

Hospitalidad y asistencia en la provincia de León a finales del Antiguo Régimen (1728-1896)

Alfredo Martín García y María José Pérez Álvarez

Departamento de Historia (Área de Historia Moderna). Universidad de León.
aamarg@unileon.es

Dynamis
[0211-9536] 2007; 27: 157-185

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2006
Fecha de aceptación: 3 de enero de 2007

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—La red asistencial leonesa a mediados del siglo XVIII. 3.—La hospitalidad en la ciudad de León. 4.—Características de los enfermos y difuntos del Hospital de San Antonio Abad.

RESUMEN: El trabajo consta de dos partes. En la primera analizamos las peculiaridades de la red asistencial en la provincia de León a mediados del siglo XVIII, centrándonos en su distribución territorial, ámbito de actuación y tipo de administración. En la segunda, hemos analizado el mayor centro hospitalario de la provincia en ese momento: el hospital de San Antonio Abad. Nuestro objetivo en este caso ha sido conocer el perfil sociológico de los pacientes allí tratados, atendiendo al sexo, estado civil, edad y procedencia territorial.

PALABRAS CLAVE: León, hospitales, San Antonio Abad, asistencia, siglos XVIII-XIX.

KEYWORDS: León, hospitals, San Antonio Abad, medical healthcare, 18th-19th centuries.

1. Introducción

Este trabajo es un primer acercamiento al mundo asistencial de la provincia de León durante el Antiguo Régimen¹. No se trata de un tema novedoso a nivel español, puesto que ya son abundantes los estudios de esta índole desarrollados para diversos ámbitos regionales². Sin embargo, nuestro

-
1. Siglas empleadas en este trabajo: A.C.L. (Archivo Catedralicio de León); A.H.M.L. (Archivo Histórico Municipal de León); A.H.P.L. (Archivo Histórico Provincial de León).
 2. La red de hospitales españoles es un tema abundantemente tratado por la historiografía modernista. Sirvan como ejemplo, para Andalucía: CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio. *El sistema de hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*, Sevilla, Diputación Provincial, 1979; CORONAS TEJADA, Luis. *El Hospital Real de Nuestra Señora de Loja desde mediados del siglo XVIII hasta 1833*, Granada, Universidad, 1990; LÓPEZ ALONSO, Carmen. *Locura y sociedad en*

conocimiento para el caso leonés se halla restringido, hasta la fecha, casi exclusivamente al mundo medieval³ o a pequeños trabajos sobre alguna institución concreta. En esta primera incursión en el tema nos hemos ceñido a dos líneas de investigación: el estudio de la red asistencial leonesa a mediados del siglo XVIII y el análisis de uno de los centros hospitalarios más significativos, que estaba funcionando a pleno rendimiento por aquellas fechas. Con respecto a la primera de las cuestiones a abordar, hemos delimitado, sobre la base de los actuales ayuntamientos, la distribución de los centros asistenciales para la provincia de León. A continuación, nos propusimos buscar sus posibles conexiones con la red urbana y viaria. Por último, catalogamos los centros asistenciales atendiendo a sus funciones y

Sevilla: Historia del Hospital de los Inocentes (1436-1840), Sevilla, Diputación Provincial, 1988; SANZ SAMPELAYO, Juan. *El Hospital Real y el Hospicio Real en la Granada del siglo XVIII. Aspectos humanos y económicos. Anuario de Historia Moderna y Contemporánea*, 1974, 1, 69-88; GARCÍA DEL MORAL, Antonio. *El Hospital Mayor de San Sebastián de Córdoba: Cinco siglos de asistencia médico-sanitaria institucional (1363-1816)*, Córdoba, Diputación Provincial, 1984. VALENZUELA, José. *El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (I). Las fundaciones reales y la reunión hospitalaria (1501-1526)*. *Dynamis*, 2003, 23, 193-220. VALENZUELA, José. *El insigne y suntuoso Hospital Real de Granada (II). Oficiales y sirvientes en un hospital general (1526-1535)*. *Dynamis*, 2004, 24, 213-241. Valencia: LÓPEZ TERRADA, M^a Luz. *El Hospital General de Valencia en el siglo XVI (1512-1600)*, Valencia, Universidad, 1990. Galicia: BARREIRO MALLÓN, Baudilio; REY CASTELAO, Ofelia. *Pobres, peregrinos y enfermos. La red asistencial gallega en el Antiguo Régimen*, Santiago, Consorcio de Santiago, 1998; CEPEDA ADÁN, José. Estado de cuentas y reajuste de salarios a mediados del siglo XVIII del Real Hospital de los Reyes Católicos de Santiago de Compostela. *Cuadernos de Estudios Gallegos*, 1965, 60, 30-55; GARCÍA GUERRA, Delfín. *El Hospital Real de Santiago, (1449-1804)*, La Coruña, Instituto de Estudios Gallegos Padre Sarmiento, 1983. Cataluña: DANÓN BRETOS, Josep. *Visión histórica del Hospital General de Santa Creu de Barcelona*, Barcelona, Fundación Vives Casajuana, 1978. Aragón: FERNÁNDEZ DOCTOR, Asunción. *El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII*, Zaragoza, Instituto Fernando el Católico, 2000. Para Castilla y León, CARASA SOTO, Pedro. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia al modelo sanitario actual*, Valladolid, Universidad, 1985; MAZA ZORRILLA, Elena. *Valladolid, sus pobres y la respuesta institucional (1750-1900)*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1985; PALOMARES IBÁÑEZ, Jesús María. *La asistencia social en Valladolid: el hospital de pobres y la real casa de misericordia (1724-1847)*, Valladolid, Diputación Provincial, 1975. FERNÁNDEZ MARTÍN, Luis. *La asistencia social en Valladolid: siglos XVI-XVIII*, Valladolid, Universidad, 1999. SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Andrés. *La beneficencia en Ávila: actividad hospitalaria del Cabildo Catedralicio (Siglos XVI-XIX)*, Ávila, Diputación Provincial, 2000. Asturias: ANES FERNÁNDEZ, Lidia. *Pobreza y beneficencia en Asturias en la segunda mitad del siglo XVIII*, Oviedo, Real Instituto de Estudios Asturianos, 2000.

3. CAVERO DOMÍNGUEZ, Gregoria. *Peregrinos e indigentes en el Bierzo medieval (s. XI-XVI). Hospitales en el Camino de Santiago*, Ponferrada, Basílica de Nuestra de la Encina, 1987; PRADA VILLALOBOS, Montserrat. *Asistencia y hospitalidad en León durante la Edad Media*, León, Tesis doctoral inédita, 2003.

al tipo de institución al que estaban adscritos. En cuanto a la segunda línea de investigación, nos hemos centrado en el hospital de San Antonio Abad de la ciudad de León. Su elección se debe a la abundante documentación histórica conservada⁴ y a su importancia como centro médico-asistencial de referencia en el panorama provincial. Por estos motivos hemos juzgado conveniente prolongar nuestro análisis temporal, en este caso, hasta finales del siglo XIX, para calibrar sus cambios y pervivencias de manera más certera.

2. La red asistencial leonesa a mediados del siglo XVIII

Para el estudio de esta primera cuestión, la base documental la aportan las Respuestas Generales del Catastro del Marqués de la Ensenada, confeccionado en la década de los cincuenta de la centuria dieciochesca⁵. En la respuesta número treinta del interrogatorio cada pueblo informa sobre la existencia, o no, de centros hospitalarios. Se trata de una fuente de probada solvencia para trabajos de esta índole, como ya han demostrado numerosos autores⁶. De todos modos, los resultados provenientes de su vaciado deben de ser tomados con cierta prudencia. Una de las principales cautelas que es necesario tomar ante esta documentación está relacionada con la acepción del término «hospital» por aquel entonces⁷, que ni exclusiva ni necesaria-

-
4. Hasta el momento es el único centro asistencial de la provincia para el que hemos hallado una serie documental adecuada para la realización de un análisis de este tipo.
 5. A.H.P.L., *Catastro de Ensenada, Respuestas Generales*.
 6. Entre los múltiples trabajos referentes al tema, véanse CARMONA GARCÍA, nota 2; MARCOS MARTÍN, Alberto. *Economía, sociedad, pobreza en Castilla. Palencia, 1500-1814*, Palencia, Diputación, 1985; BARREIRO MALLÓN y REY CASTELAO, nota 2; ANES FERNÁNDEZ, nota 2.
 7. Muestra evidente de esa ambigüedad terminológica, la tenemos en el diccionario de la R.A.E., de 1734, en donde aparece una doble acepción del término hospital. Por un lado, se considera centro de asistencia; y por otro, lugar de acogida: «La casa donde se reciben los pobres enfermos, pasajeros y peregrinos, y se curan de las enfermedades que padece»; «Se llama también la casa que sólo sirve para recoger de noche a cubierto a los pobres». Esa confusión aparece también reflejada en la documentación leonesa. El término «refugio» parece, a priori, referirse a un centro con atribuciones bastante más limitadas que las de un hospital, pero sin embargo esa presunción no tenía por qué corresponderse con la realidad. El refugio de San Andrés, en la localidad maragata de Val de San Lorenzo, se dedicaba a asistir «a los enfermos transeúntes», para luego trasladarlos a otros centros de mayor capacidad. Ese mismo cometido lo desarrollaba el Hospital de Santa Engracia, en Valverde. A.H.P.L., *Catastro de Ensenada. Respuestas Generales*.

mente cubre las funciones médico-sanitarias que hoy en día le atribuimos. De ahí que los historiadores actualmente insistan en la importancia de evitar interpretaciones anacrónicas de este término⁸. Consecuencia de esa mencionada variedad de acepciones del término «hospital» es el número relativamente abundante de centros que configuraban la red asistencial leonesa a finales del Antiguo Régimen: 105⁹ —si dejamos al margen de nuestro análisis otros tres centros que nos ofrecen ciertas dudas a la hora de catalogarlos¹⁰—. Su imponente volumen no redundaba en eficacia, ya que enmascara la fragilidad del sistema: pocos eran los hospitales que incluían cuidados sanitarios, y mucho más abundantes los pequeños centros de acogida de pobres, transeúntes y peregrinos, o los que se dedicaban simplemente a reenviar a los enfermos recogidos a las mejor preparadas instituciones del mundo urbano, fundamentalmente las de León y Astorga.

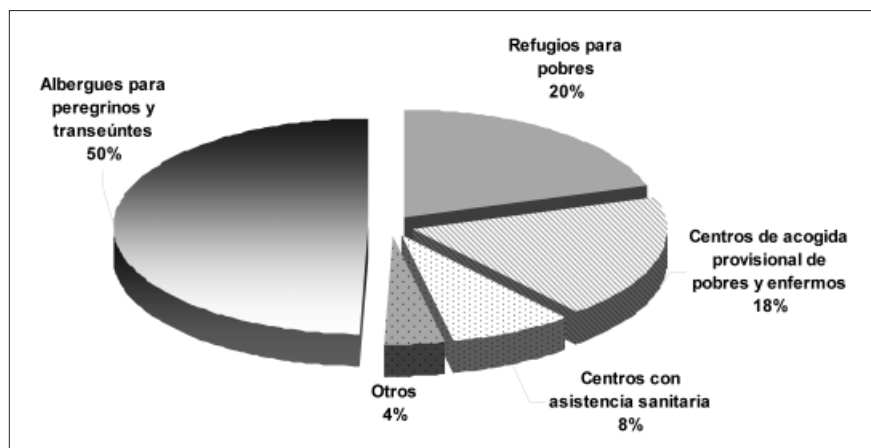
De hecho, solamente el 8% de todos esos centros localizados (gráfico 1) contaban con una función marcadamente sanitaria, una atención especializada a cargo de un médico y una o varias salas para el descanso y recuperación de los enfermos. Era el caso del Hospital Real de San Juan de la ciudad de Astorga, el de Santiago de Villafranca, el del Dulce Nombre de Jesús de Sahagún, el de San Juan de Mansilla en La Bañeza, el de San Antonio Abad en la ciudad de León, así como los de Ponferrada y Benavides. Como se puede comprobar (mapa 1), excepción hecha del último de los citados, prácticamente todos estos hospitales estaban situados en poblaciones de cierta entidad, circunstancia lógica habida cuenta de sus mayores dimensiones demográficas así como de la existencia en ellas de instituciones lo suficientemente solventes como para sostenerlos económicamente. A este grupo marcadamente minoritario podríamos unir con ciertos reparos, los denominados «otros centros», que constituían el 4% del

8. Autores como Horden y Henderson, han puesto de relieve otros elementos de atención asistencial hasta el momento poco considerados y con gran valor entonces, como, por ejemplo, el consuelo religioso. Véanse HORDEN, Peregrine. A discipline of relevance: the historiography of the later medieval hospital. *Social History of Medicine*, 1988, 1 (3), 359-374; HENDERSON, John. Healing the body and saving the soul: hospitals in Renaissance Florence. *Renaissance Studies*, 2001, 15 (2), 188-216.

9. En la relación hospitalaria que nos ofrece Carasa Soto para la provincia de León se recogen más centros de los que nosotros incluimos. La diferencia reside en que en su listado aparecen pueblos que no están integrados en el actual marco provincial. CARASA SOTO, Pedro. *Censo de Ensenada 1756*, Madrid, Tabapress, 1993, pp. 282-286.

10. La denominación de esas tres instituciones en el Catastro es demasiado genérica y no parece responder al objetivo del trabajo.

Gráfico 1. Función de la red de asistencia leonesa (siglo XVIII)

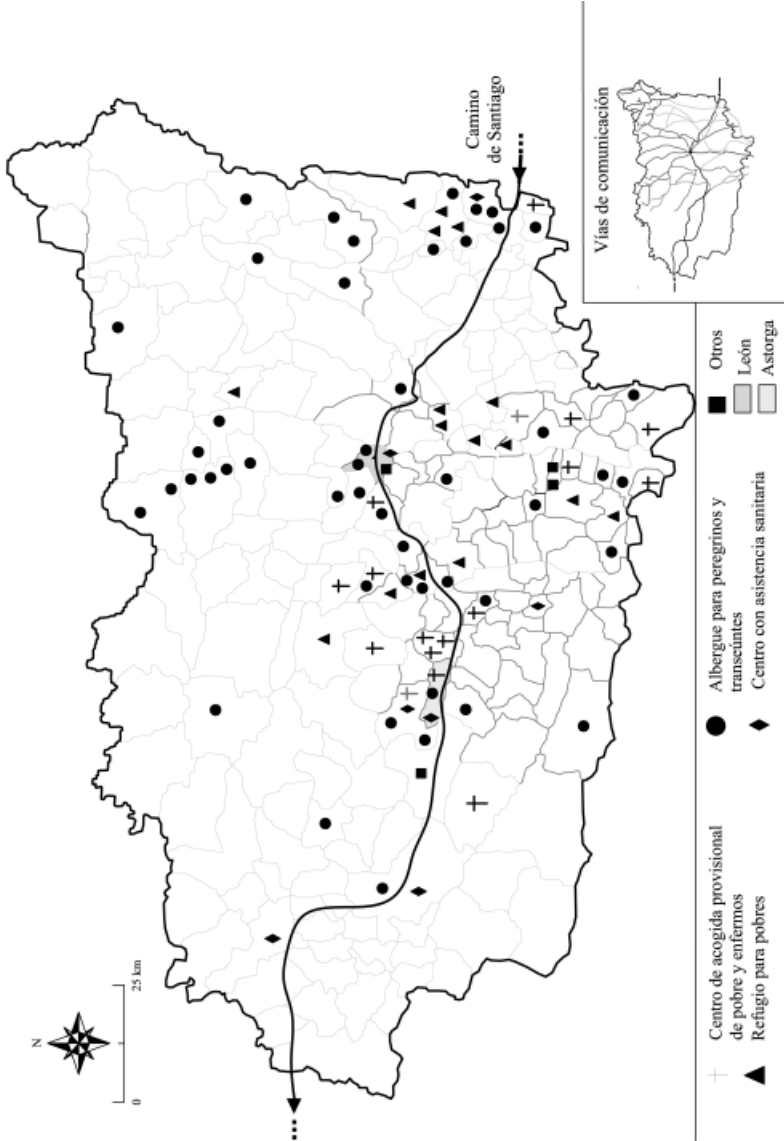


Fuente: A.H.P.L., Catastro de Ensenada, Respuestas Generales, 1752.

total. Bajo este epígrafe hemos incluido aquellos hospitales orientados al cuidado restringido, bien de un determinado tipo de enfermos —caso del lazareto de León—, bien de un sector privilegiado de la sociedad —el de San Gregorio en Rabanal, exclusivo para eclesiásticos—, o simplemente de un sexo, como sucedía con el de San Pedro, en Cea, dedicado al cuidado de pobres mujeres enfermas. El hecho de no agruparlos directamente en el sector de hospitales con atención sanitaria, viene dado por la escasa información que de ellos tenemos, lo que unido a la cortedad de sus rentas, nos hacen suponer que muy posiblemente no tendrían perfilada esa.

El resto de centros recogidos en las Respuestas Generales, que suponían una abrumadora mayoría —prácticamente el 90%—, carecían de asistencia médico-sanitaria. De éstos, el grupo mayoritario, constituido por el 50% del total, estaba formado por aquellos con una preferencia clara a la atención a transeúntes. Se trata, en general, de centros de creación medieval o de comienzos del siglo XVI, con una orientación marcadamente religiosa, vinculada a la asistencia de peregrinos y viajeros que se desplazaban por las principales vías de comunicación de la provincia, comenzando por el camino de Santiago y continuando por las diferentes cañadas de la mesta. Sus dimensiones eran ciertamente reducidas, asemejándose en la mayoría de las ocasiones más a casas particulares que a verdaderos centros asisten-

Mapa 1. Distribución de la red hospitalaria leonesa a mediados del siglo XVIII



Fuente: A.H.P.L., Catastro de Ensenada. Respuestas Generales, 1752.

ciales. En ellos, se limitaban a ofrecer hospedaje, comida, alguna limosna —casi siempre en especie—, o incluso ropa, en función de las disposiciones estipuladas en sus fundaciones o del alcance de las rentas que disfrutaba la institución, casi siempre muy escasas¹¹. La única salvedad reseñable, dentro de esa limitada asistencia que ofrecían a los demandantes, la constituía el hospital sostenido por la orden de Santiago, en el convento de San Marcos de León, atendido por religiosos.

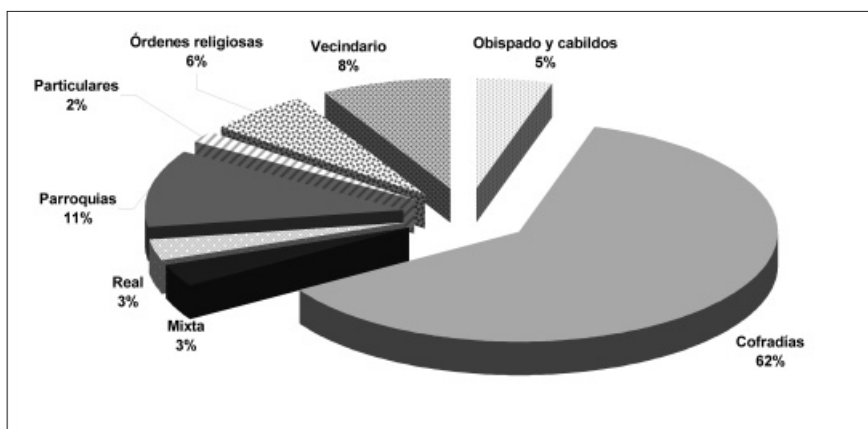
El segundo de los grupos en cuanto a peso porcentual, con un 20% del total, lo constituían los que en la práctica no eran más que meros refugios temporales, sin apenas otro tipo de servicios. Era el caso, por ejemplo, del de Armellada, cuya función se limitaba exclusivamente a «abrigar pobres en las noches» o el de La Magdalena, en la montaña occidental, en el que se prestaba al indigente «una cama jergón y dos mantas». Lo mismo sucedía en la propia ciudad de León con el hospital de San Martín, cuyos servicios se restringían a ofrecer a los pobres en él refugiados, luz, leña y paja por una noche, así como una cena en Nochebuena. De igual modo, hemos integrado en este grupo a otro tipo de establecimientos con funciones similares, pero que tenían menor estabilidad temporal. En ellos era habitual que el establecimiento permaneciera cerrado hasta la llegada de un pobre transeúnte, momento en el que se recogía limosna entre el vecindario para atenderlo. Así sucedía en los refugios de la Concepción, de Cabrereros del Río y en el de Fresno de la Vega; o en hospitales como el de Santa Colomba, de Espinosa de la Ribera y el de Palanquinos, entre otros. Por último, un 18% de los centros se limitaban simplemente a recoger a los pobres y enfermos para trasladarlos a otras instituciones de mayor entidad, en los que poder remediar sus males. Aunque no suele aparecer el lugar de destino de esos enfermos, el hecho de que todos esos centros se hallaran ubicados en el área de influencia de las principales ciudades, nos lleva a suponer que los

11. Ejemplo de este tipo de centros lo constituyen el hospital de Villamol y el de Bustillo. En el primero, que no disponía de rentas, existía «una casa hospital con la advocación de la cruz para recoger los pobres enfermos que vienen». En el segundo, la documentación nos señala lo siguiente: «ay un hospital que sirve para hospedar a los pobres enfermos que vienen a él y solo tiene de renta quatro fanegas y medio de zenteno que anualmente se pagan por las tierras que le corresponden. Su valor se gasta en su composición y reparos y en caso de que no se consuma todo en ellos el sobrante está mandado agregar, por auto de visita del Ilmo. Sr. Obispo de este obispado, a las rentas de la fábrica de este pueblo». A.H.P.L., *Catastro de Ensenada. Respuestas Generales*.

pacientes serían encaminados a hospitales como el Real de San Juan de Astorga o el de San Antonio Abad de León¹².

En lo que respecta al tipo de administración de todos estos centros (gráfico 2) se aprecia, en primer lugar, un innegable dominio de las instituciones religiosas: la Iglesia, ya sea a través de las parroquias, las órdenes regulares, los cabildos, el obispado o las cofradías controlaba en torno al 85% de la red asistencial leonesa en la época. De entre todos ellos, sin duda, eran las cofradías las grandes dominadoras del panorama, gestionando el 62% de los centros¹³. Ahora bien, este dominio innegable desde el punto de vista cuantitativo, perdía fuerza si entramos a valorar su capacidad de respuesta. De hecho, los grandes centros asistenciales de la provincia no estaban regidos por cofradías, sino que se encontraban ligados a las altas jerarquías de la Iglesia. Así, por ejemplo, el de San Antonio Abad, en León, o el de San Juan, en Astorga, los administraban sus respectivos cabildos catedralicios. El resto de centros que estaban bajo jurisdicción eclesiástica tenían como

Gráfico 2. Tipo de administración en la red asistencial leonesa (siglo XVIII)



Fuente: A.H.P.L., Catastro de Ensenada, Respuestas Generales, 1752.

12. Así sucedía con el hospital de San Esteban de Nistal, cuyos enfermos eran conducidos, según las respuestas, a la ciudad de Astorga. A.H.P.L., *Catastro de Ensenada. Respuestas Generales*.
13. Respecto a la labor asistencial de las cofradías en el Antiguo Régimen, véase ARIAS DE SAAVEDRA ALIAS, Inmaculada; LÓPEZ-GUADALUPE MUÑOZ, Miguel Luis. Las cofradías y su dimensión social en la España del Antiguo Régimen. *Cuadernos de Historia Moderna*, 2000, 25, 189-232 (pp. 204, 230-231).

principal cometido la atención a peregrinos y transeúntes. Su eficacia dependía de los recursos económicos, casi siempre muy modestos.

En cuanto a todos aquellos centros asistenciales que dependían de la buena voluntad del vecindario, en el caso leonés se dedicaban solamente a dos cometidos: la conducción de enfermos a otro hospital más grande y la atención a caminantes. Por último, la Corona gestionaba, exclusivamente, un 3% de la red hospitalaria de la provincia. En este grupo estaba incluido el lazareto de la ciudad de León, sustentado gracias a importantes donaciones y limosnas concedidas por los reyes a partir del siglo XII. Seis años después de la confección del Catastro, este hospital se integrará en el de San Antonio Abad¹⁴. Otro ejemplo señero sería el de Santa María de Arbas, fundado en el siglo XI con un fin bien distinto al anterior, ya que su cometido era la atención a los viajeros que transitaban por el puerto de Pajares.

Para perfilar más claramente las características generales de la red asistencial leonesa, desde la óptica de su distribución territorial, hemos confeccionado un mapa ubicando los centros localizados, sobre la base del actual marco municipal (mapa 1). En primer lugar, constatamos un aspecto ya mencionado con anterioridad: la concentración de hospitales y refugios en los principales centros urbanos leoneses, especialmente en la cabeza del reino. En ella existían, a mediados del siglo XVIII, un total de cinco establecimientos de este tipo. Asimismo, León, Astorga, Villafranca y Ponferrada estaban enclavadas dentro del Camino de Santiago, sin duda alguna, la zona con mayor densidad hospitalaria en toda la provincia. De hecho, el 29,4% de los centros asistenciales leoneses estaban situados entorno a él¹⁵. Buena parte de los hospitales que jalonaban el camino habían sido fundados durante el Medievo, es decir, en su momento de esplendor, para el cobijo y asistencia de los peregrinos que se dirigían a la tumba del Apóstol. A mediados del siglo XVIII la ruta jacobea había perdido buena parte de su esencia religiosa, aunque, en contrapartida, seguía manteniendo un alto valor como vía de tránsito de personas y mercancías. No olvidemos la condición de la provincia leonesa como vía natural de contacto entre Galicia y la Me-

14. FERNÁNDEZ ARIENZA, José. *Medicina y sociedad en León durante el siglo XIX*, León, El Autor, 1998, pp.143-145.

15. En este porcentaje hemos incluido a todos aquellos hospitales relativamente próximos al Camino de Santiago, dado el importante número de variantes y rutas alternativas en la época, sobre todo en el trayecto desde Astorga a Ponferrada. Véase CAVERO DOMÍNGUEZ, nota 3, pp. 44-52.

seta¹⁶. Eso explica el mantenimiento de la red, a pesar de que, excepción hecha de algunas instituciones urbanas, su grado de operatividad fuese para la época muy reducida. Como ha señalado Marcos Martín, para la vecina provincia de Palencia, muchos de estos viejos hospitales medievales, ante la decadencia de las peregrinaciones, palpable ya en el siglo XVI, perderán su sentido primigenio para convertirse en simples refugios para pobres y transeúntes¹⁷. Otros simplemente habrán desaparecido en el siglo XVIII, bien por la decadencia de las peregrinaciones o bien por la cortedad de sus rentas¹⁸. Parecido cometido tendrán el 19,3% de centros distribuidos en torno a las principales rutas de trashumancia, que enlazaban el sur y norte de la provincia durante la Época Moderna. A grandes rasgos, éstas seguían los trazados de las antiguas vías romanas como, por ejemplo, la que iba paralela al curso del río Esla¹⁹.

Los hospitales del norte de la provincia están relacionados con los pasos de montaña que unen la Meseta con el principado de Asturias. Desde siglos atrás los argollanos, habitantes de los actuales municipios de Villamanín, Cármenes y Lugueros, utilizaban los pasos de la Montaña Central leonesa para comerciar en León y la Meseta con el pescado procedente de Asturias y sus propios productos cárnicos, aprovechando el viaje de vuelta para abastecerse de vino y cereales²⁰. Esa ruta había sido también utilizada, desde el Medievo, por los peregrinos que, antes de llegar a Santiago, deseaban visitar Oviedo o León, lo que explica la antigüedad de esas fundaciones.

16. MADRAZO, Santos. *El sistema de comunicaciones en España, 1750-1850*, Madrid, Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos, 1984, vol. 1, p. 38.

17. MARCOS MARTÍN, nota 6.

18. Respecto a la densa red hospitalaria existente en el Bierzo durante la Edad Media, se pueden consultar los trabajos de Gregoria Caveró. Véanse CAVERO DOMÍNGUEZ, nota 3, pp. 65-96; CAVERO DOMÍNGUEZ, Gregoria. Fundaciones hospitalarias del clero secular en la diócesis de Astorga (siglos XII-XV). In: Horacio Santiago-Otero (coord.), *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*, Salamanca, Junta de Castilla y León, 1992, pp. 135-149 (pp.144-147).

19. ALONSO PONGA, José Luis. *Historia antigua y medieval de la comarca de los Oteros*, León, Celarayn, 1981, p. 157; RABANAL, Manuel Abilio. Las vías romanas en las provincias de Zamora y León. In: Rafael González Rodríguez, (coord.), *Las vías de comunicación en el Noroeste Ibérico, Benavente: encrucijada de caminos*, Benavente, Centro de Estudios Benaventanos, 2004, pp. 11-35 (p. 30).

20. CUBILLO DE LA PUENTE, Roberto. Las comunicaciones y los transportes. In: Laureano Manuel Rubio Pérez (coord.), *Historia de León*, León, Universidad de León, 1999, vol. 3, pp. 416-429 (pp. 427-428).

Los pasos de la Montaña Central leonesa no eran los únicos empleados para el tráfico mercantil, pues también los de la Montaña Oriental y Occidental se utilizaban con similares fines²¹. Pero en contrapartida a lo visto en la tierra de los argollanos, en estas rutas apenas existen establecimientos de este tipo. La carencia hospitalaria en la provincia de León se podría relacionar con la ubicación de centros de ese tipo en la vertiente asturiana. Sirva como ejemplo el caso de Campomanes. De esta localidad del principado partían dos rutas. Una desembocaba en la montaña central leonesa, atravesando el puerto de Pajares. La otra se dirigía a Babia, concretamente a la localidad de Pinos, a través del puerto de La Cubilla. En la vertiente sur de la Cordillera Cantábrica, solamente encontramos operativo el hospital de Santa María de Arbas; en Campomanes —vertiente norte—, en cambio, se constatan para la época tres. Otro ejemplo a mencionar es del puerto de Leitariegos. En el concejo de Tineo (Asturias) funcionaban cuatro hospitales, así como el del Santo Cristo en Cangas de Narcea. En cambio, en el limítrofe concejo leonés de Laciana, no se constata ningún centro de atención a transeúntes. Recalcando más esa vocación asistencial de la vertiente asturiana, nos encontramos con toda una serie de privilegios, concedidos en época medieval, a los habitantes de los pueblos próximos a dicho puerto, para que lo mantuvieran transitible y prestaran servicios asistenciales a los viajeros. Esta misma explicación se puede extrapolar a la Montaña Oriental leonesa, donde el puerto de San Glorio era una zona de importante tránsito. Tampoco en la vertiente sur encontramos hospitales; esta deficiencia se supliría con el centro asistencial de Potes, en la actual Cantabria.

Otra zona de marcada concentración de hospitales era la franja suroriental de la provincia, es decir, los municipios integrados en la comarca de Campos. Tierra de Campos era punto de llegada de un intenso flujo migratorio estacional relacionado con la siega: emigrantes de zonas tan dispares como la Liébana cántabra, la montaña asturiana o el reino de Galicia venían a satisfacer la ingente demanda laboral que requería la importante actividad agrícola de la zona. Esos flujos, que se concentraban fundamentalmente en los meses de verano, requerían de una mínima infraestructura asistencial para poder hacer frente a los problemas que aquellas

21. RUIZ DE LA PEÑA, Ignacio. Las relaciones comerciales astur-leonesas en la Baja Edad Media (siglos XIV-XV). In: González Rodríguez (coord.), nota 19, pp. 55-69 (p. 58). Este autor nos ofrece una relación de los ingresos que diferentes concejos leoneses percibían en la época en concepto de portazgo.

oleadas de trabajadores pudieran generar²². Asimismo, otra justificación a esta elevada densidad podemos relacionarla con su condición de puerta de entrada del Camino de Santiago en la provincia de León, sin olvidar las rutas trashumantes que por allí pasaban y que, como ya hemos explicado en su momento, guardan estrecha relación con la actividad mercantil. No en vano, en esta parte de la provincia de León existía una importante red de ferias y mercados —Sahagún, Valderas, Cea, Valencia de Don Juan, Villamañán, etc.—²³.

3. La hospitalidad en la ciudad de León

A mediados del siglo XVIII, el Catastro del Marqués de la Ensenada, nos da cuenta de cinco hospitales en la ciudad de León: San Lázaro, San Antonio Abad, San Martín de los Caballeros, San Marcos y el de los Desamparados de Nuestra Señora de los Remedios²⁴. Siglos atrás, la red hospitalaria era mucho más compleja; a finales del XIII, había más de una veintena de centros, por más que muchos de ellos no fueran sino pequeños refugios. A mediados del siglo XVI, el panorama comenzó a simplificarse, debido a la reestructuración planteada por la Corona en busca de una mayor eficacia. En este contexto debemos encuadrar la orden dada por el emperador Carlos V a los corregidores, en 1535²⁵, con el fin de reducir el número de hospitales pequeños y poco operativos, concentrándolos en otros mayores y más

22. YUN CASALILLA, Bartolomé. *Sobre la transición al capitalismo en Castilla. Economía y sociedad en Tierra de Campos (1500-1830)*, Salamanca, Junta de Castilla y León, 1987, pp. 121, 482;

LANZA GARCÍA, Ramón. *Población y familia campesina en el Antiguo Régimen. Liébana, siglos XVI-XIX*, Santander, Universidad de Cantabria, 1988, p. 56; ANES FERNÁNDEZ, nota 2, p. 70.

23. PÉREZ ÁLVAREZ, María José. La cabaña ganadera. In: Rubio Pérez, nota 20, pp. 354-369 (p. 358).

24. A.H.PL., *Catastro de Ensenada, Respuestas Generales*.

25. A.H.M.L., Caja 513. El acuerdo se tomó en las Cortes celebradas en Segovia tres años antes: «Sería cosa muy útil (...) Que mandásemos a cada pueblo solamente hubiese un hospital general al cual se resumiesen todos los otros de él y que en los pueblos principales (...) ubiese dos, uno para enfermos contagiosos y otro para acoger pobres con otras enfermedades e nos suplicaron y pidieron por merced así lo mandásemos proveer.. locuaz visto por nuestro consejo acordado que debíamos mandar esta nuestra carta». A continuación el Rey pide se haga una relación de los hospitales que existen en la ciudad, con la fecha de fundación, fundador, rentas, personal, etc.

eficaces²⁶. Aún así, en el León de 1575, todavía quedaban diecisiete, que, poco a poco, se fueron concentrando, dando como resultado el panorama que nos ofrece el Catastro.

De todos los hospitales leoneses, el más importante, tanto por sus rentas como por el volumen de enfermos que atendía, era el de San Antonio Abad. Este centro no nació como tal, sino que fue el resultado de la fusión de toda una serie de instituciones sanitarias surgidas en época medieval²⁷. En 1531 se fusionó con el de San Marcelo; posteriormente, se les agregó el hospital de Don Gómez, con todos sus bienes, el cual, a su vez, había sido fruto de un proceso aglutinador de otros centros. Resultado de toda esa cadena de agrupaciones subsistió hasta el siglo XX el de San Antonio, como heredero único, no sólo del patrimonio, sino también de la obra asistencial caritativa de la Iglesia leonesa. Durante la época moderna dependía del Cabildo de la Catedral, que nombraba a un canónigo encargado de la administración del centro. Sin embargo, en la década de 1870, pasará a ser administrado por la Diputación Provincial.

Del hospital de San Antonio Abad se conserva un importante volumen de documentos, en el archivo catedralicio de la ciudad de León: parte de los libros de ingreso de enfermos y defunciones, así con una cantidad ingente de cartas de censos, foros, arrendamientos, libros de botica, etc. En este estudio no vamos a realizar un análisis de la vertiente económica de este hospital, puesto que nuestra intención es centrarnos en sus aspectos demográficos y sociológicos. En lo que respecta a los libros de entradas de enfermos, el primero data de 1766, aunque la serie no comienza de manera ininterrumpida hasta finales del siglo XVIII. Hemos realizado una serie de catas por trienios, a excepción de la de partida, 1766, que sólo refleja ese año, dado el vacío documental anteriormente referido. En el muestreo hemos intentado combinar trienios de crisis con otros de estabilidad, a fin de calibrar la intensidad de esos momentos críticos. Ese es el caso, por ejemplo, de 1802-1804²⁸; o de la cata situada en plena Guerra de la

26. Esa medida parece que no tuvo el eco deseado por el Monarca y las Cortes de Segovia, ya que en 1571, Felipe II, elabora una Real Provisión en el mismo sentido. BARREIRO MALLÓN; REY CASTELAO, nota 2, p. 58.

27. A.C.L., Caja 8.879.

28. En octubre de 1804, el médico de la ciudad informa que «las fiebres intermitentes y tercianas perniciosas (...) desde julio han afligido a la mayor parte de los ciudadanos». A.H.M.L., Caja 80. En los años anteriores había sido el tabardillo la principal causa de sobremortandad. Véase nota 38.

Independencia, 1810-1814²⁹. Respecto a los difuntos, el vacío secuencial es mayor. Los libros comienzan en noviembre de 1727³⁰, pero sin solución de continuidad, finalizando bruscamente el 18 de septiembre de 1804. Por tal motivo las catas que analizamos nos han venido, en gran medida, determinadas por la documentación³¹.

En el volumen de ingresos hemos de tener en cuenta la inevitable desviación que provoca en las medias anuales la repetición de partidas de enfermos que entran varias veces al año a recibir asistencia hospitalaria. Sin embargo, el objetivo del trabajo no es realizar un estudio individualizado, caso por caso, sino medir las dimensiones asistenciales del hospital y la sociología de sus demandantes. Otra cuestión muy difícil de solventar es, tanto en los registros de entradas como en los de defunciones, la discriminación, dentro de los catalogados en la documentación como célibes, de los niños con respecto a los adultos. En el caso de los difuntos parece estar más clara esa diferenciación, si bien son muchas las ocasiones en las que desconocemos su estado civil, sobre todo de los forasteros que ingresan en la institución en un estado de salud y mental tan precario que son incapaces de identificarse. En los registros de entrada, además de encontrarnos en algunos casos con la situación anteriormente referida, el hecho de que en un importante porcentaje de partidas no se haga referencia al estado civil, anotándose simplemente el nombre de los padres, nos ha hecho suponer en un primer momento que se trataba de menores. Sin embargo, la prudencia nos ha conducido más tarde a englobarlos bajo el epígrafe de «desconocidos», dado que su elevado porcentaje podría distorsionar la estadística. Por otro lado, en la única cata en la que disponemos de las edades de los enfermos, el porcentaje de menores es tan reducido que parece un error identificar como niños a toda esa masa de personas de estado civil desconocido. Finalmente, las referencias a las enfermedades tratadas son tan esporádicas que hemos considerado desaconsejable entrar a valorarlas.

29. La distribución por catas, es la siguiente: en 1766, se recogen 991 ingresos; 1798-1800, hay 1.932; 1802-1804 con 2.984; 1810-1814, con 819; 1834-1836, con 662; 1852-1854 con 1.009 y 1894-1896 con 3.654.

30. Al no estar completa la serie de ese año comenzamos nuestro análisis en 1728.

31. Entre 1728-1730, aparecen 321 registros de defunción; en el trienio, 1761-1763, 369; en 1790-1792, 347; en 1801-1803, 540; y, por último, en 1804, tratado aparte al estar incompleto, 217.

4. Características de los enfermos y difuntos del Hospital de San Antonio Abad

La base de información sobre la que asentamos nuestro trabajo está compuesta por 12.051 registros de ingresos y 1.794 partidas de defunción. Esto supone una media de 634 ingresos anuales³² y 131 óbitos. En este último cálculo no hemos contabilizado el año 1804 por las deficiencias ya referidas. Esas medias se disparan en años con factores externos negativos: ciclos epidémicos, crisis agrarias o la conjunción de ambos. Si aislásemos, por ejemplo, la cata 1802-1804, trienio en el que tuvieron gran incidencia esos episodios críticos, la media de ingresos anual se dispara a 994, lo que supone casi un 60% más que la del conjunto de la serie. Por otro lado, y al margen de esos procesos, hay que tener en cuenta los parámetros demográficos cuantitativos de la ciudad. En 1860 León había duplicado su población con respecto a los últimos años del siglo XVIII, circunstancia que explica la media de 1.218 ingresados para la cata de 1894-1896.

Comenzamos nuestro análisis haciendo un estudio diferencial por sexos de los enfermos ingresados y fallecidos en el hospital objeto de estudio. Observando las tablas 1 y 2 podemos extraer una serie de conclusiones. En principio, hay que señalar que nos encontramos ante un reparto bastante equitativo, aunque en los registros de ingresos, destaca ligeramente el sexo femenino con un 55,8% frente al 44,2% de los varones. Estos datos difieren un tanto de los obtenidos en otros estudios similares. En el hospital de San Antolín de Palencia ese equilibrio entre hombres y mujeres era aún mayor, si bien la balanza se inclina a favor de los varones: 48,7% de mujeres y 51,3% de hombres. En el hospital de Santa María de Esgueva, en la ciudad de Valladolid, a mediados del siglo XVIII, la proporción era también favorable a los hombres, que representaban el 57% de los ingresos frente al 43% de las mujeres, si bien en 1803-1804, los datos se aproximan más a los leoneses. Por su parte, el Hospital Real de Santiago de Compostela, a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, muestra unos resultados muy similares a los vallisoletanos: las mujeres suponían el 42%, en 1793, o el

32. Los estudios realizados sobre el hospital de San Antolín en la ciudad de Palencia para la segunda mitad del siglo XVIII, cifran la media de entradas anual en 1.000 individuos, lo que demuestra una menor capacidad de absorción por parte del hospital de San Antonio con respecto al palentino. MARCOS MARTÍN, nota 6.

Tabla 1. Distribución porcentual por sexo de los ingresados en el hospital de S. Antonio

	<i>Total</i>					
	<i>Hombres</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	
1766	326	32,9	665	67,1	991	100
1798-1800	889	46,0	1.043	54,0	1.932	100
1802-1804	1.478	49,5	1.506	50,5	2.984	100
1810-1812	334	40,8	485	59,2	819	100
1834-1836	286	43,2	376	56,8	662	100
1852-1854	467	46,3	542	53,7	1.009	100
1894-1896	1.548	42,4	2.106	57,6	3.654	100
Total	5.328	44,2	6.723	55,8	12.051	100

Fuente: A.C.L., Libros de Registro de entrada y salida de enfermos del Hospital de San Antonio Abad, cajas 20, 21 y 28. Elaboración propia.

Tabla 2. Distribución porcentual por sexo de los fallecidos en el hospital de S. Antonio

	<i>Total</i>					
	<i>Hombres</i>	<i>%</i>	<i>Mujeres</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	
1728-1730	183	57,0	138	43,0	321	100
1761-1763	176	47,7	193	52,3	369	100
1790-1792	188	54,2	159	45,8	347	100
1801-1803	296	54,8	244	45,2	540	100
1804	110	50,7	107	49,3	217	100
	953	53,1	841	46,9	1.794	100

Fuente: A.C.L., Libro de Defunciones del Hospital de San Antonio Abad, caja 48.

47%, en 1826³³. La circunstancia de que en León el porcentaje de mujeres sea más elevado que en los hospitales que acabamos de reseñar, se explica por el mayor grado de estabilidad del sector femenino con respecto a la continua movilidad de los varones. Aunque también hemos de tomar en consideración la mayor predisposición de las mujeres a hacer uso de los establecimientos de caridad pública.

Por el contrario, en los libros de difuntos, es el sexo masculino el que cobra cierta ventaja porcentual³⁴ —un 53,1% frente a 46,9%—. Esta divergencia de datos es fácilmente explicable por la distinta naturaleza de las fuentes. En las entradas de enfermos, el mayor peso femenino se justifica por la elevada presencia de pacientes autóctonos. Dentro de éstos, se observa un predominio de las mujeres, menos proclives que los varones a los desplazamientos. Por el contrario, el mayor porcentaje de varones fallecidos, que se entierran en el cementerio del hospital, se debe a la importante presencia de transeúntes de dicho sexo. Estas afirmaciones quedan perfectamente ratificadas tomando como referencia los datos extraídos de los libros de difuntos. De su vaciado se constata que sólo el 33,5% del total de fallecidos —es decir, 601 de 1.794— son vecinos de la ciudad de León y de ellos, las mujeres suponen el 54,6% y los hombres el 45,4%.

En cuanto al estado civil de los pacientes ingresados y fallecidos, en primer lugar, destaca la baja representación de la población infantil (Tablas 3a-b y 4 a-b); también es digno de reseñar que hay un considerable porcentaje de ingresos sin información al respecto —hombres 23,6%, mujeres 18,2%—, si bien esta carencia no tiene la suficiente entidad como para desvirtuar la muestra. Buena parte de esa ausencia de información se concentra en la etapa crítica de comienzos del siglo XIX, en la que aparecen un número significativo de hombres y mujeres prácticamente muertos a las puertas del hospital³⁵. Además, en la última cata del siglo XIX la fuente no hace

-
33. BARREIRO MALLÓN; REY CASTELAO, nota 2, p. 178; MARCOS MARTÍN, nota 6; MAZA ZORRILLA, Elena. *Valladolid: sus pobres y la respuesta institucional (1750-1900)*, Valladolid, Universidad, 1985, pp. 172-174.
 34. Esta misma circunstancia se constata en el hospital vallisoletano de Esgueva en los primeros años del siglo XIX. Véase MAZA ZORRILLA, nota 33, pp. 172-174.
 35. El 9 de febrero se daba sepultura «al cadaver que no supo decir su nombre, apellido ni padres, solo que era de Baldesaz de los Oteros, su edad quince años poco más o menos, vestidos muy pobres». Tres días más tarde se hacía lo propio con el «cadaver de un hombre que amaneció muerto en los portales de este hospital, su edad 10 años poco más o menos, vestido muy pobre, no recibió los sacramentos». Referencias de este tipo, aunque existen

Tabla 3a. Estado civil de los varones fallecidos en el hospital de S. Antonio

<i>Hombres</i>												
	<i>Solteros</i>	<i>%</i>	<i>Casados</i>	<i>%</i>	<i>Viudos</i>	<i>%</i>	<i>Desc.</i>	<i>%</i>	<i>Niños</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>	
1728-1730	63	34,4	58	31,7	34	18,6	22	12,0	6	3,3	183	100
1761-1763	55	31,3	68	38,6	34	19,3	15	8,5	4	2,3	176	100
1790-1792	57	30,3	74	39,4	42	22,3	9	4,8	6	3,2	188	100
1801-1803	79	26,7	116	39,2	53	17,9	47	15,9	1	0,3	296	100
1804	29	26,4	44	40,0	16	14,5	21	19,1		0,0	110	100
Total	283	29,7	360	37,8	179	18,8	114	12,0	17	1,8	953	100

Fuente: Libros de Defunciones del Hospital de San Antonio Abad, caja 48.

Tabla 3b. Estado civil de las mujeres fallecidas en el hospital de S. Antonio

<i>Mujeres</i>												
	<i>Solteras</i>	<i>%</i>	<i>Casadas</i>	<i>%</i>	<i>Viudas</i>	<i>%</i>	<i>Desc.</i>	<i>%</i>	<i>Niñas</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>	
1728-1730	62	44,9	31	22,5	42	30,4	2	1,4	1	0,7	138	100
1761-1763	75	38,9	43	22,3	71	36,8	1	0,5	3	1,6	193	100
1790-1792	49	30,8	38	23,9	60	37,7	5	3,1	7	4,4	159	100
1801-1803	85	34,8	72	29,5	70	28,7	15	6,1	2	0,8	244	100
1804	43	40,2	21	19,6	28	26,2	15	14,0		0,0	107	100
Total	314	37,3	205	24,4	271	32,2	38	4,5	13	1,5	841	100

Fuente: Libros de Defunciones del Hospital de San Antonio Abad, caja 48.

referencia alguna a ese parámetro³⁶. En lo que se refiere a los fallecidos, ese porcentaje de omisiones desciende notablemente: 12% en los varones y 4,5% en las mujeres.

El bajo porcentaje de mujeres de las que desconocemos su situación civil, nos sirve a su vez para ratificar la afirmación realizada anteriormente: dada la mayor cantidad de vecinas de la ciudad, era mucho más sencilla

para todo el período, se incrementan de manera significativa en 1804. A.C.L., Caja 48, Libro de difuntos (1785-1804).

36. Esa es la razón por la que no hemos incluido la cata 1894-96 en las tablas 3 y 4.

Tabla 4a. Estado civil de los varones ingresados en el hospital de S. Antonio

	<i>Hombres</i>											
	<i>Solteros</i>		<i>Casados</i>		<i>Viudos</i>		<i>Descos.</i>		<i>Niño</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
1766	90	27,6	121	37,1	27	8,3	88	27,0	—	0,0	326	100
1798-1800	151	17,0	257	28,9	96	10,8	385	43,3	—	0,0	889	100
1802-1804	359	24,3	574	38,8	177	12,0	368	24,9	—	0,0	1.478	100
1810-1812	152	45,5	148	44,3	30	9,0	4	1,2	—	0,0	334	100
1834-1836	114	39,9	126	44,1	40	14,0	6	2,1	—	0,0	286	100
1852-1854	212	45,4	155	33,2	53	11,3	40	8,6	7	1,5	467	100
Total	1.078	28,5	1.381	36,5	423	11,2	891	23,6	7	0,2	3.780	100

Fuente: Libros de Registro de entrada y salida de enfermos del Hospital de San Antonio Abad, cajas 20, 21 y 28.

Tabla 4b. Estado civil de las mujeres ingresadas en el hospital de S. Antonio

	<i>Mujeres</i>											
	<i>Solteras</i>		<i>Casadas</i>		<i>Viudas</i>		<i>Descos</i>		<i>Niña</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
1766	348	52,3	151	22,7	132	19,8	34	5,1	—	0,0	665	100
1798-1800	211	20,2	222	21,3	223	21,4	387	37,1	—	0,0	1.043	100
1802-1804	481	31,9	370	24,6	297	19,7	358	23,8	—	0,0	1.506	100
1810-1812	269	55,5	115	23,7	97	20,0	4	0,8	—	0,0	485	100
1834-1836	173	46,0	88	23,4	112	29,8	3	0,8	—	0,0	376	100
1852-1854	257	47,4	124	22,9	101	18,6	54	10,0	6	1,1	542	100
Total	1.739	37,7	1.070	23,2	962	20,8	840	18,2	6	0,1	4.617	100

Fuente: Libros de Registro de entrada y salida de enfermos del Hospital de San Antonio Abad, cajas 20, 21 y 28.

su identificación en el momento del óbito. Por otro lado, la circunstancia de que sea más bajo el porcentaje de hombres fallecidos faltos de esta información que el de ingresados, vuelve a enlazarlos con el importante número de transeúntes tratados en el hospital de San Antonio, de los que en muchas ocasiones se desconocía prácticamente todo: no sólo su estado civil, sino también su procedencia o filiación. No obstante, dadas las

dimensiones de esas carencias de información, quizás no debemos pasar por alto la posible falta de profesionalidad del personal encargado de los registros en determinados momentos del período.

Centrándonos ya en el análisis de las personas, tanto ingresadas como difuntas, de las que tenemos datos llama la atención la existencia de una notable concordancia en los resultados obtenidos. En el caso de los varones, en ambos registros prevalecen los casados, que oscilan entre el 36,5% y el 37,8%, frente a los solteros, que suman entre el 28,5% y 29,7%, y los viudos, que obtienen unas cifras más modestas —entre el 11,2% y el 18,8%—. Se trata de un comportamiento lógico dentro de los parámetros del Antiguo Régimen. Un número importante de esos casados formarían parte de las oleadas de inmigrantes estacionales que desde zonas más deprimidas se desplazaban cada año hacia las tierras cerealeras o al ámbito urbano en busca de un jornal que complementase sus precarias economías familiares. Otro tanto podría decirse de los solteros, con unos problemas similares: sin acomodo dentro de su entorno más inmediato son expulsados hacia zonas con mayores expectativas de trabajo. Por lo que respecta a los viudos, la justificación resulta más complicada, dada la falta de una información más precisa. En el caso de contar con una descendencia de la que hacerse cargo, su comportamiento sería similar al de los casados. Por el contrario, la ausencia de esa responsabilidad familiar les aproximaría a los solteros, aunque también en estos casos sería necesario valorar su edad. Si se tratara de hombres relativamente jóvenes, con capacidad para trabajar, no nos quedaría ninguna duda. Sin embargo, en el caso de personas muy entradas en años, seguramente deberíamos enlazarlo al mundo de la pobreza.

Entre las mujeres, los registros de entrada y de defunción muestran ligeras diferencias en cuanto al estado civil. Si hablamos de ingresadas en el hospital de San Antonio, el orden sería: solteras, 37,7%—; casadas, 23,2%; y viudas, 20,8%. Respecto a las fallecidas, las solteras representan un 37,3%, las viudas un 32,2% y las casadas un 24,4%. Las diferencias porcentuales con los hombres vuelven a conectarnos con el hecho de que ingresarán en el hospital más mujeres autóctonas que varones. La mayor presencia de solteras y viudas, sobre todo en los libros de difuntos, nos remite a la idea de un mundo urbano donde es relativamente frecuente la existencia de núcleos monoparentales regidos por mujeres que normalmente viven en los límites de la subsistencia. De todas formas, no debemos descartar que un porcentaje relativamente importante de estas solitarias llegaran a la ciudad arrastradas por la miseria. Este estado de precariedad económica y

de falta de una cobertura familiar, explicaría su inhumación en el cementerio del hospital y no en su parroquia de origen. Al no ser reclamadas por nadie, serán enterradas de caridad en el campo santo del Malvar. Esa argumentación no deja de lado al 23,2%-24,4% de mujeres casadas, puesto que estamos ante un hospital entre cuyas prioridades se encontraba la beneficencia: el hecho de que hubiesen contraído matrimonio no implicaba un estatus económico superior. Es más, posiblemente en la gran mayoría de los casos se insertarían dentro de las clases populares urbanas, un grupo social con unos problemas económicos similares a las solitarias.

Una vez estudiadas las características generales de los pacientes tratados en el hospital de San Antonio con arreglo a su sexo y estado civil, procede también analizar la estacionalidad de los ingresos y fallecimientos. En cuanto a éstos últimos (tabla 5), los resultados cosechados en los registros

Tabla 5. Estacionalidad(*) de los fallecimientos en el hospital de S. Antonio

	1728- 1730	Esta.	1761- 1763	Esta.	1790- 1792	Esta.	1801- 1803	Esta.	1804	Esta.	Total (**)	Estac.
1	28	102,8	27	86,2	29	98,5	37	80,7	26	141,2	121	90,4
2	14	55,9	17	59,0	24	88,6	32	75,9	31	183,1	87	70,7
3	23	84,4	46	146,9	23	78,1	33	72,0	29	157,5	125	93,4
4	23	87,2	30	99,0	36	126,3	35	78,9	26	145,9	124	95,7
5	22	80,8	29	92,6	11	37,4	32	69,8	13	70,6	94	70,2
6	9	34,1	18	59,4	24	84,2	42	94,7	23	129,0	93	71,8
7	16	58,7	16	51,1	26	88,3	45	98,2	22	119,5	103	77,0
8	27	99,1	41	130,9	37	125,6	55	120,0	28	152,0	160	119,5
9	44	166,9	31	102,3	42	147,4	53	119,5	19	106,6	170	131,2
10	47	172,5	44	140,5	37	125,6	48	104,7	—	—	176	131,5
11	36	136,5	27	89,1	31	108,8	66	148,8	—	—	160	123,5
12	32	117,5	43	137,3	27	91,7	62	135,3	—	—	164	122,5
Total	321		369		347		540		217		1577	

(*) Para calcular la estacionalidad de los fallecimientos (*Esta.*), hemos empleado la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{nº de defunciones del mes}}{\text{nº de defunciones del año}} \times \frac{\text{nº de días del mes}}{365,25} \times 100$$

(**) No se incluye 1804.

Fuente: A.C.L. Libros de Defunciones del Hospital de San Antonio Abad, caja 48.

de defunciones responden a lo esperado, teniendo en cuenta la despreciable presencia porcentual de los menores. La cubeta de los meses cálidos —fundamentalmente mayo, junio y julio— contrasta con la cresta alcanzada en el frío último trimestre del año. Los resultados vienen marcados por el comportamiento climático estacional: en los meses de invierno, las bajas temperaturas diezaban considerablemente a la población más pobre, baja de defensas para soportar las afecciones infecciosas de vías respiratorias. Por el contrario, los meses templados y cálidos favorecían su resistencia. Estos comportamientos, acentuados o diluidos dependiendo de la cata, son los que prevalecen, aunque es necesario realizar una serie de matizaciones.

En primer lugar, debemos considerar los resultados obtenidos en 1804 como claramente excepcionales, atendiendo al período crítico que está viviendo la población leonesa en los primeros años del siglo XIX³⁷. En 1802 la ciudad se hallaba assolada por una fuerte epidemia de «tabardillo»³⁸, lo que generó al hospital un déficit de 2.697 reales, debido a la saturación de enfermos³⁹. En el bienio siguiente, la institución se vio en la necesidad de endeudarse en 15.000 reales por motivos semejantes. Por otro lado, la importancia de las defunciones en meses teóricamente benignos, como es el caso de septiembre y octubre, responden casi con absoluta seguridad a la presencia de transeúntes procedentes de zonas deprimidas, tanto de la propia provincia leonesa como de fuera de ella —Asturias y Galicia—. Entrarían dentro de este grupo tanto los jornaleros que cruzan la ciudad de camino a sus lugares de origen, después de haber trabajado en la siega de los campos, como aquellos otros que no habiendo recogido la cosecha

37. «a causa del retraso tan grande en la cobranza de sus rentas, así en el año anterior como en el presente [1804] en el que se hace forzoso gastar 60.000 reales sólo en la compra de granos, para enfermos y dependientes cuando en otros años este ramo dejaba mayor cantidad para suplir los demás, por ser la renta principal y casi única. En el año anterior sin embargo de las cuantiosas limosnas que dejaron al hospital dos capitulares como en público, hubo de empeñarse en 15.000 reales para la compra de granos, cantidad que aún está debiendo y se ve imposibilitado satisfacer en vista de las mayores necesidades y apuros que se aumenta diariamente». A.H.M.L., Caja 79.

38. El 27 de julio de 1802, el Síndico General y el Personero del Común, de la ciudad de León, hacían presente al Consistorio «que las fiebres pútridas o inflamatorias, llamadas comúnmente tabardillo, se han hecho de pocos días a esta parte tan frecuentes, peligrosas y aún mortales, que pueden constituirse en la clase de epidémicas, si ya no lo son». Durante todo ese año y el siguiente las alusiones a esta enfermedad son constantes en las Actas Municipales. A.H.N.L., Caja 79.

39. A.C.L., Doc. 10.052.

necesaria para la subsistencia invernala, buscan en León una alternativa, bien en el mercado laboral, bien a través de la mendicidad. Los datos de la estacionalidad de los ingresos (tabla 6) corroboran estas impresiones: las más altas cotas se alcanzan en los meses de verano, o incluso un poco antes —mayo—, comenzando a reducirse significativamente a partir de octubre, cuando las labores en el campo han finalizado. En el caso de los asturianos, cuya afluencia tuvo gran importancia, está constatado que sus desplazamientos estacionales se desarrollaban entre los meses de mayo y octubre, lo cual coincide perfectamente con los registros de entrada⁴⁰. Los meses de invierno son los de menor actividad, debido a la escasa incidencia de la entrada de emigrantes estacionales que se protegen de los rigores de aquella estación en sus lugares de origen. Por otro lado, el hecho de que los picos de enfermos ingresados en el hospital de San Antonio se adelanten con respecto a los fallecidos, también puede deberse al inevitable tiempo de convalecencia que precede al óbito⁴¹. Para el caso que nos ocupa, la media de estancia es de 21,5 días, según atestigua la cata de 1852-1854.

Pasando a analizar la edad de los pacientes ingresados, nos topamos con que las fuentes solamente nos proporcionan esta información para la cata de 1852-1854, por lo que debemos ser muy prudentes a la hora de extrapolar resultados. De todos modos, se trata de un registro bastante fiable, puesto que no apreciamos tendencia al redondeo y el porcentaje de partidas con la información requerida es del 87,7% o, concretando más, 885 casos. De éstos, el 53,3% corresponden a mujeres y el 46,7% a varones, resultado que concuerda perfectamente con los porcentajes de ingresados en el hospital: no olvidemos que el volumen de ingresadas era mayor que el de los varones.

En principio, la edad media a la que ingresan estos enfermos en el hospital de San Antonio Abad es de 35,1 años para los hombres y 34,2 para las mujeres, mientras que la edad modal se sitúa entre los 25 y los 29

40. Para las emigraciones de la cornisa cantábrica hacia la meseta, véanse BARREIRO MALLÓN, Baudilio. Movimientos migratorios en Asturias y Cantabria. Siglos XVI al XIX. In: Antonio Eiras Roel y Ofelia Rey Castelao (eds.), *Migraciones internas y medium-distance en la Península Ibérica*, Santiago, Xunta de Galicia, 1994, vol. 2, pp. 73-124; en este mismo volumen: ANSON CALVO, María del Carmen. Movimientos migratorios en Asturias desde 1778 a 1857, pp. 457-474; LANZA GARCÍA, Ramón. De norte a sur: las migraciones de la fachada cantábrica en la España moderna. Separata de *Coloquios en Compostela. Movilidade e migracións internas na Europa latina*, Santiago, Xunta de Galicia, 8-9 de noviembre de 2001.

41. MARCOS MARTÍN, nota 6.

Tabla 6. Estacionalidad de las entradas en el hospital de S. Antonio

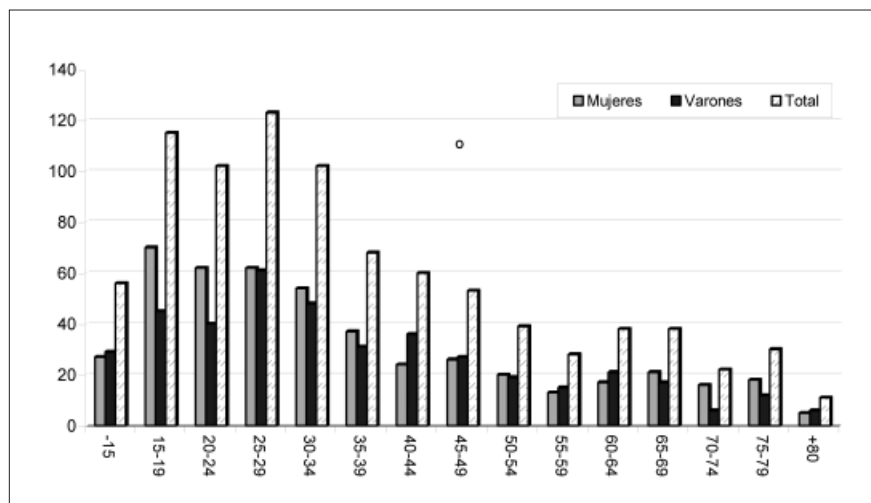
	1798- 1800	Esta. 1804	1802- 1804	Esta. 1804	1810-12	Esta. 1836	1834- 1854	Esta. 1854	1852- 1897	Esta. 1897	Total	Esta. Esta.		
1	105	64,0	188	74,2	56	80,6	52	92,5	73	85,2	276	89,0	750	79,9
2	92	61,0	175	75,2	59	92,3	22	42,6	59	74,9	255	89,4	662	76,7
3	122	74,4	227	89,6	58	83,4	62	110,3	52	60,7	312	100,6	833	88,7
4	119	75,0	216	88,1	45	66,9	53	97,5	74	89,2	258	86,0	765	84,2
5	133	81,1	242	95,6	80	115,1	62	110,3	140	163,3	288	92,9	945	100,7
6	129	81,3	287	117,1	93	138,3	72	132,4	94	113,3	315	105,0	990	109,0
7	208	126,8	315	124,4	108	155,4	110	195,8	90	105,0	363	117,0	1194	127,2
8	281	171,4	321	126,7	80	115,1	61	108,6	96	112,0	288	92,9	1127	120,0
9	253	159,4	299	122,0	64	95,1	33	60,7	98	118,1	279	93,0	1026	112,9
10	205	125,0	292	115,3	57	82,0	40	71,2	92	107,3	273	88,0	959	102,2
11	172	108,4	200	81,6	63	93,7	48	88,3	73	88,0	393	130,9	949	104,5
12	113	68,9	222	87,7	56	80,6	47	83,7	69	80,5	354	114,1	861	91,7
Total	1.932	2.984	2.984	819	662	1.010	3.654	11061	11061	11061	11061	11061	11061	11061

Fuente: A.C.L., Libros de Registro de entrada y salida de enfermos del Hospital de San Antonio Abad, caja 28.

años para ambos sexos (gráfico 3). Lo que más puede llamar la atención es la preeminencia de mujeres entre 15 y 24 años. A partir de esa edad, los porcentajes entre sexos están más ajustados, para volver a despuntar el femenino desde los 65 años. Después de cruzar esta información con la oriundez y profesión que ejercen, hemos llegado a la conclusión de que la superioridad femenina en los ingresos de entre los 15 y 29 años está relacionada con mujeres desarraigadas que han llegado a la ciudad para laborar en trabajos de baja cualificación o en el servicio doméstico. De hecho, casi el 90% de ellas son solteras, lo que evidencia ese desarraigo. Además, las profesiones más repetidas son las de jornaleras —posiblemente estacionales—, pordioseras —es decir, dedicadas a la mendicidad— o criadas. Solamente un 3% de ellas podía disfrutar de una vida un tanto más relajada puesto que tenía tienda abierta en la ciudad. El peso más reducido de los varones en esas franjas de edades se debe a su relación menos estable con la ciudad de León, simple lugar de paso para estos emigrantes estacionales que se dirigen hacia las tierras cerealeras o hacia otras urbes más dinámicas.

La misma explicación que hemos señalado para ese grupo de mujeres, nos sirve para las mayores de 65 años. La única salvedad es que, en este

Gráfico 3. Edades de ingreso en el Hospital de San Antonio agrupadas por quinquenios (1852-1854)



Fuente: A.C.L., Libros de Registro de entrada y salida de enfermos del Hospital de San Antonio Abad, caja 28.

caso, el estado civil predominante es la viudedad y no el celibato. Seguimos hablando de trabajos de baja cualificación y una incidencia de la mendicidad aún mayor, ya que de las 28 viudas 14 son catalogadas como pordioseras, y de las 6 solteras, 4 son denominadas de la misma manera. Además, dentro de las viudas se localizan seis jornaleras, aunque ciertamente su avanzada edad —la más joven de ellas tiene 65 años y varias superan los 80 años— les impediría alcanzar el sustento diario, por lo que posiblemente se podrían incluir dentro del grupo de pobres de solemnidad.

El análisis de las profesiones de los ingresados nos ayudará a comprender mejor, tanto el espíritu caritativo de esa institución religioso-benéfica, como las características socioeconómicas de sus beneficiados. Para tal fin contamos con la información aportada por la cata realizada a mediados del siglo XIX. La primera conclusión que se extrae de la observación de los resultados obtenidos (tablas 7 y 8), es la baja cualificación de los ingresados, tanto hombres como mujeres. En el caso de los primeros, más de la mitad son gente que depende de la caridad o de un trabajo temporal con pocas perspectivas de futuro, habida cuenta del escaso dinamismo económico de

Tabla 7. Profesiones de los varones ingresados en el hospital de S. Antonio (1852-1854)

<i>Profesión</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Jornalero	176	44,7
Artesano	77	19,5
Pordiosero	46	11,7
Labrador	31	7,9
Oficios ambulantes	20	5,1
Servicio doméstico	16	4,1
Presidarios	12	3,0
Pequeño comercio	6	1,5
Personal del hospital	4	1,0
Otros ⁴³	6	1,5
Total	394	100,0

Fuente: A.C.L., Libros de Registro de entrada y salida de enfermos del Hospital de San Antonio Abad, caja 28.

42. Un soldado, un estudiante, un maestro, un peregrino, un albéitar y un sereno.

Tabla 8
Profesiones de las mujeres ingresadas en el hospital de
S. Antonio (1852-1854)

<i>Profesión</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Jornalera	194	44,6
Pordiosera	94	21,6
Servicio doméstico	80	18,4
Labradora	14	3,2
Pequeño comercio	13	3,0
Costurera	12	2,8
Baja cualificación	10	2,3
Aguadora	8	1,8
Tejedora	5	1,1
Presa	2	0,5
Otras	3	0,7
Total	435	100,0

Fuente: A.C.L., Libros de Registro de entrada y salida de enfermos del Hospital de San Antonio Abad, caja 28.

la ciudad. Ese porcentaje aún se elevaría más si tenemos en cuenta que en la misma condición que los jornaleros y pordioseros estarían los presidiarios o los vendedores ambulantes. En ese caso, el porcentaje alcanzaría el 64%, es decir, casi los dos tercios del total. Exceptuando a los presos de la cárcel pública, el resto de oficios trae consigo un componente de movilidad geográfica muy evidente que parece volver a reafirmar el marcado carácter trashumante de los varones que ingresan en esta institución. No ocurre lo mismo con los restantes oficios aparecidos, puesto que los artesanos, labradores, el servicio doméstico, el pequeño comercio, el personal del hospital o incluso el albéitar o el sereno, conllevan un mayor sedentarismo. No obstante, nos remiten también a las clases populares urbanas con un poder adquisitivo muy endeble. Resulta muy significativo no hallar en la muestra rastro de las elites urbanas, que podían costear una atención sanitaria más personalizada en sus propios domicilios.

Los resultados cosechados para las mujeres son similares. De nuevo son las integrantes de las clases populares urbanas las protagonistas de las entradas en el hospital. Exceptuando el caso de las cinco pertene-

cientes al pequeño comercio y que, por tanto, podían llevar una vida un poco más acomodada, el resto desempeñan oficios de baja cualificación, cuando no ejercen directamente la mendicidad. Llama poderosamente la atención el elevado número de «pordioseras», que suponen el 21,6% del total. De todas formas, el grupo mayoritario es el de las jornaleras que, como ya hemos señalado, posiblemente estén relacionadas más con oficios urbanos, de muy baja gratificación, que con actividades agrarias, como sucedía en el caso de los hombres. También, el número de integrantes del servicio doméstico es significativamente superior al de los varones, lo que remarca el ya referido mayor arraigo en la ciudad de las mujeres con respecto a aquellos.

Finalizamos nuestro análisis haciendo una breve incursión en el índice de éxito de los tratamientos médicos en el hospital, tarea nada fácil teniendo en cuenta las deficiencias de la documentación. Dada la imposibilidad de cruzar los registros de defunciones con los de ingresos, nos hemos tenido que ceñir a la información aportada por la cata del trienio 1852-1854. El análisis de esos datos nos aporta una tasa global de mortalidad en el hospital de San Antonio del 17,4% de los ingresados: el 19,5% en los varones y el 15,7% en las mujeres. Si esta información la comparamos con los resultados obtenidos para otras instituciones hospitalarias de este tipo a nivel español, caso de San Antolín de Palencia o el Hospital Real de Santiago, comprobamos que nuestras cifras son sensiblemente más elevadas. En el segundo de esos hospitales, en el 1828, el porcentaje se encontraba por debajo del 10%⁴³, mientras que en Palencia, en el período comprendido entre 1784-1793, era del 11,9%⁴⁴. Los resultados del caso leonés resultan aún más desalentadores, si tenemos en cuenta que la fecha para la que nosotros hacemos los cálculos es más tardía —mediados del siglo XIX—, momento en el que la medicina había manifestado ciertos avances, sobre todo en el campo preventivo.

Estos porcentajes de mortandad son susceptibles de interpretarse bajo dos puntos de vista complementarios: en primer lugar, es posible que los referidos avances médicos no hubieran calado en la sociedad leonesa del momento. En segundo, es necesario recordar que a mediados del siglo XIX, el 15,8% de los ingresados en San Antonio Abad superaba los sesenta

43. BARREIRO MALLÓN y REY CASTELAO, nota 2, p. 180.

44. MARCOS MARTÍN, nota 6, p. 612.

años y un 4,7% los setenta y cinco, edades muy avanzadas para la época. Finalmente, no debemos olvidar la procedencia socioeconómica de los ingresados, cuya escasez de recursos y pésimas condiciones de vida, les hacían más vulnerables ante la muerte. ■

