sanitarios debían acreditar ante el municipio que contrataba sus servicios el diploma que les autorizaba para el desempeño de sus oficios. Sin embargo en la práctica este requisito muchas veces se incumplía y no fueron infrecuentes los casos de médicos y sobre todo cirujanos contratados sin la correspondiente autorización del Protomedicato o para el ejercicio de actividades que excedían los cometidos reservados a su grupo profesional. Los contratos que regularon los compromisos de estos profesionales con los municipios se hacían por un periodo determinado y en ellos se fijaban tanto sus retribuciones como las actividades que debían realizar. Las facultades que tuvieron los ayuntamientos hicieron que existieran multitud de tipos de contrato no sólo por la diversidad de salarios y formas de retribución (en metálico, en especie, con derecho a casa, etcétera), sino también por los cometidos que estaban obligados a realizar (20).

(19) En el municipio de Castuera (en el Partido de La Serena) el salario del cirujano lo abonaban los vecinos por repartimiento, siendo la justicia la encargada de cobrarlo.

(20) En ocasiones los contratos de los cirujanos precisaban el tipo de lesiones cuyo tratamiento no estaba obligado a realizar. Así, al cirujano de Villanueva de La Serena se le abonaban por separado «las heridas y curativas» producidas por golpes de mano airada, que debía pagar el agresor.

Antes de analizar las características socio-profesionales de los grupos que desempeñaron cometidos sanitarios en la antigua provincia de Extremadura, resulta necesario comentar las limitaciones que ofrece esta fuente. La propia formulación de la pregunta 33 del *Interrogatorio* («Si hay médico, cirujano u otros sirvientes del público asalariados, qué salario tienen, y de qué fondo se paga, o si los hay que no estén asalariados») y el solapamiento de cometidos a que antes nos hemos referido, condicionaron la información que las autoridades del lugar dieron a los funcionarios encargados de hacer la visita. Así, a diferencia de otras fuentes como el Catastro de Ensenada, en el *Interrogatorio* de la Real Audiencia los diferentes grupos no siempre aparecen claramente identificados y en ningún caso se precisa su cualificación profesional. Por lo que respecta a los cirujanos apenas si se hace mención de su formación académica y sólo en ocasiones se dice si contaban o no con la correspondiente autorización para el ejercicio de su actividad. Más explícita es la fuente sobre las actividades desempeñadas por ambos colectivos, al estar establecidas en los contratos que firmaban con cada municipio. Así, uno de los médicos que tenía la localidad de Guadalcanal (en el Partido de Llerena) ejercía la cirugía. Respecto a las actividades de los cirujanos, junto a aquellos que estuvieron contratados para el ejercicio de cometidos para los que no estaban legalmente autorizados, encontramos referencias que atestiguan los cambios introducidos en el ejercicio profesional. La figura del cirujano comadrón, la gran novedad en la asistencia profesional al parto en el siglo XVIII, aparece ya en el ámbito extremeño aunque su introducción a tenor de la información recogida en las respuestas fue muy escasa.

En 1791 Extremadura contaba con un total de 848 profesionales sanitarios, según se recoge en las respuestas de las 340 localidades estudiadas. Si tenemos en cuenta que la documentación corresponde al 87% del total de comunidades extremeñas, podemos inferir que el número total era de 973. Otras fuentes demográficas como el *Censo de Godoy* (1797) proporcionan unas cifras de médicos, cirujanos y boticarios similares a las obtenidas por nosotros en 1791 (21). La tipología de

(21) Según este *Censo* en 1797 había 151 médicos, 330 cirujanos y 172 boticarios. Teniendo en cuenta que nuestros cálculos están realizados sobre el 87% de las

los profesionales sanitarios que ejercieron en las 340 localidades cuyas respuestas hemos analizado, es la que se recoge en la Tabla 2. Como se comprueba, en el caso de Extremadura los sanitarios más abundantes fueron los cirujanos (35%), seguidos de los barberos-sangradores (30%), boticarios (19%) y en último lugar los médicos (16%). Una situación que sólo en parte coincide con la detectada en otras regiones españolas: en esas mismas fechas los sangradores constituían el colectivo más numeroso en la provincia de Murcia y las diferencias entre el número de médicos y el de cirujanos no eran tan apreciables como en Extremadura (22). Por el contrario, en la ciudad de Zaragoza el número de médicos que ejercían en 1796 fue superior al de cirujanos, una situación que confirmaría no sólo la concentración de los primeros en el medio urbano, sino sobre todo el atractivo que tuvo esa ciudad para los médicos por su carácter universitario (23). Estos contrastes se dieron también a mediados de siglo: en las diez provincias que componían Castilla y León en 1753 los cirujanos constituían con diferencia el

TABLA 2
PROFESIONALES SANITARIOS

TIPOLOGÍA	N.º TOTAL	%
MÉDICOS	135	15,92
CIRUJANOS	300	35,38
BARBEROS-SANGRADORES	253	29,83
BOTICARIOS	160	18,87
TOTAL	848	100

FUENTE: *Interrogatorio de la Real Audiencia de Extremadura (1791)*.

comunidades extremeñas, las cifras totales en ambos recuentos serían muy similares. RODRÍGUEZ CANCHO, Miguel. *La villa de Cáceres en el siglo XVIII*, Cáceres, Universidad, 1981, p. 151.

- (22) SÁEZ GOMÉZ, José Miguel; MARSET CAMPOS, Pedro. Profesionales sanitarios en la Murcia del siglo XVIII. Número, evolución y distribución. *Asclepio*, 1993, 45 (2), 71-101.
- (23) FERNÁNDEZ DOCTOR, Asunción. Médicos y cirujanos de Zaragoza en la Edad Moderna. *Dynamis*, 1997, 17, 141-164.

grupo más numerosos de los profesionales sanitarios (el 54%) (24). Por el contrario en esa misma fecha en el Reino de Granada el número de barberos-sangradores superó con creces al de cirujanos (25).

El análisis del tipo de asistencia de las diferentes comunidades, un aspecto silenciado en otros trabajos de estas características, constituye un elemento de gran interés para conocer la cobertura sanitaria de la población y comprobar las diferencias que se registraron entre sus diferentes ámbitos. La diversidad de sanadores y profesionales locales y la existencia de importantes variaciones a nivel regional son elementos fundamentales para entender en su totalidad el complejo fenómeno de la práctica médica. Por este motivo hemos estudiado la distribución por localidades de los diferentes grupos de profesionales que en ellas ejercieron, cuyos resultados se recogen en la Tabla 3. Como puede observarse, el número de villas y ciudades que contaron con los tres grupos de profesionales sanitarios (médicos, cirujanos y barberos-sangradores) fue reducido, siendo los partidos de Llerena y Trujillo los más afortunados. Por el contrario destaca el elevado número de localidades (el 46%) en las que únicamente ejercían cirujanos, porcentaje obviamente mayor al de núcleos que contaron con médico.

Las dificultades económicas que atravesaron algunas comunidades y su escaso vecindario dieron lugar a dos situaciones extremas que aparecen recogidas en esta tabla. En primer lugar la de aquellos núcleos que al carecer de profesionales sanitarios se vieron obligados a recurrir a los facultativos de localidades próximas, una situación que afectó a un total de 14 poblaciones (el 4%). En este estado se vieron entre otros los

-
- (24) Sobre la información sanitaria contenida en las Respuestas Generales del Catastro del Marqués de la Ensenada Moretón Alonso ha estudiado el número y distribución de los profesionales sanitarios de las provincias de Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Toro, Valladolid y Zamora. MORETÓN ALONSO, Margarita. *Las profesiones sanitarias en Castilla y León (siglo XVIII). Análisis sociológico y estadístico*, Valladolid, Universidad, 1993.
- (25) ORTIZ GÓMEZ, Teresa, QUESADA OCHOA, Carmen; ASTRAIN GALLART, Mikel. El Catastro de Ensenada como fuente para el estudio de las profesiones sanitarias en la España del siglo XVIII. In: Juan L. Carrillo y Guillermo Olagüe de Ros (eds.), *Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina*, Sevilla, Imp. Pinelo, 1994, pp. 712-713.

TABLA 3
ASISTENCIA SANITARIA

<i>TIPO DE ASISTENCIA</i>	<i>N.º NÚCLEOS</i>	<i>HABIT.</i>	<i>% POBLAC.</i>
Médico, cirujano y barbero-sangrador	26	65.971	16.68
Médico y cirujano	48	143.024	36.17
Médico y barbero-sangrador	21	34.120	8.63
Sólo médico	14	28.169	7.12
Cirujano y barbero-sangrador	17	16.016	4.05
Sólo cirujano	141	82.918	20.97
Sólo barbero-sangrador	48	17.827	4.51
Profesionales sanitarios de otras localidades	14	1.495	0.38
Ningún tipo de profesional sanitario	10	5.223	1.32
Sin información	1	617	0.16
TOTAL	340	395.380	100

FUENTE: *Interrogatorio de la Real Audiencia de Extremadura* (1791).

vecinos de Asperilla, pequeña localidad situada en el partido de Plasencia. Sus 27 habitantes abonaban 300 reales al año al cirujano de Casas de Castañar, a quien acudían en caso de enfermedad al no disponer el pueblo de ningún facultativo. Idéntica situación padecieron los vecinos de Corchuela (reducida aldea de 34 habitantes también en el partido de Plasencia), obligados a recurrir al cirujano de Torrejón «pagándole sus dietas» (26). Sin embargo, sólo en una ocasión las autoridades locales expusieron al visitador sus quejas por la falta de facultativos. Así, Pedro Bernardo de Sanchoyerto (uno de los Alcaldes del Crimen y comisionado por el Regente para visitar el Partido de Trujillo) recogía la solicitud que le habían presentado las autoridades municipales de Cabañas para contratar los servicios de un cirujano, al que abonarían un salario de 700 reales con cargo a los fondos de propios dada la pobreza del vecindario para hacerlo por repartimiento. El estrecho

(26) Las localidades que se vieron en esta situación fueron las siguientes: Asperilla, Badillo, Cabrero, Corchuelas, Madrigal, Millanes y Torremenga (en el partido de Plasencia); Aldehuela y Huélagas (en el de Coria); Cabañas, Capilla, Riesco y Santa Marta (pertenecientes al partido de Trujillo) y La Guarda en el partido de La Serena. Todas estas localidades tenían menos de 500 habitantes.

control que la Administración ejercía sobre las haciendas municipales obligaba a los ayuntamientos a solicitar su autorización para conseguir los fondos necesarios a la paga de médicos.

Otro caso bien distinto fue el que afectó a las localidades que carecieron de cualquier tipo de asistencia sanitaria. Aunque el número fue reducido (en esta situación se encontraron un total de 10 núcleos), como se comprueba en la Tabla 3 la población afectada fue mayor que en el caso anterior (27). El caso más llamativo por su elevada población fue el de Nuñomoral, uno de los tres concejos que integraban la comarca de las Hurdes en el Antiguo Régimen. Sus 1.520 habitantes dispersos en 22 alquerías habitaban una de las zonas más agrestes, pobres e incomunicadas que había en la nación. La falta de recursos y el régimen de explotación que sufría este municipio como bien concejil de La Alberca, determinaron que algo más de las tres cuartas partes de su población estuviera integrada por jornaleros y pobres. La falta de propios y arbitrios y la extrema pobreza de su vecindario condicionaron las precarias condiciones de vida de sus vecinos, secularmente amenazados por el hambre, la enfermedad y la muerte (28). Sin embargo sólo en una ocasión las autoridades expusieron al visitador sus quejas por las dificultades que atravesaban las haciendas municipales y los perjuicios que esa precariedad producía en la asistencia sanitaria de la población. Así, las autoridades del municipio de Calera (localidad de 950 habitantes perteneciente al Partido de Llerena) aprovecharon la visita de Juan José de Alfranca para exponerle su malestar por la falta de cirujano, al ser el salario asignado (1.100 reales) bajo y no encontrar quien cubriera la plaza.

(27) La relación de núcleos que carecieron de profesionales sanitarios es la siguiente: Grimaldo, Segura y Torbiscoso en el Partido de Plasencia; Nuñomoral y Ribera Oveja pertenecientes al Partido de Coria; Estorninos en el de Alcántara, Valle de Matamoros en el Partido de Badajoz y Arroyomolinos de León, Calera y Puebla del Maestre en el Partido de Llerena.

(28) En una monografía de próxima aparición he realizado un minucioso análisis de la evolución histórica de esta comarca desde mediados del siglo XVIII hasta principios del XX. GRANJEL, Mercedes. *Las Hurdes: el país de la leyenda*, Lleida, Milenio (en prensa).

Aunque estas situaciones constituyeron casos aislados y en la mayor parte de las localidades encontramos algún tipo de profesional sanitario, el pluralismo asistencial y los contrastes que se dieron a nivel regional obligan a matizar la distribución de los médicos y cirujanos que ejercieron en este territorio en la etapa objeto de estudio.

4. *DESIGUALDADES Y CONTRASTES REGIONALES: DISTRIBUCIÓN DE LOS MÉDICOS EN EXTREMADURA*

Por lo que respecta al número y distribución de los médicos, el grupo que gozó de una mayor consideración social de los que ejercieron cometidos sanitarios, la situación que hemos encontrado es muy similar a la de otras regiones españolas. El componente liberal que tuvo el ejercicio de la medicina y la escasez de estos profesionales explican las diferencias detectadas en lo que a su distribución se refiere. Únicamente el 32% de las localidades estudiadas contaron con médico, núcleos que por su mayor tamaño concentraron al 68% de la población extremeña. Si analizamos su distribución por partidos (información recogida en la Tabla 4) se comprueba una mayor presencia de este tipo de profesionales en la Baja Extremadura. Así, el 56% de los médicos ejercían su profesión en pueblos, villas o ciudades de esta zona, aunque como se observa en la tabla existió una mayor concentración en los

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS POR PARTIDOS

<i>PARTIDO</i>	<i>Nº NÚCLEOS</i>	<i>Nº MÉDICOS</i>	<i>Méd./1.000 h.</i>
Plasencia	60	14	0.34
Coria	42	8	0.29
Trujillo	78	19	0.25
Alcántara	33	11	0.25
Cáceres	17	7	0.22
Badajoz	35	31	0.45
Llerena	41	31	0.50
La Serena	19	9	0.29
Mérida	15	5	0.28
TOTAL	340	135	0.34

FUENTE: *Interrogatorio de la Real Audiencia de Extremadura (1791)*.

partidos de Llerena y Badajoz. En muchas de sus localidades la dependencia del sector primario fue menor y otras actividades como las manufacturas o la arriería estuvieron más desarrolladas. Por el contrario, sólo el 44% de médicos ejercieron en el territorio que comprende la actual provincia de Cáceres, una situación determinada por el estancamiento demográfico y económico de muchas de sus comunidades. Sólo en el Partido de Plasencia la presencia de médicos fue algo mayor debido a la menor extensión de la gran propiedad, factor decisivo por la importancia del sector primario en su economía.

El estudio de la distribución de los 135 médicos en función del tamaño de la localidad donde ejercieron su actividad profesional, nos permite concretar con mayor rigor una situación que no fue exclusiva de esta región. Como se desprende de los datos recogidos en la Tabla 5, el déficit de médicos en los núcleos más pequeños (menos de 1.000 h.) confirmaría la desasistencia y abandono en que se encontraron estas localidades. Aunque la tasa más alta (0.46) se obtiene en los núcleos que tenían entre 1.000 y 2.000 habitantes, es preciso matizar que sólo en el 66% de ellos ejercieron médicos (29). Las poblaciones más afor-

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS
SEGÚN TAMAÑO DE LOS NÚCLEOS

TAMAÑO	Nº NÚCLEOS	HABIT.	Nº MÉDICOS	Méd./1.000 h.
Hasta 500 h.	136	36.424	0	0
500-1.000 h.	80	56.539	13	0,22
1.000-2.000 h.	71	102.124	47	0.46
2.000-3.000 h.	25	61.083	25	0.40
3.000-4.000 h.	12	42.112	18	0.42
4.000-5.000 h.	7	31.476	8	0.25
5.000-10.000 h.	8	53.348	20	0.37
Más de 10.000 h.	1	12.274	4	0.32
TOTAL	340	395.380	135	0.34

FUENTE: *Interrogatorio de la Real Audiencia de Extremadura (1791).*

- (29) La menor población que vivía en este tipo de localidades explica que la tasa de médicos por 1.000 habitantes supere la media regional.

tunadas fueron las de los partidos de Badajoz y Llerena, donde el 100% de estas localidades contaron con médico. En la Alta Extremadura fueron las poblaciones ubicadas en los partidos de Plasencia (con el 82%) y Coria (con el 80%) las que disfrutaron de una mejor asistencia. Por el contrario, la situación que registraron los núcleos de este tamaño pertenecientes a los partidos de Cáceres o Trujillo fue muy diferente (30). La extensión de la gran propiedad en ambos territorios o la reducción de las tierras de labor por la presión de los ganados contribuyeron al estancamiento demográfico y económico de estas comunidades rurales, incapaces de sostener la presencia de este tipo de facultativos. Por el contrario, la concentración de médicos en localidades con una mayor presión demográfica y otro grado de dinamismo económico determinó que el 92% de los núcleos entre 2.000 y 3.000 habitantes contaran con este tipo de profesionales, una proporción que fue del 100% en las poblaciones que superaron esta población.

La insuficiencia de los fondos de Propios determinó que en ocasiones las plazas quedasen vacantes, al no existir tampoco particulares acomodados que asegurasen a los médicos unos honorarios suficientes. Los perjuicios que ocasionó esta situación en la población dieron lugar a reclamaciones y quejas que aparecen recogidas en las respuestas evacuadas por algunas localidades (31). Como ya hemos indicado los municipios debían obtener la correspondiente autorización para conseguir los fondos necesarios a este fin, circunstancia que determinó que en estos casos las quejas transmitidas al funcionario fueran en realidad solicitudes que permitieran al municipio arbitrar recursos para hacer frente a urgencias y necesidades de la hacienda municipal.

A diferencia de lo que sucedió con otros facultativos, los médicos no fueron objeto de críticas por negligencia, impericia profesional o

(30) Ninguna de las tres localidades de este tamaño que había en el Partido de Cáceres contó con la presencia de médico, mientras que en el Partido de Trujillo la proporción de núcleos con médico fue inferior al 4%.

(31) Reclamaciones de este tipo aparecen recogidas en las respuestas de Logrosán (en el partido de Trujillo), Cabeza la Vaca, Calera, Fuentes de León y Valverde (todas ellas en el Partido de Llerena) o La Coronada y Monterrubio, ambas en el Partido de La Serena.

incumplimiento de sus obligaciones. Por el contrario, los problemas estuvieron determinados por la escasez de este tipo de profesionales, una situación que las autoridades de Torremocha (en el Partido de Mérida) atribuían a la «indigencia de letras en la provincia» y la inexistencia de universidad; «por ello, exponían al visitador, abundan en estos pueblos los médicos sin título». Sobre este punto resulta difícil precisar el número de profesionales que ejercieron sin la correspondiente autorización del Protomedicato, dado que en las respuestas no se menciona este aspecto. Únicamente sabemos que en Torre de Miguel Sexmero (localidad de 794 habitantes perteneciente al Partido de Badajoz) ejercía en 1791 un bachiller en medicina, que «asiste a los enfermos en calidad de pasante del médico de Almendral». La falta de universidad determinó que los extremeños tuvieran que trasladarse fuera de la provincia, siendo por su proximidad las universidades de Salamanca y Sevilla las que tradicionalmente concentraron un mayor porcentaje de alumnos. El único intento de crear un centro de estudios superiores en Extremadura fue rechazado por el Consejo de Castilla, una decisión que frustró la posibilidad de su promoción intelectual (32).

Como vemos, la presencia de este tipo de facultativos se correspondió tanto de la mayor prosperidad y progreso de los ambientes urbanos (unos núcleos que como ya hemos indicado en Extremadura fueron escasos), como de las características económicas, burocráticas, eclesiásticas de cada localidad y de su mayor o menor alejamiento de las rutas comerciales y de comunicación. El conjunto de estos factores determinó que la distribución de los médicos no fuera uniforme y que en algunos casos se produjera una concentración de facultativos en determinadas localidades. Tres ciudades extremeñas (Badajoz, Zafra y Llerena) disfrutaron en este sentido de una situación más privilegiada, al contar con la presencia de cuatro facultativos. El caso de Zafra resulta más llamativo, dado que no era ni capital de partido (como Badajoz o Llerena) ni sede episcopal. Sin embargo, la ciudad concentró durante el Antiguo Régimen una intensa actividad artesanal y comercial (contaba con tres

(32) La iniciativa fue presentada por la ciudad de Trujillo en 1784. DOMÍNGUEZ ORTIZ, nota 7, p. 206.

ferias anuales) que proporcionaba a los miembros de profesiones liberales una clientela más o menos acomodada.

La ciudad de Cáceres fue la única que contó con tres médicos, cifra muy inferior a la que había en 1753. El número de poblaciones que contaron con dos médicos ascendió a 16: Plasencia (uno contratado por el municipio y el segundo por el cabildo), Coria (sede episcopal que contó también con un médico contratado por la villa y otro por el cabildo) Don Benito, Trujillo, Hinojosa del Duque, Alcántara, Almen-dral, Alburquerque, Jerez de los Caballeros, Bienvenida, Guadalcanal, Fuente de Cantos, Monesterio, Santos de Maimona, Cabeza del Buey y Villafranca. Finalmente, un total de 88 núcleos contaron sólo con un médico, aunque una vez más los contrastes que se dieron a nivel regional obligan a puntualizar la distribución de esos profesionales. La situación más privilegiada de las comunidades pertenecientes a los partidos de Llerena o Badajoz contrasta con la realidad registrada en los núcleos de Cáceres, Trujillo o Alcántara. El mayor estancamiento demográfico y económico de estas comunidades influyó decisivamente en la escasez de médicos en estos partidos.

5. *LOS CIRUJANOS EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES EXTREMEÑAS*

Como ya hemos señalado el papel de los cirujanos fue decisivo en la lucha contra la enfermedad en la sociedad extremeña, importancia que estuvo determinada tanto por su volumen (constituyeron el grupo de profesionales sanitarios más abundante), como por el elevado número de localidades en las que sólo ejercieron cirujanos. Sobre su formación académica la documentación consultada apenas si hace mención, aunque cabe suponer que el número de romancistas superó al de los cirujanos formados en universidades o Colegios. Junto a la información sobre su relación con el municipio donde desarrollaban su labor y el salario que percibían, las respuestas al *Interrogatorio* proporcionan escasas noticias sobre la actividad de estos profesionales. Sólo en ocasiones las autoridades municipales informaron al visitador si el cirujano contratado cumplía o no los requisitos establecidos por el Protomedicato y los cometidos asistenciales que realizaba. Sin embargo en el conjunto de las respuestas examinadas este tipo de información es escaso y sólo

en el 10% de los casos se advierte si el cirujano tenía o no la autorización necesaria para el ejercicio de su actividad (33).

Al igual que sucedía con los médicos, los contrastes regionales son muy llamativos cuando se estudia la localización de los 300 cirujanos que ejercían en Extremadura en 1791. Como se comprueba en la Tabla 6, estas diferencias son ya muy acusadas cuando se analiza su distribución por partidos: frente a una mayor concentración de este tipo de profesionales en los partidos de Plasencia, Coria, Mérida o Trujillo, el número de cirujanos que ejerció en localidades pertenecientes a los partidos de Llerena, Badajoz o La Serena fue, por el contrario, muy inferior. Estas diferencias refuerzan la estrecha relación que existió entre el tipo de asistencia sanitaria y las características demográficas, económicas o burocráticas de cada localidad. Recordemos que en las localidades que integraban la actual provincia de Cáceres el número de médicos fue proporcionalmente menor, situación que confirma el papel desempeñado por los cirujanos en la cobertura sanitaria de estos núcleos. El déficit de cirujanos en la Baja Extremadura (mayor en los partidos de Llerena, Badajoz y La Serena) cabe atribuirlo no sólo a las peculiaridades demo-

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE CIRUJANOS POR PARTIDOS

<i>PARTIDO</i>	<i>N.º NÚCLEOS</i>	<i>N.º CIRUJ.</i>	<i>Ciruj./1.000 h.</i>
Plasencia	60	60	1.49
Coria	42	34	1.23
Trujillo	78	77	1.03
Alcántara	33	34	0.78
Cáceres	17	25	0.80
Badajoz	35	24	0.34
Llerena	41	14	0.22
La Serena	19	13	0.42
Mérida	15	19	1.08
TOTAL	340	300	0.75

FUENTE: *Interrogatorio de la Real Audiencia de Extremadura (1791)*.

(33) En tres ocasiones (Roturas y Ruanes en el Partido de Trujillo y Villa del Rey en el de Alcántara) claramente se advierte que el cirujano no estaba examinado.

gráficas de estas localidades, sino también a la presencia de otro tipo de profesionales sanitarios que suplían la falta de cirujanos. El mayor número de médicos y de barberos-sangradores en estos partidos y la frecuencia con que estos últimos realizaron cometidos propios de los cirujanos, permite constatar una vez más las diferencias que se registraron en Extremadura en lo que a la asistencia sanitaria de su población se refiere (34).

Como se comprueba en la Tabla 7 estos contrastes se advierten también en la distribución de estos profesionales por núcleos. Aproximadamente el 50% de los cirujanos que ejercieron en Extremadura lo hicieron en localidades de menos de 1.000 habitantes, situación que de nuevo confirma el importante papel que desempeñaron en la asistencia sanitaria del medio rural. En este tipo de núcleos los salarios eran aún más bajos, por lo que cirujanos y barberos-sangradores ejercían las funciones asistenciales más indispensables ante la ausencia de médicos. Las poblaciones más afortunadas fueron las pertenecientes a los partidos de Mérida (el 100% de sus núcleos con menos de 1.000 habitantes contaron con la presencia de un cirujano), Cáceres (donde el porcen-

TABLA 7
DISTRIBUCIÓN DE CIRUJANOS
SEGÚN TAMAÑO DE LOS NÚCLEOS

TAMAÑO	Nº NÚCLEOS	HABIT.	Nº CIRUJAN.	Ciruj./1.000 h.
Hasta 500 h.	136	36.424	77	2.10
500-1.000 h.	80	56.539	72	1.27
1.000-2.000 h.	71	102.124	60	0.58
2.000-3.000 h.	25	61.083	28	0.45
3.000-4.000 h.	12	42.112	17	0.40
4.000-5.000 h.	7	31.476	16	0.50
5.000-10.000 h.	8	53.348	20	0.37
Más de 10.000 h.	1	12.274	10	0.81
TOTAL	340	395.380	300	0.75

FUENTE: *Interrogatorio de la Real Audiencia de Extremadura (1791).*

(34) En estas localidades fueron frecuentes los casos de barberos-sangradores «que suplen por cirujanos».

taje fue del 89%), Plasencia y Trujillo (en ambos la proporción fue del 82%). Por el contrario, en los partidos de Llerena (donde sólo el 23% de las localidades con menos de 1.000 habitantes tuvieron cirujano) y Badajoz (donde fue del 27%) el número de cirujanos fue muy inferior. La distribución de cirujanos en las localidades que superaban los 1.000 habitantes tampoco fue uniforme. Así, mientras en los partidos de Plasencia, Trujillo, Alcántara, Cáceres o Mérida el total de estos núcleos contaron con la presencia de al menos un cirujano, la precariedad vuelve a ser patente en los partidos de Badajoz y Llerena (35). Una situación que como en el caso anterior se compensó con una mayor presencia de médicos y barberos-sangradores.

Si los problemas que padecieron los cirujanos estuvieron en gran medida determinados por la penuria económica de municipios y vecinos, las reclamaciones de la población extremeña tuvieron por el contrario unas causas muy diferentes. El problema más frecuente fue la falta de cirujanos en algunas localidades, situación que originó numerosas quejas que en ocasiones aparecen recogidas en las respuestas al *Interrogatorio*. En la mayoría de los casos el origen de estas reclamaciones fue la insuficiencia de las haciendas locales para dotar económicamente estas plazas y la penuria económica de la población para afrontar estas cargas. Ante esta situación algunas localidades plantearon al visitador la posibilidad de recurrir a arbitrios para hacer frente a estas necesidades (36). Pero además, los cirujanos fueron en ocasiones objeto de críticas por impericia profesional o el cobro de honorarios considerados como excesivos. El párroco de Valdetorres (en el Partido de Trujillo) aprovechó la vista del funcionario de la Real Audiencia para transmitirle sus quejas contra el cirujano y el barbero, ambos «de corta

(35) El déficit de cirujanos se registró únicamente en las localidades con una población entre 1.000 y 3.000 habitantes. En el partido de Badajoz sólo el 26% de estos núcleos contaron con la presencia de cirujano, porcentaje que en el caso del partido de Llerena fue algo inferior: el 23%. En este último partido, la escasez de cirujanos afectó también a localidades algo mayores (3.000-4.000 habitantes), donde sólo en el 50% encontramos este tipo de profesionales sanitarios.

(36) Para dotar de una plaza de cirujano las autoridades de Santibáñez el Alto (en el Partido de Alcántara) propusieron al visitador la posibilidad de arrendar unos baldíos e incrementar así sus fondos de Propios.

inteligencia» por no advertir la gravedad de los enfermos y dejarlos morir sin sacramentos, lo que ocasionaba graves «perjuicios en el bien espiritual» de sus feligreses. Motivos bien distintos originaron las reclamaciones presentadas contra el cirujano de Valle de La Serena; en este caso fueron sus elevados honorarios (3.850 reales que abonaban los vecinos por repartimiento) la causa de estas quejas (37).

Como hemos comprobado la distribución de los cirujanos que ejercieron en Extremadura no fue uniforme. Junto a una mayor concentración de este tipo de profesionales en las tierras de Cáceres o en los núcleos de escaso vecindario, los casos de localidades que tuvieron varios cirujanos fueron frecuentes. La ciudad de Badajoz disfrutó en este sentido de una situación más privilegiada al contar con diez cirujanos, de los cuales cuatro estuvieron contratados por el Hospital Militar. Seis cirujanos ejercieron en las localidades de Cáceres y Guadalupe; en el primer caso sólo uno estaba asalariado por el municipio, mientras que en Guadalupe dos cirujanos estuvieron al servicio del Monasterio. En Brozas (en el Partido de Alcántara) ejercieron cinco cirujanos, uno de ellos asalariado por el Hospital de Santiago; cuatro había en Torrejoncillo (en el Partido de Coria), localidad que disfrutó de una relativa prosperidad que permitía a sus cirujanos mantenerse sin ningún tipo de salario (38). Finalmente el número de ciudades y pueblos con tres cirujanos ascendió a siete, mientras que un total de 28 núcleos contaron con dos cirujanos y el resto (113) con sólo uno (39). Una vez más, las características demográficas, económicas, burocráticas o eclesiásticas de cada localidad explican la concentración de cirujanos en determinadas poblaciones.

(37) Las autoridades de esta localidad informaban al visitador que mantenían al cirujano «a causa de no haber otro medio de curarse, sangrarse y afeitarse».

(38) En esta localidad existían en esa fecha 600 fábricas de lana y en ella, además de los cuatro cirujanos, ejercían un médico (con un salario de 6.600 reales) y dos boticarios.

(39) Tres cirujanos tuvieron las localidades de Casatejada, Malpartida de Plasencia, Casas de Millán, Don Benito, Herrera del Duque, Trujillo y Zafra.

6. EL PROBLEMA DE LOS SALARIOS

El estudio de las retribuciones de los profesionales sanitarios y los problemas derivados de la precariedad económica de la población constituyen elementos decisivos para entender la pluralidad de situaciones que se registran en la cobertura sanitaria de las diferentes comunidades a lo largo de la historia. El problema más frecuente al que tuvieron que enfrentarse médicos y cirujanos fue la falta de recursos de los municipios para hacer frente a sus salarios, una situación que afectó de manera desigual a ambos colectivos. Así, el 73% de los médicos que ejercían en Extremadura en 1791 percibían algún tipo de asignación o salario, fruto del contrato que tenían firmado con el municipio para el ejercicio de su profesión. Una proporción que en el caso de estos facultativos siguió siendo elevada, aunque el número de asalariados había descendido en España. No obstante, una vez más las diferencias registradas a nivel provincial nos obligan a subrayar estos contrastes: mientras en las tierras de Cáceres la proporción de médicos asalariados fue mayor (el 83% de los que allí ejercieron estuvieron contratados por el municipio), en los partidos de la Baja Extremadura el porcentaje fue sólo del 66% (40). Respecto a los ingresos que percibían los médicos por su trabajo, las diferencias que hemos constatado son de nuevo muy significativas. La forma más extendida de retribución fue el pago en metálico, siendo significativamente escaso el número de médicos que percibían sus salarios en especie. Esta situación era habitual en la España del Antiguo Régimen, siendo numerosos los casos de trabajadores que junto a su salario recibían suplementos en algún tipo de frutos. Sin embargo, el reducido número de médicos que percibieron sus ingresos total o parcialmente en especie confirma su vinculación a los sectores de la sociedad vinculados a una economía monetaria (41).

(40) En la Alta Extremadura sólo el Partido de Alcántara (con sólo un 60% de médicos asalariados) muestra un comportamiento diferente. Lo mismo sucedió en el Partido de La Serena, el único de la Baja Extremadura con un porcentaje mayor (el 78%) de médicos asalariados.

(41) Las localidades de Torre de Don Miguel, Acebo y Hoyos (todas ellas en la Sierra de Gata) fueron las únicas que abonaron el salario íntegro de sus médicos en especie. En los tres casos el fruto empleado fue el vino, dada la escasez de

Para el estudio de las retribuciones que percibieron estos profesionales hemos utilizado la unidad de moneda vigente (el real de vellón), realizando las oportunas conversiones en los casos en que los salarios venían expresados en ducados. El salario medio de los médicos que ejercieron en Extremadura fue de 4.600 reales, cantidad que se aproxima bastante a la que percibían los médicos que ejercieron en las provincias de Ávila, León o Segovia a mediados del siglo XVIII (42). En esas mismas fechas los médicos que desarrollaron su actividad en el Reino de Granada tuvieron un salario medio de 2.393 reales, cantidad que estuvo muy por debajo de los ingresos medios no sólo de los médicos castellano-leoneses, sino también de otros profesionales liberales (43). En cualquier caso es evidente que el progreso económico y el aumento de los precios en la segunda mitad del siglo XVIII determinaron un incremento de los salarios (44).

Las diferencias existentes en las ganancias de los médicos que ejercieron en la antigua provincia de Extremadura atestiguan de nuevo los contrastes y desigualdades que existieron en aspectos muy diversos (economía, demografía, nivel educativo, vida material, cobertura sanitaria, etcétera) de esta comunidad. Así, mientras el médico contratado por el Monasterio de Guadalupe recibía en 1791 un salario de 8.800 reales (el más elevado de toda la provincia) o el contratado por el cabildo de Plasencia la cantidad de 8.500 reales, la asignación que fijaban algunos municipios en ocasiones no superaba los 2.200 reales. Las ganancias de unos y otros eran por tanto muy distintas, aunque no siempre se correspondían con la categoría del cargo profesional que ocupaban. Los médicos que estuvieron al servicio de la Iglesia gozaron en este sentido de una situación privilegiada, no así los contratados por

cereales en esa zona. En otras dos localidades (Belbis de Monroy en el Partido de Plasencia y Fuenlabrada de los Montes en el de Trujillo), estos pagos completaban el salario que recibían estos profesionales de los fondos de Propios.

(42) Las medias salariales obtenidas en esta región oscilaban entre los 4.906 reales en la provincia de Ávila y los 2.583 reales que percibían los médicos que ejercieron en la provincia de Zamora. MORETÓN ALONSO, nota 24.

(43) ORTIZ GÓMEZ; QUESADA OCHOA; ASTRAIN GALLART, nota 25, p. 714.

(44) Sobre la evolución de los salarios en España véase HAMILTON, Earl J. *Guerra y precios en España, 1651-1800*, Madrid, Alianza, 1988, pp. 246-256.

los concejos de ciudades importantes. En este sentido resulta llamativo el hecho de que municipios como Herrera del Duque, Valencia de Alcántara o Arroyo del Puerco (todas ellos con menos de 5.000 habitantes) abonasen a sus médicos unos salarios que estuvieron muy por encima de los que disfrutaron los profesionales contratados por ciudades como Cáceres, Don Benito, Jerez de los Caballeros, Hinojosa del Duque o Villanueva de la Serena (45). Sin embargo, en estos casos los médicos pudieron incrementar la asignación municipal con los honorarios que percibían de particulares acomodados, una clientela que en estas ciudades era mayor por el volumen de su población.

La insuficiencia de las haciendas municipales no impidió que en un número importante de ayuntamientos pudieran hacer frente a los honorarios de estos facultativos. Así, el 47% de los médicos contratados por municipios extremeños recibían el cien por cien de sus emolumentos de los fondos de Propios, siendo mayor el porcentaje entre los que ejercieron en los partidos de Plasencia, Coria, Trujillo, Alcántara o Cáceres (el 55%), que entre los médicos que cumplieron sus cometidos profesionales en alguno de los cuatro partidos que integraban la actual provincia de Badajoz (sólo el 42%). Una situación que se corresponde con el mayor número de profesionales asalariados en las tierras de Cáceres. Cuando estos fondos eran insuficientes los vecinos debían completar el salario de los médicos contratados, siendo el repartimiento la fórmula más extendida. En estas circunstancias, las cantidades que sufragaba el municipio fueron siempre inferiores a las que abonaban los vecinos, situación que originó reclamaciones y quejas por la demora

(45) Los médicos que ejercieron en Herrera del Duque (localidad de 2.260 habitantes perteneciente al Partido de Trujillo) y Valencia de Alcántara (villa que no alcanzaba los 3.500 habitantes) recibían un salario de 7.700 reales del fondo de Propios. Situación más privilegiada disfrutó el médico de Arroyo del Puerco (en el Partido de Cáceres) que además del salario de 7.000 reales tenía derecho a casa y dos cerdos. Por el contrario, los dos médicos contratados por la ciudad de Cáceres recibieron un salario de 4.400 reales cada uno; a 4.000 reales (también del fondo de Propios) ascendían las ganancias del médico de Hinojosa del Duque; sólo 3.300 reales percibían los médicos contratados por el municipio de Jerez de los Caballeros y 2.200 reales los que ejercieron en Don Benito y Villanueva de la Serena.

con que algunos pagaban sus cuotas. Finalmente, en otros casos fueron los propios vecinos los encargados de satisfacer el salario íntegro del médico contratado, situación que estuvo también más extendida en los partidos de Plasencia, Coria, Trujillo, Alcántara y Cáceres que en los que integraban la actual provincia de Badajoz. En estas ocasiones serán los propios vecinos los que presenten sus quejas ante el visitador por la insuficiencia de los fondos de Propios para satisfacer estas necesidades.

En algunas localidades, y también por idénticas razones, los vecinos recurrieron a las igualas, un sistema que como advierte Villacorta Baños reproducía de forma más pura las condiciones de contratación del ejercicio profesional libre (46). El facultativo llegaba a un acuerdo con sus potenciales pacientes para sustituir los honorarios puntuales en caso de enfermedad por un pago anual que cubriese sus servicios, constituyendo así una variante de la percepción de honorarios. Este procedimiento de contratación de servicios característico de las profesiones sanitarias, se basaba en un acuerdo voluntario entre las partes y era una forma de garantizar estas prestaciones dadas las precarias condiciones económicas de la mayoría de la población rural extremeña. Este sistema estuvo más extendido en los partidos de Badajoz, Llerena, La Serena y Mérida, donde un total de 16 médicos incrementaron la asignación municipal (casi siempre escasa) con esta forma de pago (47).

Junto a los médicos que disfrutaron de algún tipo de salario o retribución, encontramos a aquellos que ejercieron su profesión con un carácter más individualista o de «manos libres». En los núcleos más importantes (Badajoz, Cáceres, Zafra, Don Benito, Hinojosa del Duque, Alburquerque o Llerena) este tipo de actividad estuvo más extendido. El mayor porcentaje de población adscrita a los sectores secundario y terciario (funcionarios y burócratas, militares, comerciantes, artesanos, rentistas o abogados) proporcionó a los médicos una clientela más o

(46) VILLACORTA BAÑOS, Francisco. *Profesionales y burócratas*, Madrid, Siglo XXI, 1989, p. 25.

(47) En la Alta Extremadura sólo estuvieron igualados los médicos que ejercieron en Casar de Cáceres y Garrovillas (en el Partido de Cáceres) y Logrosán y Miajadas en el Partido de Trujillo.

menos acomodada. En el resto de las comunidades extremeñas este tipo de actividad fue más frecuente entre los médicos que cumplieron sus cometidos en los partidos de Mérida, Badajoz, Llerena y Alcántara, donde más de un tercio de sus facultativos desarrollaron su actividad de esta forma. Recordemos que en los tres primeros el sistema de iguales estuvo también más extendido, situación que confirmaría el peso que en ellos alcanzó el ejercicio profesional libre.

El estudio de las retribuciones de los cirujanos extremeños presenta diferencias muy significativas con respecto a las que tuvieron los médicos. En primer lugar resulta necesario subrayar el menor número de cirujanos contratados por municipios: sólo el 57% gozaron de una asignación o salario. En los partidos de Plasencia, Coria, Trujillo, Alcántara y Cáceres el número de cirujanos asalariados muy mayor (el 61%) que en la Baja Extremadura (sólo el 44%), una situación que se corresponde con la que tuvieron los médicos. El salario medio de los cirujanos que ejercían en 1791 en la provincia de Extremadura fue de 2.475 reales de vellón (algo mayor en los partidos de la Alta Extremadura que en los que integraban la actual provincia de Badajoz), cantidad considerablemente inferior a la media salarial de los médicos (4.600 reales) (48). Como veíamos en el caso anterior los salarios de los cirujanos tampoco fueron uniformes. Así, el cirujano contratado por la localidad de Cilleros (en el Partido de Alcántara) tenía un salario de 6.000 reales, el más elevado de toda la provincia. A 5.500 reales ascendían las ganancias de los cirujanos contratados por Naval Moral (en el Partido de Plasencia), Esparragosa de Lares (en La Serena) o del que estuvo al servicio del Cabildo de Plasencia. Por el contrario, la situación de otros cirujanos fue mucho más precaria, al percibir unos honorarios que en muchos casos no superaron los 1.000 reales.

Estas diferencias estuvieron determinadas no sólo por la menor consideración y prestigio de estos profesionales (que en última instancia determinaba los salarios de unos y otros), sino también por las

(48) El cálculo del salario medio lo hemos realizado sobre los pagos abonados íntegramente en metálico, dadas las dificultades para determinar la cuantía de los mismos en los casos en que se abonaba en especie por las diferencias provinciales en el precio de los productos empleados.

características de los núcleos en que desarrollaron su actividad profesional. La mayor concentración de cirujanos en localidades de reducido poblamiento, la falta de recursos de estos municipios y la precariedad económica de sus vecinos fueron razones añadidas que explican las diferencias registradas entre las medias salariales de médicos y cirujanos. Unas desigualdades que tampoco fueron exclusivas de la provincia de Extremadura: en otras zonas del país la jerarquización profesional marcó también diferencias muy significativas en los ingresos de ambos colectivos. Así, la información que proporciona Moretón Alonso sobre las retribuciones de los cirujanos castellano-leoneses a mediados del siglo XVIII (salarios que oscilaron entre los 1.496 reales en Ávila o Segovia y los 1.096 reales en León) o los ingresos promedio que ofrecen Ortiz, Quesada y Astrain para los que ejercieron en el Reino de Granada (1.420 reales) en esas mismas fechas, reproducen las desigualdades registradas en Extremadura entre médicos y cirujanos (49). Sin embargo, más allá de las diferencias en los salarios de ambos colectivos, resulta necesario subrayar el incremento registrado en los rendimientos de los cirujanos a lo largo de la segunda mitad del siglo XVIII.

Al igual que sucedía con los médicos, el problema más frecuente de los cirujanos fue la falta de recursos de los municipios para hacer frente a sus salarios. Sin embargo, el menor prestigio de estos últimos determinó que las diferencias fueran de nuevo muy significativas. Así, sólo el 18% de los cirujanos contratados percibieron el importe total de sus retribuciones de los fondos de Propios, porcentaje sensiblemente inferior al que veíamos en el caso de los médicos (50). Por el contrario, la mayoría de los cirujanos (el 57%) dependieron económicamente de los vecinos, obligados a abonar por medio de repartimiento los salarios íntegros de estos profesionales. Esta modalidad de pago estuvo más extendida en los partidos que integraban la actual provincia de Cáceres,

(49) MORETÓN ALONSO, nota 24 y ORTIZ GÓMEZ; QUESADA OCHOA; ASTRAIN GALLART, nota 25, p. 714.

(50) En los partidos que integraban la actual provincia de Cáceres un total de 24 cirujanos (el 17% de los contratados) recibieron sus salarios de estos fondos. Por el contrario, en los partidos de Badajoz, Llerena, La Serena y Mérida fueron sólo 7 los cirujanos que percibieron sus retribuciones de fondos municipales.

situación que confirmaría las diferencias que existieron entre ambos territorios. Finalmente, sólo 24 cirujanos (el 14% de los que estuvieron contratados) recibieron parte de sus salarios del fondo de Propios, siendo los vecinos los encargados de completar sus emolumentos. La extensión de estas situaciones dio lugar a reclamaciones y quejas que también en algunos casos fueron recogidas por los funcionarios de la Real Audiencia (51).

El porcentaje de cirujanos que completaron los salarios que recibían del municipio con igualas fue menor que el que veíamos con los médicos: sólo los vecinos de 12 localidades (el 7% de los municipios que tuvieron cirujanos contratados) estuvieron igualados con estos profesionales. Sin embargo, en un número significativo de comunidades extremeñas la población recurrió al sistema de las igualas para asegurar los servicios de los cirujanos, que en estos casos no tuvieron ningún tipo de relación contractual con los municipios donde desarrollaron su labor (52). Finalmente, el resto de estos profesionales (el 35%) ejercieron su actividad sin ningún tipo de contrato o iguala, aunque una vez más los contrastes regionales obligan a matizar la extensión de esta modalidad de ejercicio. Así, en los partidos de Llerena y Badajoz el porcentaje de cirujanos no asalariados fue el más elevado de toda la región (en el primer caso afectó al 71% de los profesionales que allí ejercieron), situación que confirma el peso que alcanzó el ejercicio profesional libre en ambos territorios. Por lo que respecta a los partidos que integraban la actual provincia de Cáceres fueron los de Alcántara y Cáceres los que concentraron el mayor número de cirujanos no asalariados (53). Destacar finalmente la existencia de un reducido nú-

(51) Pedro Bernardo de Sanchoyerto advertía que los vecinos de Acedera «no pueden pagar [al cirujano] por inopia de los vecinos, siendo el pueblo mui enfermo».

(52) Un total de 24 cirujanos (el 8% del total) percibieron sus retribuciones a través de las igualas que concertaban con el vecindario. Este sistema de contratación de servicios estuvo más extendido en los partidos de Mérida, La Serena y Alcántara. Curiosamente en los partidos de Badajoz o Llerena no existieron situaciones de este tipo, aún cuando las formas de ejercicio profesional libre estuvieron en ambos muy extendidas.

(53) En los partidos de Mérida y La Serena el porcentaje fue el más bajo de toda la antigua provincia de Extremadura.

mero de cirujanos que realizaron parte de su labor asistencial en alguno de los hospitales extremeños, trabajo por el que recibían una asignación o salario. Aunque el estudio de la dotación hospitalaria y las características de su asistencia desbordan los objetivos de este estudio, resulta aquí necesario al menos apuntar la existencia de este tipo de contratos.

La pluralidad de situaciones que se registraron en la retribución del salario de los cirujanos y la frecuencia con la que los municipios recurrieron al repartimiento vecinal, determinó que en muchas ocasiones los salarios se abonaran sólo en especie o bien parte en dinero y otra parte en especie. Cuando se recurrió a estas modalidades de pago el trigo y el centeno fueron los productos mayoritariamente empleados; sólo en las localidades donde la cosecha de cereal era escasa (siempre zonas de montaña) se utilizó el vino. En estos casos (que afectaron al 17% de los cirujanos contratados) los problemas que plantea el cálculo del salario medio vienen determinados tanto por la heterogeneidad de las medidas, como por el precio que en ese momento tenían los diferentes productos empleados (54). Las cantidades de los mismos son de nuevo muy variables y como en el caso de los pagos en metálico dependieron de la capacidad económica de la población (55). A diferencia de lo que veíamos con los médicos, los salarios de los cirujanos manifiestan una mayor variabilidad debido tanto a la capacidad económica de los municipios, como a la modalidad de pago (en metálico o en especie) o

(54) La diversidad local en las medidas empleadas para áridos, ya advertida por Hamilton, explica que encontremos pagos tanto en fanegas, como en celemines o cuartillos. HAMILTON, nota 44, pp. 136-137. Para realizar las transformaciones oportunas hemos empleado las equivalencias que se recogen en ARTOLA, Miguel. *Enciclopedia de Historia de España. VI. Cronología. Mapas. Estadísticas*, Madrid, Alianza, 1993, p. 1.232. Por lo que respecta a los precios, en el periodo comprendido entre 1790 y 1794 los precios de trigo en la Alta Extremadura oscilaron entre los 42,2 rs/fan (en la jurisdicción de Cáceres) y los 38,3 rs/fan (en la de Coria). MELÓN JIMÉNEZ, nota 5, p. 156.

(55) Cuando se abonaban en trigo los salarios oscilaban entre las 162 fanegas que recibía el cirujano de Eljas y las 10 fanegas de los cirujanos de Zarza o Herguivuela. Si se retribuían con vino (situación que sólo hemos registrado en tres localidades) las fluctuaciones fueron menores: 550 cántaras recibía el cirujano de Acebo, 412 el de Cadalso y 405 el de Sotoserrano.

a los fondos de donde se abonaban. Esta variabilidad marca ya una diferencia importante entre el grupo de los médicos y el de los cirujanos, diferencia que en última instancia estuvo determinada por la jerarquización profesional de la época.

7. CONCLUSIÓN

Esta aproximación al estudio de la distribución y características socio-profesionales de médicos y cirujanos en tierras extremeñas pone de manifiesto una serie de hechos que queremos subrayar. En primer lugar es evidente que la existencia de contrastes regionales exige al investigador analizar con más rigor y profundidad los factores demográficos, sociales o económicos que en última instancia determinaron la presencia de estos profesionales. Una lectura atenta de este trabajo plantea numerosos interrogantes en los que aquí no hemos podido profundizar y que requieren un análisis más minucioso del conjunto de factores más arriba señalados. Pero además estas investigaciones ponen de manifiesto la ligereza con que en ocasiones se hacen determinados juicios o afirmaciones, repetidas acríticamente en estudios de carácter más general. La pluralidad de realidades y situaciones que desvelan estos estudios requieren sistematizaciones que ayuden a precisar la complejidad de la realidad asistencial y a descubrir sus elementos y relaciones. Es preciso analizar los condicionantes geográficos, económicos, sociales o institucionales para explicar la situación sanitaria o asistencial y ello sólo es posible atendiendo a los diferentes tipos de comunidad que la conforman y que en definitiva componen los elementos más visibles que hacen penetrable la complejidad.