



Universidad
Carlos III de Madrid

TESIS DOCTORAL

LA SANIDAD PÚBLICA EN LAS CORTES DE CÁDIZ
(1810–1814)

Autora:

María José Hernández Villalba

Directores:

Marcelo Frías Núñez
Andrés Galera Gómez

DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES: HISTORIA,
GEOGRAFÍA Y ARTE

Getafe, Septiembre 2015

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias al Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y en particular al proyecto *Malaspina 2010*, por ofrecerme la oportunidad de llevar a cabo este trabajo de investigación y por darme su apoyo institucional durante estos cuatro años.

Agradezco de una manera especial al profesor Ángel Bahamonde Magro por ser quien me animó desde el principio de mis estudios a seguir este camino y me ha acompañado y apoyado durante todo el viaje. Gracias por creer en mi capacidad de convertirme en una buena investigadora y ayudarme a dar los primeros pasos. Tarea que recogieron los profesores Marcelo Frías Núñez, desde la Universidad Carlos III de Madrid y Andrés Galera Gómez, desde el CSIC. A Andrés Galera le agradezco su inconmensurable apoyo, su confianza y consejos que en numerosas ocasiones han sido el estímulo y crítica necesaria para mantenerme centrada y llevar a término este trabajo. Y quiero expresar mi más sincero agradecimiento al profesor Marcelo Frías por su incondicional apoyo y valiosa orientación durante el desarrollo de este trabajo. Su ayuda y entrega han hecho posible esta investigación –y el que yo haya salido entera de ella–.

Muchas gracias a mi familia académica del CSIC, a la que debo agradecer su constante apoyo, su disponibilidad, sus píldoras de sabiduría, su consejo y ánimo: a Ricardo González Leandri, Jesús Bustamante, Marta Irurozqui, Víctor Peralta, Elda González, Alfredo Moreno, Ludolfo Paramio, Miriam Galante, Juan José Michelini y, especialmente, a Mónica Quijada por ejercer hasta el último momento de madre académica para todos los que nos iniciábamos con paso indeciso en el mundo de la investigación.

También quiero agradecer a Kasia, Emilio, Manu, y Paula. Compañeros de despacho y de viaje durante estos cuatro años. Grandes amigos con los que me inicié en la vida investigadora y con las que he tenido el placer de crecer académica y personalmente. Gracias por las experiencias compartidas.

Mi agradecimiento para la Universidad Carlos III de Madrid y, en especial, a todo el departamento de Humanidades, Historia, Geografía y Arte, por su esfuerzo y dedicación a la hora de amueblarme la cabeza cuando era una estudiante y de seguir incentivando mi inquietud académica e investigadora durante estos últimos años. Gracias especialmente a Carmina, Jesús, Marcela, Ana y Elisa por su apoyo y compañerismo, y por recordarme que hay vida *más allá de Getafe*.

Un reconocimiento especial al escritor Manuel Martín Sánchez y al profesor Carlos Rodríguez López-Brea por sus comentarios, correcciones y ayuda para finalizar la última etapa de este trabajo.

Quiero agradecerle a Joyce Chaplin la oportunidad de trabajar con ella en la universidad de Harvard y a todo el departamento de Historia de la ciencia de ese centro por ofrecerme un espacio de discusión y debate único.

También quiero dar las gracias a la John Carter Brown Library por concederme la beca de investigación que me permitió disfrutar los tres meses más provechosos e intensos de todo este doctorado. Gracias a todos los *Fellows* y *Staff* por los momentos compartidos en la Fiering House y en la JCB, por las intensas y enriquecedoras discusiones y por trasmitirme constantemente vuestra pasión por la investigación: César, Adam, Dan, João, Amaruc, Katryn, Amanda, Mathew, Amara, Don, Shureka, Miguel, Ana, Elvira, Neil, Ken y Margot. Gracias también a toda la gente increíble que conocí en Boston y que han dejado su huella.

A la Residencia de Estudiantes de Madrid le debo dos años magníficos de mi vida investigadora en la que he tenido el privilegio de compartir mi trabajo día a día con gente increíble en un espacio único. Muchas gracias Esther, Antonio, Marco, Andrea, Andrés, Elisa, Ángel, Julia, Lola, Pau, Oscar e Ibis por enseñarme tanto y ser los perfectos compañeros y amigos. Gracias también a todos los que hacéis de ese lugar un sitio maravilloso con vuestro trabajo y sonrisas entre café y café de cada día.

Y quiero dar las gracias a mis amigos—en especial al Comando Chinchilla— por aguantarme y brindarme su amistad y apoyo incondicional, combustibles imprescindibles para sacar este trabajo adelante.

El agradecimiento especial a mis padres y hermanos por ser el mejor de los apoyos, por educarme en la perseverancia, por haber estado siempre a mi lado y animarme cuando ya no tenía fuerzas. A vosotros más que a nadie os debo el haber llegado hasta aquí.

ÍNDICE

Introducción	p.9
1. Cádiz espacio singular de cambio	p.29
1.1. Coyuntura y proyección de la ciudad.....	p.29
1.2. Las Cortes de Cádiz y su doble asedio: ejército y enfermedad.....	p.40
2. La organización institucional de la sanidad pública	p.47
2.1. Las Juntas de Sanidad y la excepcionalidad epidémica.....	p.47
Cádiz como reducto de la nación. Los límites de la organización sanitaria en un país ocupado.....	p.52
2.1.1. La organización de la sanidad bajo el dominio francés.....	p.54
2.1.2. La creación de comisiones de salud y su centralización en Sevilla.....	p.62
2.2. La decisión en Cortes de crear una Comisión médica.....	p.64
2.2.1. El dictamen de la Comisión médica: acercamiento a una norma preceptiva.....	p.71
2.3. El restablecimiento del Protomedicato.....	p.78
2.3.1. Primeras controversias: el vacío de poder.....	p.81
2.3.2. Debates sobre la configuración del Tribunal.....	p.83
2.3.3. Enfrentamientos entre el Protomedicato y la extinta Junta Suprema de Sanidad: Inoperatividad sanitaria.....	p.86
2.4. La Constitución de 1812 y la propuesta liberal de reestructuración sanitaria.....	p.91
2.4.1. <i>La Instrucción para el gobierno económico-político de las Provincias</i> y la cuestión sanitaria.....	p.95
2.4.2. El proyecto de reforma de la Junta Suprema de Sanidad.....	p.99
2.4.3. Últimos intentos de reforma bajo el modelo constitucional.....	p.106
3. La codificación de la salud bajo una constitución sanitaria	p.111
3.1. Antecedentes de la formación de un código: la lucha contra las epidemias.....	p.111
3.2. Primeros pasos de legislación sanitaria en el debate de las Cortes.....	p.117
3.3. Bartolomé Mellado y la publicación del primer bosquejo de una constitución sanitaria.....	p.120
3.4. El proyecto de codificación sanitaria de Flores Moreno en el contexto de la promulgación del texto constitucional de las Cortes de Cádiz.....	p.126
3.5. <i>La Constitución de la salud pública para la Monarquía</i> : propuesta de Rafael Costa en el seno de la disensión del Protomedicato.....	p.139

4. La construcción del discurso público sobre la sanidad	p.151
4.1. Control de la información y uso político de la enfermedad.....	p.156
4.1.1. Que no cunda el pánico, Cádiz resiste. El discurso sanitario se modula en las Cortes.....	p.156
4.1.2. El traslado de las Cortes a Madrid: miedo al aislamiento político.....	p.162
4.2. La construcción mediática del discurso sobre la epidemia.....	p.171
4.2.1. La amenaza epidémica a través de las páginas de <i>El Conciso</i>	p.173
4.2.2. Preocupación sanitaria al amparo del lenguaje científico: <i>El Redactor General</i>	p.184
5. La reforma de la ciencia de la salud pública: médicos, cirujanos y sus instituciones	p.201
5.1. El pasado reformista ilustrado de los Reales Colegios de Cirugía.....	p.205
5.1.1. El reconocimiento institucional de los cirujanos.....	p.210
5.1.2. El turbulento camino de la reforma médica hacia el siglo XIX: un triunfo efímero.....	p.213
5.2. El preludeo de la <i>Guerra de La independencia</i> y los intentos de reforma de la profesión médica.....	p.221
5.2.1. El “Plan Caballero” de 1807.....	p.222
5.2.2. La <i>olvidada</i> reforma de la constitución y los estudios de medicina y cirugía (1807-1808).....	p.224
5.3. El control de la profesión médica en un país dividido.....	p.232
5.3.1. Las Juntas gubernativas bajo la ocupación francesa.....	p.233
5.3.2. La respuesta española al vacío organizativo: los intentos de reforma previos a la convocatoria de Cortes.....	p.236
5.4. Las Cortes y sus profesionales sanitarios: el modelo gaditano como referente.....	p.241
5.4.1. Cádiz y el Colegio de Cirugía de la Armada: diapasón de la reforma.....	p.241
5.4.2. ¿El fin del imperio gaditano?.....	p.249
5.4.3. Un ejemplo excepcional del proyectismo gaditano: Flores Moreno y la exportación del modelo colegial a América.....	p.255
5.5. El problemático debate sobre los límites de la práctica médica y sus interlocutores.....	p.267
5.5.1. Espacios alternativos de debate: la libertad de prensa y la proyección pública de la voz de médicos y cirujanos.....	p.272
5.5.1.1. La polémica está servida: Santa María y su propuesta dereforma	

de la salud pública.....	p.274
5.5.1.2. Salvá i Campillo y el debate sobre el nuevo modelo instructivo tras la reapertura de las universidades.....	p.287
5.5.2. Del debate público a la resolución en Cortes.....	p.300
6. Conclusiones.....	p.309
7. Conclusion.....	p.315
Abstract.....	p.321
Referencias	
A. Fuentes manuscritas.....	p.323
B. Fuentes impresas.....	p.328
C. Publicaciones Periódicas.....	p.337
D. Bibliografía.....	p.337
Índice de figuras.....	p.363
Apéndices	
Apéndice 1. Expediente sobre organización de la Junta Suprema de Sanidad. Proyecto de Decreto (1813). A.C.D., P. 01-000020-0123-0002.....	p.365
Apéndice 2. Orden de las Cortes para que se disponga en Cádiz las fumigaciones y demás diligencias a fin de extinguir el germen contagioso de las epidemias de fiebre amarilla 1810. A.C.D.,P-01-000020-0117.....	p.371
Apéndice 3 Proyecto de una Constitución de Sanidad (Rafael Costa). Expediente sobre el reglamento de Sanidad del Protomedicato. A.C.D., P-01-000020-0129-0003.....	p.373
Apéndice 4: Representación de Francisco Flores Moreno acerca del Reglamento de salud pública. A.C.D, P-01-000020-0126-0001.....	p.421

INTRODUCCIÓN

El siglo XIX ha suscitado un gran interés en el campo de la historia de la salud pública al considerarse el periodo en el que toma cuerpo la organización moderna de la sanidad. Gracias a trabajos clásicos como los de George Rosen, Henry E. Sigerist o René Sand, los estudios en este campo se cimentaron sobre una imagen que mostraba los logros del modelo sanitario del ochocientos como la culminación de un largo proceso histórico¹. Una narrativa triunfalista que partía del referente fundacional de la “Sanitary Idea”, introducida por Edwin Chadwick en la Inglaterra industrial de los años 30-40, y que, lentamente, fue incorporando las aportaciones del movimiento sanitario francés y alemán como piezas claves de este proceso de consolidación decimonónica².

La intensa transformación en el ámbito de la historiografía médica y sanitaria a partir de los años sesenta del siglo veinte ha permitido cuestionar, ampliar y, sobre todo, superar esta visión. Transformación que ha redefinido este campo de estudio desde otros paradigmas y aproximaciones metodológicas, ampliando el reducido marco temporal y territorial en el que se había desarrollado. Pese a este renovado interés y diversificación historiográfica, el estudio del referente español sigue siendo una asignatura pendiente en el ámbito de la investigación en salud pública. Los estudios en, y sobre, nuestro país se han construido en torno a una doble idea de fracaso y carencia de aportaciones en el contexto de los cambios que se estaban produciendo en el panorama europeo a principios del siglo XIX. “Los acontecimientos políticos del siglo ahogan nuestro progreso; los sucesos acaecidos en la última centuria, son comparables a una verdadera infección y en este sentido bien podemos decir que la España del siglo XIX, careció de defensas orgánicas”³. Con estas palabras el

¹ ROSEN, G. (1993). *A history of public health*. Madrid, España: Johns Hopkins University Press.; SAND, R. (1952). *The Advantage to Social Medicine*. Staple Press, Ed.. Londres; SIGERIST, H. E. (1943). *Civilization and disease*. Chicago: University of Chicago Press; SIGERIST, H. E. (1960). *On the history of*

² ROSEN, C. (1956). “Hospitals, Medical Care and Social Policy in the French Revolution”. *Bulletin of the History of Medicine*, XXX, 124–149; ROSEN, C. (1953). “Cameralism and the concept of Medical Police”. *Bulletin of the History of Medicine*, XXVII, 21–42; ROSEN, G. (1957). “The fate of the concept of medical police 1780–1890”. *Centaurus*, 5(2), 97–113; ROSEN, C. (1959). “Mercantilism and Health Policy in Eighteenth Century French Thought”. *Medical History*, III, 159–177; SIGERIST, H. (1941). *The people's misery: mother of diseases: an address, delivered in 1790 by Johann Peter Frank*. Baltimore Md.: Bulletin of the history of medicine; SIGERIST, H. (2006). “Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social”. *Salud Colectiva*, 2(3), 269 – 279.

³ CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada: génesis, perspectiva de siglos, ruta de libertad, sus celebridades*. San Fernando: Tipografía de Fernando Espín Peña, pp.253-254.

comandante médico de la Armada Salvador Clavijo imponía una imagen icónica de la España decimonónica como cuerpo enfermo. Una imagen que indirectamente será repetida constantemente en la historia de la sanidad española estigmatizando la idea de desarrollo científico y médico bajo la losa del inmovilismo.

Más allá de la reconocida aportación del Trienio Liberal y los estudios en torno a la figura de Mateo Seoane, solo encontramos pequeñas aproximaciones desde contextos locales y de carácter generalista. Un panorama, sin duda, yermo de líneas investigadoras hacia los logros sepultados bajo una persistente mirada catastrofista que ha tendido a situar en 1821 –sino en 1855– el inicio de una organización sanitaria en España⁴.

Las dinámicas de la sociedad española a principios del siglo XIX fueron, sin embargo, mucho más complejas y, podemos ya decir, enriquecedoras. En el tema sanitario encontramos planteamientos claros e iniciativas que no han sido consideradas como relevantes por los historiadores de la medicina. Una situación que se debe, en parte, a que el paradero –e importancia– de estas aportaciones ha permanecido desapercibida en algunos archivos españoles.

El incendio que sufrió en 1939 el Archivo General de la Administración en Alcalá de Henares –y la subsecuente pérdida del fondo documental del Tribunal del Protomedicato– ha servido como justificación a la ausencia de un análisis profundo de las aportaciones en el campo de la organización sanitaria⁵. Lo mismo ha sucedido en relación a la documentación que aborda el proceso constitutivo de las Cortes Cádiz. Un periodo que, pese su extenso fondo y encomiable trabajo de clasificación y catalogación archivística de los últimos años, todavía presenta algunos problemas de

⁴ Recientemente ha visto la luz el libro editado por José M. Blanco Villero y Juan M. García de la Cruz (2013). *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz*. Madrid: Silex. Este conjunto de artículos retoman la crónica sanitaria del contexto gaditano con motivo del bicentenario respondiendo, sin duda, a esta ausencia de literatura sobre el asunto. Sin embargo, la diversidad de enfoques y temáticas—siendo más bien el periodo ilustrado la base en la que se mueven los autores— y la ausencia de nueva documentación en sus trabajos dejan sin respuesta muchas de las cuestiones en torno a la construcción de la sanidad pública que pretendemos abordar en este estudio. Véase también otros trabajos que han abordado tangencialmente el periodo del debate gaditano como son el caso de los trabajos de Álvaro Cardona y José María López Piñero: CARDONA, Á. (2005). *La salud pública en España durante el trienio liberal, 1820-1923*. Madrid: CSIC; LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1984). *M. Seoane, la introducción en España del sistema sanitario liberal, 1791-1870*. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo; ALCAIDE GONZÁLEZ, R. (1999). “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (3), 50.

⁵ DíEZ, M. S. C. (1999). *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Universidad de Castilla La Mancha, p. 21.

pérdida y localización fragmentaria⁶. Situación que se hace muy latente en el ámbito de la salud pública; cuestión a la que se le ha dedicado relativa atención en los últimos años –pese a la *fiebre* bibliográfica consecuencia de la celebración del bicentenario⁷– sin un aporte sustancial de nuevos materiales documentales (ni nuevas líneas) que aborden las aportaciones de este periodo fundacional de nuestra historia contemporánea⁸.

El análisis exhaustivo de los fondos del Archivo del Congreso de los Diputados, así como el Histórico Nacional –entre otros– nos ha permitido recuperar y analizar documentación inédita con la que pretendemos arrojar luz sobre las dinámicas de decisión y organización de la salud pública a principios del siglo XIX. Entre ellos se encuentran los expedientes sobre el restablecimiento del Protomedicato y la documentación relativa a la posterior formación de la Junta Suprema de Sanidad bajo el programa de reformas de la Constitución de 1812.

Partiendo de este importante –e ignorado– corpus documental y la singularidad de sus

⁶ El estudio de Marta Ruiz sobre la Comisión de Guerra puso de manifiesto la pérdida de los expedientes de las Comisiones en Cortes (incluida la de sanidad), teniendo como único dato para su estudio la información de los *Diarios de Sesiones*. Véase: RUIZ JIMÉNEZ, M. (2008). *La Comisión de Guerra en las Cortes de Cádiz (1810-1813): reportorio documental*. Madrid: CSIC, p. 20. Para un estudio más elaborado de los fondos documentales de este periodo –tanto de las aportaciones hechas en los últimos años como en los límites de localización– véanse los siguientes trabajos: RUBIO, F. M. (2002). “Fuentes documentales para el estudio de la Guerra de la Independencia”. In *Congreso internacional : Pamplona, 1-3 de febrero de 2001*. Navarra: Ediciones Eunat; PASCUAL, P. (2003). *La Guerra de la Independencia en los archivos españoles*. Madrid: Asociación para el Estudio de la Guerra de la Independencia, Instituto de Historia y Cultura Militar; HERRERO FERNÁNDEZ-QUESADA, M. (2008). *Fondos documentales de la Guerra de la Independencia en la colección general de documentos y su apéndice (Colección Cárdenas-Mexía del Archivo General Militar de Madrid)*. Madrid: Ministerio de Defensa; ALVAREZ-COCA GONZÁLEZ, M. J. (2012). “Invasión francesa, gobierno intruso. Los fondos de la Guerra de la Independencia en el Archivo Histórico Nacional”. *Cuadernos de historia moderna*, (37), 201–255.

⁷ Solo en el año 2012 vieron la luz –según la base de datos ofrecida por Dialnet– 211 títulos en torno a las Cortes de Cádiz (104, artículos de revistas, 100 capítulos de libro, 5 libros y 2 tesis). Un número que, en el 2013, alcanzó la cifra de 124 (70 capítulos, 46 artículos de revista, 6 libros y otras 2 tesis): Véase: http://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TITULOS=&querysDismax.DOCUMENTAL_ENTIDAD=&querysDismax.DOCUMENTAL_AUTORES=&querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=Cortes+de+c%C3%A1diz&rango.DOCUMENTAL_ANYO_PUBLICACION=&querysDismax.DOCUMENTAL_RESUMENES=®istrosPorPagina=20&camposOrdenacion=%7BDOCUMENTAL_SORT_ANYOPUB%3DDESC%7D&inicio=261

⁸ Existe un número muy reducido de trabajos que se hayan aproximado a este tema en los últimos años. Entre ellos destaca editado por José María Blanco y Juan Manuel Cubillana en 2013. Un libro que aunque rescata la cuestión sanitaria en el periodo que estudiamos en este trabajo, ofrece, como mencionaremos después, una temática muy fragmentaria y un trabajo de revisión que tiende a revisar temas previamente tratados por los autores. Véase: BLANCO VILLERO, J. M., & GARCÍA CUBILLANA DE LA CRUZ, J. M. (2013). *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: crónica sanitaria de un bicentenario*. Madrid: Sílex; GONZÁLEZ LEONOR, M. DEL C., & MARTÍN DEL CASTILLO, J. M. (2013). “La materia sanitaria en las Cortes de Cádiz”. *Beresit: Revista Interdisciplinar científico-humana*, (10), 387–407.

aportaciones en el campo de la historiografía actual, la intención y objeto de estudio del presente trabajo es el de analizar el proceso de construcción de un sistema de sanidad pública en España en el siglo XIX, proponiendo el contexto gaditano de las Cortes inauguradas en 1810 como un periodo fundacional en la organización sanitaria de nuestro país. En este sentido, este trabajo pretende confrontar el vacío en el campo de la sanidad de los primeros años del siglo decimonónico desde una triple perspectiva:

La primera en relación con la organización y respuesta institucional y legislativa elaborada en estos años. Una aproximación que examina la sanidad pública como un fenómeno político estrechamente unido a los procesos de formación y centralización de los Estados contemporáneos y la paulatina integración del concepto de asistencia (*welfare provision* que diría Dorothy Porter⁹) dentro de la maquinaria institucional¹⁰. Se impone, por tanto, el necesario examen de la organización, sistematización y codificación de estas acciones colectivas y las medidas en relación a la salud de la población como parte del proceso constitucional y de transformación política.

El segundo enfoque contempla la construcción del discurso público sobre la sanidad. Una perspectiva de análisis que tiene muy presente las aportaciones de Margaret Pelling, William Coleman o Charles Rosenberg en el campo de la historiografía sanitaria al establecer una estrecha relación entre las epidemias y las transformaciones históricas de la sociedad moderna y contemporánea¹¹. En este sentido, la lucha contra la enfermedad deja de estar limitada a la imposición de una regulación sanitaria por parte del Estado, para incorporar el control de la información y del discurso público como herramienta de intervención y –en ocasiones manipulación– de la reacción

⁹ PORTER, D. (1999). “The history of public health: current themes and approaches. *Hygiea Internationalis*”, 1(1), 9–21.

¹⁰ PORTER, D. (1999). *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. London/New York: Routledge. Dorothy Porty es en la actualidad un referente en el estudio de lo que ella ha denominado “the history of collective action in relation to the health population” proceso en el que marca un punto de inflexión la sistematización de estas medidas por parte del Estado a partir del siglo XVIII. Así mismo, entre los muchos trabajos desarrollados en torno a la relación intrínseca entre el estado moderno y el desarrollo de políticas sanitarias y científicas podemos destacar el trabajo de Patrick Carroll y su desarrollo de conceptos como el de “sciece-state flexus” que marca la heterogénea red de relaciones entre la prácticas de gobierno y la actividad y regulación científica y sanitaria. CARROLL, P. (2006). *Science, Culture, and Modern State Formation*. Los Ángeles/Londres: University of California Press, pp. 24-27.

¹¹ PELLING, M. (1978). *Cholera, fever and English medicine, 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press; ROSENBERG, C. (1987). *The cholera years: the United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago: University of Chicago Press; ROSENBERG, C. (1989). “What is an epidemic? AIDS in historical perspective”. *Daedalus*, 1–17; ROSENBERG, C. (1992). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge/New York: Cambridge University Press; COLEMAN, W. (1987). *Yellow fever in the North: the methods of early epidemiology*. Madison: University of Wisconsin Press.

popular.

Como tercero y último, hemos de señalar que la historia de la sanidad pública está estrechamente ligada a la política e institucionalización del conocimiento. Un campo que, en las últimas décadas, ha planteado nuevas perspectivas de estudio en el ámbito sanitario respecto al concepto de profesionalización y que resulta clave integrar en los estudios de la construcción de sistemas sanitarios contemporáneos¹².

El contexto gaditano de principios del siglo decimonónico se presenta, en este sentido, como un espacio único de transformaciones que permite integrar esta poliédrica perspectiva de estudio. A través del referente de Cádiz como contexto singular de cambio, este trabajo pretende analizar los elementos, tanto circunstanciales como espaciales, estructurales o históricos, que permitieron dibujar un mapa coherente de reformas en el contexto sanitario de principios de la centuria.

Existe cierta coincidencia en la historiografía contemporánea en tildar el periodo que se inaugura con la Guerra de la Independencia (1808-1814) como *revolucionario*; en referente del momento en que el pueblo toma consciencia de su papel como *nación*; en símbolo del pueblo en armas o en la sedimentación ideológica –aunque solo sea en el plano de las ideas– del Estado liberal español y el establecimiento de sus bases jurídicas. Una revolución que, calificada por Artola como “liberal” y “burguesa”, atacó, a las puertas del siglo XIX, las bases político-sociales del Antiguo Régimen a través de un amplio proyecto de transformaciones¹³.

Su corto periodo y el contexto bélico en el que se enmarca, sin embargo, convirtieron esta revolución en una suerte de *ensayo* del liberalismo, señalando los límites de unas

¹² Más allá de la deuda hacia los planteamientos sobre gobernabilidad y la institucionalización de la experiencia introducidos por Michel Foucault en su construcción teórica de la biopolítica, es necesario tener en cuenta los trabajos posteriores de Gerald Geison, Mathey Ramsey así como otras aproximaciones como las de Magalí Sarfatti y la línea de trabajo seguida por Terry Johnson, Gerald Larkin y Mike Saks. Véase: JOHNSON, T., LARKIN, G., & SAKS, M. (1995). *Health Professions and the State in Europe*. Londres/Nueva York: Psychology Press; GEISON, G. (1984). *Professions and the French state, 1700-1900*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; SARFATTI LARSON, M. (1984). “The production of expertise and the constitution of expert power”. In Haskell, T.L. (Ed.) *The Authority of Experts: studies in history and theory* (pp. 28-83). Bloomington: Indiana University Press; CORFIELD, P. J. (2012). *Power and the Professions in Britain 1700-1850*. Londres: Routledge.

¹³ Entre la extensa bibliografía dedicada al tema podemos señalar los siguientes títulos que han servido de referencia para este trabajo: BAHAMONDE MAGRO MARTÍNEZ, JESÚS A., A. (1994). *Historia de España. Siglo XIX*. Madrid: Cátedra, pp.13-76; ARTOLA, M. (1990). *La burguesía revolucionaria (1808-1874)*. Madrid: Alianza Editorial; ARTOLA, M. (1975). *Los orígenes de la España contemporánea*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos; PÉREZ GARZÓN, J. S. (2007). *Las Cortes de Cádiz : el nacimiento de la nación liberal, 1808-1814*. Madrid: Síntesis.

reformas que sucumbieron con aparente facilidad al absolutismo con la vuelta de Fernando VII al trono. No obstante, este elemento no debe oscurecer la existencia real de unas transformaciones cruciales que la burguesía española emergente llevarían a cabo, tanto en el campo político, como socio-económico o –incluso– sanitario, en este breve periodo de vigencia del liberalismo. España se convirtió durante la Guerra de Independencia, como ha señalado Alberto Ramos Santana¹⁴, en un laboratorio de formas de lucha –teóricas y prácticas– contra el Antiguo Régimen y que eclosionó en el proyecto liberal formulado en las Cortes gaditanas. Un proyecto que sentó unas bases de referencia en la historiografía nacional durante el siglo XIX, encontrando como máximo exponente de su triunfo efímero la Constitución de 1812 y la coletilla de “gaditana” como marca espacial de dicha revolución.

Efectivamente, a la hora de plantear las transformaciones en el campo de la organización sanitaria, o cualquiera de los cambios que se establecen bajo el signo liberal de la revolución, hay que tener en cuenta el diálogo constante que se establece entre el discurso político y las circunstancias concretas en las que se desarrolla. Un ejemplo de ello es el peso de la guerra no solo en la creación de una conciencia colectiva, sino en la elaboración de un discurso político y de sus reformas¹⁵. Lo mismo ocurrirá con el espacio gaditano como contexto particular en el devenir político y en la formulación de las bases jurídicas de la revolución. Este espacio acogió el debate parlamentario de las Cortes y la elaboración de la Constitución que, si bien eran el resultado de las demandas de la burguesía y otros sectores de la sociedad española en su conjunto, se veían favorecidas por el ambiente abierto y reformista de una ciudad comerciante y burguesa como Cádiz.

En el plano sanitario esta circunstancialidad va a sentar unas bases determinantes para entender el diálogo que se establece entre sanidad y política a la hora de plantear una reforma en el ámbito institucional, legal o, incluso, profesional. En el momento de inaugurarse las sesiones parlamentarias en el mes de septiembre de 1810, Cádiz —que permanecía sitiada por las tropas francesas desde el mes de febrero— sufría los

¹⁴ RAMOS SANTANA, A. (2000). “La Constitución de 1812 en su contexto histórico”. In *La Constitución de 1812. Estudios* (Vol 1, pp. 7–67). Sevilla: Fundación El Monte, Ayuntamiento de Cádiz, Universidad de Cádiz y Casino Gaditano.

¹⁵ La urgencia y presión de la guerra obligaba a llevar a cabo las reformas con decisión. Así como el vacío de poder derivada de la situación de excepción que vivía el país favorecía el ensayo de un modelo de Estado más liberal: OCAMPO SUÁREZ-VALDÉS, J. (2012). “Economía, Ilustración y liberalismo: las Cortes de Cádiz (1833-1840)”. *Brocar: Cuadernos de Investigación Histórica*. (36), 139-159.

estragos de una epidemia de fiebre amarilla. Esta situación de doble *asedio* que amenazaba el transcurso de las Cortes y, por ende, del proyecto político, favorecería la inmediata introducción de la cuestión sanitaria en los debates parlamentarios.

Más allá de esta contingencia, la singularidad del pasado socio-económico, militar, e institucional de Cádiz va a ser un elemento clave en la forma en la que se configure el debate sanitario y va a condicionar a sus interlocutores. Cádiz como ciudad abierta al mar¹⁶ y como corazón institucional de la Armada, poseía un suelo fértil donde podía fácilmente coger raíces un proyecto reformista en el ámbito sanitario. Por una parte, su estatus como puerto comercial –aparte de favorecer su intercambio económico– permitiría una mayor apertura intelectual y una mayor tolerancia al cambio y a la reforma. Al mismo tiempo, esta situación portuaria privilegiada había supuesto también un mayor contacto con enfermedades consideradas endémicas en los países ultramarinos –fuente principal de ese abastecimiento comercial–. El largo historial de epidemias que sufre la bahía de Cádiz en los primeros años de la centuria decimonónica, más allá de los efectos negativos para la población, ponía de manifiesto la experiencia previa de la ciudad y sus autoridades –tanto políticas como sanitarias– en lidiar con la enfermedad, elemento clave para perfilar unas medidas.

Por otra parte, Cádiz, como una de las circunscripciones administrativas más importantes de la Armada, albergaba un entramado institucional científico-formativo impulsado bajo el imperativo del reformismo científico borbónico del setecientos que incluía la Academia de Guardias Marinas, el Real Observatorio o el Real Colegio de Cirugía. Teniendo en cuenta el tema que nos ocupa, la fundación de éste último, en 1748, se impone como un hito clave a la hora de plantear el suelo institucional y la formación y procedencia de los interlocutores que formarán parte de la construcción del discurso y de las reformas médico-sanitarias durante el periodo estudiado.

Partimos, por tanto, de la asunción de que el estudio de la construcción contemporánea de la sanidad pública exige fuentes, discursos y metodología interdisciplinar¹⁷. El

¹⁶KUETHE, A. J., & ANDRIEN, K. J. (2014). *The Spanish Atlantic world in the eighteenth century: war and the Bourbon reforms, 1713-1796*. Nueva York: Cambridge University Press; GARCÍA-BAQUERO GONZÁLEZ, A. (1976). *Cádiz y el Atlántico (1717-1778): el comercio colonial español bajo el monopolio gaditano*. T.1. Sevilla: Escuela de Estudios Hispano-Americanos de Sevilla; RUIZ RIVERA, J. (1988). *El Consulado de Cádiz: matrícula de comerciantes, 1730-1823*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz.

¹⁷ Una exigencia que ha sido también puesta de manifiesto por Dorothy Porter a la hora de plantear las aproximaciones actuales a la historia de la sanidad pública. Véase: PORTER, D. (1999). “The history of public health...”.

primer desafío que plantea este tema con fronteras difusas entre institucionalismo, legislación, construcción de discurso y práctica médica es, principalmente, un problema de fuentes. La labor de localización previa de documentación en los Archivos españoles se ha planteado sobre el doble reto de encontrar documentación que se creía perdida, y de trabajar con un amplio abanico de fuentes, que incluyen, correspondencia, legislación, dictámenes de comisiones o memorias medico-políticas. Un trabajo que ha incluido la consulta de documentación en varios archivos como el Archivo Histórico Nacional, el Archivo del Congreso de los Diputados, el Archivo del Palacio Real, el Archivo General de Indias, o archivos de ámbito local como el de la Biblioteca del Hospital Real de Granada¹⁸.

Entre los documentos más relevantes se encuentran los expedientes sobre el restablecimiento del Protomedicato entre los años 1811 y 1812. Un extenso conjunto de manuscritos que incluyen los primeros intentos de formar un reglamento de salud pública y de recomponer el reglamento interno de dicho tribunal con las propuestas y votos de cada miembro. Se ha recuperado y estudiado también la documentación relativa a la organización de la Junta Suprema de Sanidad tras la promulgación de la Constitución de 1812 y el intento de dar un giro a la organización de la sanidad bajo la nueva organización provincial que instauraba el gobierno liberal. Se incluyen, además, los expedientes y medidas sanitarias elaborados por la Comisión de Salud Pública en relación a la epidemia de fiebre amarilla con la que tuvieron que lidiar los parlamentarios durante el proceso constitucional –y que revela la necesaria puesta en práctica y organización de una actuación sanitaria–. Frente a este corpus de medidas y expedientes relativos a la configuración institucional y legal de la salud pública, existen también una serie de Memorias médico-políticas que afectan tanto a la Península como a las recién incorporadas provincias americanas. Unas propuestas que, tanto en contenido como en autoría, plantean un espacio de debate nuevo y paralelo para la inclusión del criterio médico en el debate político-sanitario.

Junto a este trabajo de localización y análisis de fuentes primarias en el archivo, la prensa ha sido un aliado incondicional a la hora de ofrecer otra perspectiva de análisis que integrara la construcción del discurso público. Las fuentes hemerográficas presentan un testimonio coetáneo e impregnado de la vida política, socio-económica y

¹⁸ Una tarea parcialmente facilitada por el trabajo de catalogación y digitalización del fondo documental del Archivo del Congreso de los Diputados y de la valiosísima plataforma informática que ha abierto en los últimos años el Portal de Archivos Españoles.

cultural. Un reflejo de la percepción y, al mismo tiempo, de la creación y descripción de la realidad bajo filtros ideológicos, actitudes políticas o intereses. La prensa posee, en este sentido, el valor intrínseco de fuente primaria, muchas veces considerada clave para recoger las mentalidades de una época y sin la que, según Tuñón de Lara, no es posible hoy en día “hacer” historia contemporánea, es decir, comprenderla y explicarla¹⁹. Es un reflejo de la eiségesis de los autores, editoriales y dueños de las cabeceras, pero al mismo tiempo de la exégesis del lector –tanto de la época como del historiador—. Un flujo de información en sentido bidireccional que resulta clave para analizar el impacto del discurso de la enfermedad que llega a la opinión pública y se genera en ella; permitiéndonos ahondar en los mecanismos que se crean en este momento para controlar los efectos de la epidemia, no solo como amenaza real, sino también como amenaza discursiva.

Nuestro análisis se ha centrado principalmente en las publicaciones diarias del *Redactor General* y el *Conciso*, dos de los periódicos más representativos de la prensa política del periodo entre 1810 y 1814. La singularidad de estas publicaciones para el estudio del tema sanitario reside en ser las únicas que mantendrán una cobertura detallada –y diaria– de todo el debate en Cortes, incluyendo un seguimiento regular de las discusiones en torno a la sanidad y la epidemia. Sus recursos compositivos y discursivos al respecto serán, sin embargo, diferentes, dando lugar a un interesante análisis contrastado de las aproximaciones, lenguaje y recursos que emergen del tratamiento mediático de la cuestión sanitaria.

Las Actas y Diarios de Sesiones del Congreso de los diputados han supuesto, también, una fuente clave para este trabajo. Constituidos como vehículo para garantizar la publicidad de las sesiones de las Cortes, son, para el historiador, fuente clave para realizar un seguimiento de los trabajos parlamentarios, la gestión administrativa y los debates sobre las reformas. Al mismo tiempo, como medio oficial de cara al público, los *Diarios* no dejan de ser un elaborado discurso político que, bajo un principio de

¹⁹ Un hecho sobre el que ha insistido Tuñón de Lara al considerar la prensa como fuente – a la vez que objeto—de la historia de una sociedad y de la historia de sus mentalidades. Fernand Braudel ofrece un análisis del poder de la prensa y su valor como fuente en: BRAUDEL, F. (1997). *Les ambitions de l'histoire*. Paris: de Fallois. Véase también: TUÑÓN DE LARA, M.(1973). *Metodología de la historia social de España*. Madrid Siglo XXI de España Editores; TUÑÓN DE LARA, M. (1987). “Prensa e historia contemporánea”. (pp. 23–33). In TUÑÓN DE LARA, M., ÁLVAREZ, J. T., OTERO CARVAJAL, L. E., & ESPINAR GALLEGU, R. (Eds.). *Prensa obrera en Madrid : 1855-1936*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Cultura; ARROYO VÁZQUEZ, M. L. (2004). “La prensa como fuente histórica: la percepción del modelo estadounidense. In *Actas del IV Simposio de Historia Actual : Logroño, 17-19 de octubre de 2002*. (pp. 435–446). Logroño: Instituto de Estudios Riojanos.

transparencia —solo levemente implícito a principios de siglo—, imponía filtros tanto de carácter formal —diferenciación entre sesiones públicas y secretas—, como discursivos. Esta faceta implícita en el estudio de los Diarios nos permite un análisis más complejo no solo de las propuestas y desarrollo de las políticas sanitarias y decisiones en Cortes, sino también del discurso político creado en torno a la enfermedad.

Otro elemento clave de este ecléctico repertorio de fuentes es la consulta y análisis de textos médicos, político-sanitarios y académicos, coetáneos al proceso constitutivo de esta primera década del XIX. Un recurso al que se le ha prestado relativamente poca atención a la hora de historiar el proceso de construcción sanitaria a principio de la centuria. Esto se debe, en parte, al peso que han tenido los estudios bibliométricos a la hora de elaborar una imagen catastrofista de la sanidad en el primer tercio del siglo decimonónico. Los trabajos de López Piñero han sentado, sin duda, unas bases claves en el estudio de la historia de las ciencias médicas a través de indicadores de producción, publicación y circulación de la actividad médico científica. Una línea de investigación que impuso la etiqueta de *catástrofe* al periodo inaugurado en 1808, basado, entre otras cosas, en la escasa o casi nula producción de revistas especializadas o publicaciones científicas en este periodo de inestabilidad política²⁰. Sin obviar el descenso numérico de la producción científica española con respecto a la trayectoria ascendente de la Ilustración, esto no debe eclipsar el más que relevante, pero menospreciado, número de publicaciones y su papel en la creación de un espacio de debate alternativo de discusión sanitaria.

El contexto de libertades que inauguran las Cortes gaditanas resulta crucial para entender el flujo de publicaciones y el tono crítico adoptado, que permitiría canalizar y proyectar el criterio médico dentro un intenso debate paralelo al de las Cortes. El objetivo que perseguimos con el estudio de estos textos consiste en ahondar sobre los

²⁰ LÓPEZ PIÑERO, J. M., (1992). “Las ciencias médicas en la España del siglo XIX”. *Ayer*, (7), 193–240; LÓPEZ PIÑERO, J. M., & TERRADA FERRANDIS, M. L. (1980). “Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico”. *Medicina e historia*, 78, 95–108; LÓPEZ PIÑERO, J. M., & TERRADA FERRANDIS, M. L. (1991). “La producción científica española y su posición en la Comunidad internacional”. In LÓPEZ PIÑERO, J. M. (Ed.). *España. Ciencia* (pp. 73–112). Madrid: Espasa Calpe; LÓPEZ PIÑERO, J. M., & TERRADA, M. L. (1992). “Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (I)”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 98(2), 64–68; LÓPEZ PIÑERO, J. M., & TERRADA, M. L. (1992). “Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (II)”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 98(3), 101–106; LÓPEZ PIÑERO, J. M., & TERRADA, M. L. (1992). “Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (III). Los indicadores de producción, circulación, dispersión, consumo de la información y repercusión”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 98(4), 142–148.

mecanismos utilizados por los médicos y cirujanos para estrechar las barreras impuestas a la proyección pública y política de su criterio a la hora de definir un modelo de reforma de su práctica. Esto exige realizar un análisis de dichas publicaciones de forma comparativa y de manera dialógica. Una aproximación metodológica que pretende confrontar la visión monolítica e individualizada de los estudios ya existentes sobre alguno de los textos publicados durante este periodo²¹.

Esta afirmación no pretende desdeñar las contribuciones de la historiografía española en torno a la sanidad pública que, muy por el contrario, han aportado un suelo metodológico y conceptual clave para plantear el desarrollo de los temas tratados. En este sentido hay que resaltar que el desarrollo de la historia de la sanidad pública en España está marcado por el cambio epistemológico que, a partir de los años setenta, supuso la incorporación de la historia social y cultural al campo de estudio sanitario. Este giro formal rompía con la tendencia bio-bibliográfica y los grandes trabajos en torno al pensamiento médico y a la historia intelectual de la medicina con los que Laín Entralgo había sentado cátedra a mediados de siglo. La incorporación de nuevos temas y lenguajes provenientes de la historia económica, la historia cultural, la demografía, la antropología o la epidemiología, sentaron una impronta que, sin duda, queda reflejada en la metodología interdisciplinaria de este trabajo. Una incorporación de lenguajes que parecía correr en paralelo a los cambios que estaba experimentando el estudio de la historia de la sanidad en Europa y América. Un panorama internacional que empezaba a consolidar el estudio histórico sanitario desde diversos discursos intelectuales que incorporaban la epidemiología y su efecto en la dinámica interna de las sociedades²², los estudios demográficos y, quizás una de las tendencias de mayor

²¹ El caso más paradigmático es el estudio que hace José Luis Peset de la propuesta de Salvá y Campillo a las Cortes que, como veremos más adelante, ignora las publicaciones publicadas a posteriori en respuesta a sus comentario, ni el propio Suplemento escrito por el propio autor un año después siguiendo el hilo de las discusiones. Véase: PESET REIG, J. L. (2005). “Francisco Salvá y Campillo y la reforma de la enseñanza médica”. In SÁNCHEZ RAYGADA, C. H. (ED.). *Ciencia y Academia. IX Congreso Internacional de Historia de las Universidades* (Tomo II, pp. 245–260). Valencia: Instituto Figuerola de Historia y Ciencias Sociales.

²² Hemos citado ya como referentes de nuestro trabajo, a tres de los autores más representativos de esta tendencia: Margaret Pelling, Charles Rosenberg y a Willian Coleman (véase nota 11). Se puede también destacar los trabajos de Carlo Cippolla o Paul Slack y, posteriormente, los trabajos desarrollados en torno al SIDA de Rosenmberg, Virginia Berridge o Philip Strong, que estimularon nuevas líneas interpretativas en el estudio de la relación entre la enfermedad y la construcción social y política; Véase: CIPOLLA, C. (1979). *Faith, reason, and the plague: a Tuscan story of the seventeenth century*. Brighton Sussex: Harvester Press.; SLACK, P. (1985). *The Impact of Plague in Tudor and Stuart England*. Londres: Routledge & K. Paul; ROSENBERG, C. E. (1989). “What is an epidemic? AIDS in

impacto en la historiografía actual, la consolidación de los conceptos de la “cultura disciplinaria” y, posteriormente, de “biopolítica” desarrollados a partir de las aportaciones de Michel Foucault²³.

Esta diversidad de aproximaciones y riqueza investigadora va a tener un impacto mucho menor y un desarrollo muy localizado en nuestro país, encontrando en Valencia, Granada, Madrid, Alicante y Barcelona sus principales grupos de investigación y difusión.

Entre las distintas líneas de trabajo desarrolladas en estos centros y que han contribuido a la historia socio-política de la salud, podemos destacar en primer lugar los estudios históricos en torno al sistema sanitario español desde un marco normativo e institucional. Estas aproximaciones, generalmente llevadas a cabo por historiadores de la medicina –con excepciones como el trabajo fundacional de Antonio Muñoz Machado desde el campo del derecho-, han seguido enfoques tanto generalistas como desde la particularidad de un periodo o institución. Esta línea definida por autores como Esteban Rodríguez Ocaña, Francisco Javier Puerto y algunos trabajos de Josep Bernabeu, ha intentado ofrecer una visión de la sistematización de la sanidad en la historia Española y de los marcos histórico-social e institucionales en los que se desarrollaban²⁴. Entre estos estudios, podemos destacar el interés particular en torno a

historical perspective”. *Daedalus*, 1–17; ROSENBERG, C. (1992). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge/New York: Cambridge University Press; BERRIDGE, V. & STRONG, P. (2002). *AIDS and Contemporary History*. Cambridge: Cambridge University Press.

²³ FOUCAULT, M. (1966). *Les mots et les choses: une archéologie des sciences humaines*. París: Gallimard; FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique une archéologie du regard médical*. París: Presses universitaires de France. El trabajo de Dorothy Portes sobre las nuevas corrientes y temas de la historiografía de la salud es una referencia clave para ahondar sobre las distintas temáticas y caminos que ha tomado la historiografía de la salud pública en las últimas décadas. Véase: PORTER, D. (1999). “The history of public health...”

²⁴ MUÑOZ MACHADO, S. (1975). *La Sanidad pública en España: (evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos; MUÑOZ MACHADO, S. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud: Organización sanitaria española en el siglo XVIII”. *Dynamis*, 7-8, 145 – 170; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2008). *Salud pública en España de la Edad Media al siglo XXI*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública; VILAR, J. L. B., & BERNABEU-MESTRE, J. (2011). *La salud y el Estado: El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universitat de València; RODRÍGUEZ DOMINGO, E. (1991). “Historia de la salud pública: su evolución y definición como disciplina autónoma”. *Anthropos: Boletín de información y documentación*, (118), 29–31; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2001). “La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX”. In ATENZA FERNÁNDEZ, J. (Ed.). *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de La Reina Y La Sanidad Española de Su Tiempo* (pp. 21–42). Toledo: Junta de Comunidades de Castilla la Mancha; PUERTO SARMIENTO, F. J. (1988). “La sanidad española durante la Ilustración: aspectos institucionales”. *Revista de Occidente*, (82), 43–57.; FOLGUERA, M. DEL C. C. (1988). *La reforma sanitaria en la España ilustrada*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (1994). “La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925”. *Rev. San. Hig. Púb.*, 68, 11–27; HUERTAS

la historia de la higiene pública con trabajos como los de Carmen Barona o Rafael Alcaide²⁵ y las aproximaciones realizadas a este tema desde el marco concreto de una institución y su desarrollo, como puede ser el Tribunal del Protomedicato²⁶ o las Juntas de Sanidad²⁷. Alguno de los trabajos realizados en esta línea han sido, como veremos, un punto de referencia para la elaboración de marcos generales que sirviesen de apoyo para tratar las particularidades del periodo que pretende abarcar este estudio. Hay que señalar, no obstante, la casi total omisión del periodo gaditano como referente de la construcción del sistema sanitario español y la persistencia de la imagen de la organización de la sanidad pública del país como un proceso tardío²⁸.

Esto puede explicar la centralidad que adquiere el siglo XX en el desarrollo de otra línea paralela de trabajo que pretende aborda el modelo de sistema sanitario adoptado en un momento histórico concreto. Este planteamiento, desarrollado principalmente

GARCÍA-ALEJO, R. (1994). "Salud pública en la España contemporánea. Introducción". *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 14, 17–21.

²⁵ Por ejemplo: BARONA VILAR, C. (2010, January 8). *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*. Valencia: Universitat de València; GRANJEL, M. (1983). Pedro Felipe Monlau y la higiene española del siglo XIX. Salamanca: Universidad, Cátedra de Historia de la Medicina; RODRÍGUEZ, E., & MENÉNDEZ, A. (2005). "Salud, trabajo y medicina en la España del siglo xix. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista". *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8(2), 58–63; ALCAIDE GONZÁLEZ, R. (1999). "La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social". *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (3), 50 <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm>; BLASCO MARTÍNEZ, L. (2002). *Higiene y sanidad en España al final del Antiguo Régimen*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.

²⁶ LANNING, J. (1997). *El real protomedicato: la reglamentación de la profesión médica en el Imperio español*. México: Universidad Nacional de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas Facultad de Medicina; IBORRA, P., RIERA PALMERO, J., & GRANDA JUESAS, J. (1987). *Historia del Protomedicato en España (1477-1822)*. Valladolid: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid; LANNING, J. (1985). *The royal protomedicato: the regulation of the medical professions in the Spanish empire*. Durham: Duke University Press; CAMPOS DíEZ, M. S. (1999). *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Univ de Castilla La Mancha; Para un estudio más específico sobre los trabajos producidos en torno al Protomedicato, véase: LÓPEZ TERRADA, M. L. (1996). "Los estudios historicomédicos sobre el Tribunal del Protomedicato y las profesiones y ocupaciones sanitarias en la Monarquía Hispánica durante los siglos XVI al XVIII". *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, (16), 21–42.

²⁷ VARELA PERIS, F. (1998). "El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII". *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 18, 315–340; VIÑES, J. J. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1990). "Organización Sanitaria española en el siglo XVIII: Las Juntas de Sanidad" In FERNÁNDEZ PÉREZ, J., & TASCÓN GONZÁLEZ, I. (EDS.). *Ciencia, técnica y estado en la España ilustrada*. (pp. 399 – 412). Zaragoza: Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, SEHCYT.

²⁸ Una imagen recurrente en los trabajos de autores como Antonio López Piñero (véase nota 20), Carmen Barona que se complementa con la ausencia de mención al periodo gaditano de los trabajos de Rodríguez Ocaña. Véase: RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2008). *Salud pública en España de la Edad Media al siglo XXI*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública; BARONA VILAR, C. (2010). *Organización sanitaria...*

por los investigadores del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, introduce factores explicativos como las estructuras sociales y políticas concretas de un periodo, destacando la influencia del discurso ideológico y la capacidad de influencia política y de las distintas fuerzas sociales²⁹.

La primera mitad del siglo XIX, en este sentido, ha quedado relegada a un segundo plano en las líneas historiográficas que han dedicado su atención al estudio de un periodo concreto en el ámbito sanitario.³⁰ No obstante, en la última década se ha producido un esfuerzo por recuperar e historiar los logros en sanidad pública en dicha centuria marcados por el trabajo de Álvaro Cardona sobre la labor del Trienio Liberal³¹. Hace un año y medio, además, veía la luz el libro editado por José M. Blanco Villero y Juan M. García de la Cruz *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz (2013)*. Este conjunto de artículos retoman la crónica sanitaria del contexto gaditano con motivo del bicentenario respondiendo, sin duda, a esta ausencia de literatura sobre el asunto. Sin embargo, la diversidad de enfoques y temáticas con la que cada autor se acerca al tema planteado, el carácter revisionista de muchos de los artículos y la falta de materiales nuevos sobre los que trabajar, dejan abiertas muchas preguntas sobre el periodo estudiado, perpetuando, además, la imagen de catástrofe elaborada por la historiografía tradicional, como podemos ver claramente en el artículo

²⁹ Por ejemplo, HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1995). “Organización sanitaria y crisis social en España: la discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX”. Madrid: Fundación de investigaciones Marxistas, D.L; MAESTRO, A., & HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1992). *La Salud y el Estado. Los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis*. Madrid: Fundación de investigaciones Marxistas, D.L; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1993). “El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas”. *Asclepio*, XLV(1), 89–122; CASTELLANOS, J. (1998). *La Medicina en el siglo XX: estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina; JIMÉNEZ LUCENA, I., RUIZ SOMAVILLA, M. J., & CASTELLANOS GUERRERO, J. (2002). “Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios comunicación de masas durante el primer franquismo”. *Asclepio*, 54(1), 201–218; MOLERO MESA, J. (1998). “Clase obrera, Medicina y Estado en la España del Siglo XX: Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950”. In CASTELLANOS, J. et al. (Eds.) *La Medicina En El Siglo XX: Estudios Históricos Sobre Medicina, Sociedad Y Estado*. (pp. 221–228) Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina;

³⁰ Debemos recordar el trabajo de López Piñero cuya clasificación de los periodos que vive las ciencias médicas en el siglo XIX sigue aún vigente. LÓPEZ PIÑERO, J. (1964). *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones. El estudio del sistema hospitalario y asistencial realizado por Pedro Carasa Soto, también resulta un símbolo de esta visión de desarrollo tardío de la organización sanitaria; CARASA SOTO, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX: de la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid. Universidad de Valladolid Secretariado de Publicaciones. Véase también las referencias mencionadas en la nota 28.

³¹ CARDONA, Á. (2005). *La salud pública en España durante el trienio liberal, 1820-1923*. Madrid: CSIC. Cardona dio un paso más esbozando en un artículo las ideas sobre salud pública que se defendieron durante el periodo parlamentario de 1810 y 1814. Un trabajo que, sin duda, marca un punto de partida para esta investigación. CARDONA, Á. (2003). “Las ideas sobre salud pública de los dirigentes liberales españoles en las Cortes de Cádiz (1810-1814)”. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 21(2), 63–71.

de Francisco Herrera³². Otras publicaciones recientes, por otro lado, han tendido a una aproximación al periodo desde el estudio de las particularidades del ámbito local o para ofrecer una visión general³³.

Otra temática presente en la historiografía de nuestro país que ha sido de especial interés para este trabajo es la de la sanidad pública en relación a los colectivos profesionales de la medicina y cirugía. En este ámbito han destacado los estudios, ya clásicos, de José Luis Peset en cuanto a la educación médica en la universidad española³⁴. En paralelo, el grupo de historia de la medicina de la Universidad de Cádiz ha insistido desde hace años en la necesidad de recuperar la labor de los cirujanos, su incidencia en la conformación de la moderna medicina española y en la revolución formativa que inauguraron los Reales Colegios de Cirugía³⁵. Existen nuevos e interesantes enfoques desde los estudios de género en relación al proceso de

³² HERRERA RODRÍGUEZ, F. (2013). “Medicina, enfermedad y sociedad en la transición de la Ilustración al Romanticismo”. In BLANCO VILLERO, J. M. & GARCÍA CUBILLANA DE LA CRUZ, J. M. (Eds.). *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: crónica sanitaria de un bicentenario* (pp. 25–42). Madrid: Silex.

³³ AMADOR FERNÁNDEZ, M. A. (2013). “La salud pública almendralejense en el tiempo de las Cortes de Cádiz”. *Actas de las IV Jornadas de Historia de Almendralejo y Tierra de Barros*, 133–150. RODRÍGUEZ MORÍN, F. (2014). “La salud pública a través de la prensa liberal mallorquina en los tiempo de las Cortes de Cádiz”. *Memòries de la Reial Acadèmia Mallorquina d’Estudis Genealògics, Heràldics i Històrics*. Acadèmia Mallorquina d’Estudis Genealògics; SAN SEGUNDO, G. (2012). “1812: El nacimiento de la sanidad moderna”. *Medical Economics*, 166, 14–22.

³⁴ PESET, J. L. (1968). “La enseñanza de la Medicina en España durante el siglo XIX. El reinado de Fernando VII (1814-1833)”. *MEDICINA ESPAÑOLA*. Madrid, 350, 381–392; PESET REIG, J. L., & PESET REIG, M. (1983). *Carlos IV y la Universidad de Salamanca*. Madrid: CSIC; PESET REIG, J. L., & PESET REIG, M. (1992). “Las universidades españolas del siglo XIX y las ciencias”. *Ayer*, 7, 19–49; PESET REIG, J. L. (1973). “Reforma de los estudios médicos en la Universidad de Valencia: el plan de estudios del rector Blasco de 1786”. *Cuadernos de Historia de La Medicina Española*, 12, 213–264. Entre otros trabajos, ya clásicos, podemos citar el de Amando de Miguel, las aproximaciones a los profesionales ilustrados de Lafuente, Puerto Sarmiento y Calleja Folguera o los estudios de carácter general hechos por Albarracín Tulón y Matilde Panadero a la profesión médica en el XIX. Vease: LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales de la sanidad tras su identidad en la Ilustración española”. In SÁNCHEZ RON, J. M. (Ed.), *Ciencia y Sociedad en España* (pp. 71–93). Madrid: El Arquero; DE MIGUEL, A. (1976). “La profesión médica en España”. *Papers: Revista de Sociologia*, 5, 147–182; ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1973). “La profesión médica ante la sociedad española del siglo XIX”. *Asclepio*, 25, 303–316; DE MIGUEL, J. M. (1982). “Para un análisis sociológico de la profesión médica”. *Reis*, 20(82), 101–120; PANADERO, M. (2005). “Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina”. *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (5), 32–42.

³⁵ OROZCO ACUAVIVA, A. (1991). “Los cirujanos navales en la Expedición Malaspina”. In *La Expedición Malaspina (1789-1794). Bicentenario de la salida de Cádiz* (pp. 113–127). Cádiz: Real Academia Hispanoamericana; OROZCO ACUAVIVA, A. (1988). “El modelo de Enseñanza en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz en el siglo XVIII”. *Gades*, (18), 87–108; ASTRAIN GALLART, M. (1995). “Profesionales de la Marina, profesionales del Estado. La aportación del Cuerpo de Cirujanos de la Armada al proceso de profesionalización de la cirugía del setecientos (1703.1791)”. In BALAGUER, E., & GIMÉNEZ, E. (Eds.). *Ejército, Ciencia y Sociedad en la España del Antiguo Régimen* (pp. 513–532). Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil- Albert.

profesionalización en el ámbito sanitario o en torno a otros ramos como la enfermería o la salud mental³⁶.

El desarrollo de perspectivas de análisis que tomen en consideración las respuestas político-sociales ante las crisis epidémicas y los estudios de epidemiología histórica, han tenido también un importante desarrollo en nuestro país. Esta línea de estudio ha contado con aportaciones fundacionales como los trabajos de José Luis y Mariano Peset³⁷. El estudio en este campo ha motivado enfoques interesantes que han integrado otros estudios como la geografía y la demografía, desplegando nuevas perspectivas en relación a la influencia que la enfermedad y la muerte tienen en la sistematización de la salud y la evolución de las poblaciones³⁸. Barcelona se ha impuesto como uno de los centros principales en esta línea de investigación aportando interesantes trabajos en el campo de la geografía médica y en el estudio de la configuración territorial de las cuarentenas, sus implicaciones en la gestión de la sanidad y en la creación de redes internacionales. La creación y activa participación de varios de los miembros de este centro catalán en la red internacional *Quarantine Studies Network* es una muestra de ello³⁹.

³⁶ ORTIZ-GÓMEZ, T., BIRRIEL-SALCEDO, J., & ORTEGA DEL OLMO, R. (2004). “Género, profesiones sanitarias y salud pública”. *Gaceta Sanitaria*, 18, 189–194; ORTIZ GÓMEZ, T. (2001). *Espacios de sociabilidad femenina en la profesión médica en los siglos XIX y XX*. Madrid: Universidad Complutense; BERNABEU MESTRE, J., & GASCÓN PÉREZ, M. E. (1999). *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Alicante: Universidad de Alicante; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (2002). “Organizar y persuadir: estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)”. Madrid: Freenia SC.

³⁷ PESET, M., & PESET, J. L. (1972). Muerte en España: política y sociedad entre la peste y el cólera. Seminarios y ediciones; PESET, M. (1972). Temores y defensa de España frente a la peste de Marsella de 1720. Madrid: CSIC. Instituto Arnaldo de Vilanova; PESET, M. (1977). “Gobierno y poder político en la Peste de Valencia de 1647-1648”. *Asclepio*, (29), 243–263; Los trabajos de Jon Arrizabalaga han incorporado otros aspectos y lecturas sobre la construcción social y el discurso político de la enfermedad epidémica: ARRIZABALAGA VALBUENA, J. (1996). “La construcció de la SIDA: de la ‘pesta dels gais’ a la malaltia dels ‘altres’”. *Actes de les III trobades d’història de la ciència i de la tècnica*: (Tarragona, 7-9 desembre 1994). Barcelona: Societat Catalana d’Història de la Ciència i de la Tècnica.

³⁸ En el campo de los estudios demográficos en relación a la epidemiología histórica destaca el trabajo de Josep Bernabeu: BERNABEU MESTRE, J. (1995). “Enfermedad y población: introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica”. Valencia: Seminari d’Estudis sobre la Ciència; BERNABEU-MESTRE, J. (1991). “El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana”. In *Actas del II Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Alicante (Vol. 5, pp. 27–46) Valencia: Seminari d’Estudis sobre la Població del País Valencià; BERNABEU MESTRE, J. (2007). “Estadística y salud pública: el argumento del método numérico”. *Gaceta Sanitaria*, 21(5), 416–417; BERNABEU-MESTRE, J. (1992). *Estadísticas Demográfico-Sanitarias*, 27–44.

³⁹ BONASTRA, Q. (2010). “Recintos sanitarios y espacios de control: un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, (30), 17–40; BONASTRA, Q. (2006). *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del Lazareto*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona; BONASTRA, Q. (2000). “Innovación y evolución de las concepciones sobre el contagio y las cuarentenas en la España del siglo

Otra línea de trabajo planteada recientemente ha perseguido un acercamiento a la historia de las políticas sanitarias tomando como referencia el ámbito local y municipal y, por tanto, la particularidad en la evolución demográfica, sus políticas sanitarias o su desarrollo histórico propio⁴⁰. Una línea de investigación que si bien hemos visto aplicada en el caso gaditano o mallorquín⁴¹ ha tenido como uno de sus principales centros de desarrollo Valencia⁴², y que resulta de particular interés como referente de estudio multidisciplinar.

Por tanto, resulta pertinente afirmar que los temas abordados en esta investigación son deudores de mucho del trabajo interdisciplinar realizado en nuestro país durante las últimas décadas. La integración de los lenguajes de la historia social y política tendrán mucho protagonismo en este estudio que, si bien parte de unas fronteras locales y unas circunstancias particulares –como son las gaditanas durante las Cortes celebradas entre 1810 y 1814–, aspira a realizar un análisis integral de las transformaciones a nivel legislativo, institucional, discursivo y profesional que se produce en este periodo de la historia.

Un trabajo que, desde el punto de vista formal se estructura en cinco partes

XIX: Reflexiones acerca de un problema sanitario, económico y social”. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (4), 35; URTEAGA, L. (2010). “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”. *GeoCrítica*, V (29); JORI, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana en España durante el siglo XVIII. Una perspectiva geográfica*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona, JORI, G. (2013). “Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII”. *Revista de Geografía Norte Grande*, (54), 129–153; ARRIZABALAGA VALBUENA, J. (1986). “Las repercusiones demográficas en la epidemia de cólera de 1855 en Guipúzcoa: el caso de Oñate”. *Actas del III Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias : San Sebastián, 1 al 6 de octubre de 1984*. Editorial Guipúzcoa.

⁴⁰ El seminario sobre salud y enfermedad en los municipios valencianos (“Salut i malaltia en els municipis valencians (1813-1939)”) celebrado consecutivamente en los años 1995, 1997, 1998 y 2000 es un ejemplo del desarrollo de esta línea de investigación.

⁴¹ Véase nota 33.

⁴² Véase: BARONA VILAR, C. (2010). *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*. Tesis doctoral. Valencia: Universitat de València; BERNANEU MESTRE, J., ESPLUGUES I PELLICER, J., & ROBLES GONZÁLEZ, E. (1997). *Higiene i salubritat en els municipis valencians*. Benissa: Institut d’Estudis Comarcals de la Marina Alta. En los casos de Málaga o Cádiz o Murcia, la investigación a nivel local de la administración de la salud pública ha estado muy relacionado con el estudio de la fiebre amarilla, por ejemplo: CARRILLO, J. L., & BALLESTER, L. G. (1980). *Enfermedad y sociedad en la Málaga de los siglos XVIII y XIX: La fiebre amarilla (1741-1821)*. Málaga: Universidad de Málaga; CARRILLO, J. L., & BALLESTER, L. G. (1980). *Enfermedad y sociedad en la Málaga de los siglos XVIII y XIX: La fiebre amarilla (1741-1821)*. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga; GONZÁLEZ CASTAÑO, J. (2006). “La fiebre amarilla del año 1812 en el Reino de Murcia vista por un médico francés”. In *Homenaje al académico José Antonio Molina Sánchez*. Murcia Real Academia Alfonso X el Sabio; AMADOR FERNÁNDEZ, M. A. (2013). “La salud pública almendralejense en el tiempo de las Cortes de Cádiz”. In *Actas de las IV Jornadas de Historia de Almendralejo y Tierra de Barros* (pp. 133–150). Almendralejo: Asociación Histórica de Almendralejo.

diferenciadas, además de la introducción y las consideraciones finales:

La primera parte aspira a establecer un contexto que nos permita profundizar sobre las circunstancias y singularidades del espacio gaditano como base espacial, intelectual e institucional de las transformaciones en el ámbito sanitario.

En el segundo capítulo presentamos un análisis de la organización institucional de la Sanidad Pública teniendo en cuenta los diferentes procesos, actores y circunstancias implicados en la creación de los órganos y medidas diseñadas para la gestión sanitaria como parte de la construcción de las bases del nuevo Estado liberal. Esta aproximación toma en consideración la complejidad y límites de la organización sanitaria en un país ocupado y preso de una epidemia, proponiendo una perspectiva de análisis que establezca un diálogo entre la institucionalización de la sanidad y la gestión de la enfermedad epidémica y, por otro lado, tenga en cuenta las disposiciones tomadas por la administración francesa.

El capítulo tercero se centra en los intentos de codificación sanitaria dentro de este proceso de institucionalización. Un tema que presenta, por tanto, una frontera muy difusa con el capítulo anterior pero que, consideramos, requiere un atención particular en este proceso de organización de la sanidad bajo una administración institucional coherente. Desde este punto de vista, nos proponemos analizar el proceso y límites en la creación de una base normativa que regulase los límites de actuación y codificara de manera unificada las medidas sanitarias.

El cuarto capítulo parte del análisis de la construcción del discurso público en torno a la enfermedad como elemento clave en el proceso de cimentación de una respuesta y programa sanitario en una sociedad liberal. El punto de partida del trabajo de análisis de esta sección es el control de la información sobre la epidemia de fiebre amarilla que ensombrece el proceso parlamentario. Elemento que es examinado desde una doble perspectiva, política y mediática. Por un lado, se estudia la modulación del discurso sanitario por parte de los parlamentarios en el espacio de las Cortes y los intereses, preocupaciones e instrumentos implicados en este proceso. Por el otro, se analiza la prensa como medio de creación discursiva en torno a la enfermedad utilizando *El Conciso* y *El Redactor General* como objeto principal de estudio.

El quinto y último capítulo traslada el problema de la salud pública al ámbito de la práctica y los procesos de profesionalización del cuerpo de médicos y cirujanos, estudiando las transformaciones institucionales, formativas y de reconocimiento socio-político que se produjeron en este ámbito como parte del proceso general de reforma sanitaria a principios del siglo XIX. Un examen que realizamos teniendo en cuenta la polarización del debate en distintos espacios de discusión, tanto fuera como dentro del espacio parlamentario, y la pluralidad de voces que lo orquestan, tanto políticas como médicas.

CAPÍTULO 1

CÁDIZ: ESPACIO SINGULAR DE CAMBIO

“At the time of the Cortes Spain was divided into two parts. At the Isla de Leon, ideas without action — in the rest of Spain, action without ideas.”.

Carlos Marx: *Revolutionary Spain*⁴³

Cádiz se ha erigido en el imaginario colectivo como una de las ciudades “creadoras de España”, en cuyo hervor del principio del siglo, escribía Gregorio Marañón, “germinó la nacionalidad española moderna y la vida política y social, llena de un universal afán, con su prensa, su sagrado derecho a opinar a criticar y a discutir y a aspirar al reparto menos injusto de las alegrías de la vida terrenal, y entre ellas, la mayor, el posible acceso de todos los hombres al saber”⁴⁴. Vincular el espíritu liberal al espacio gaditano no debe ser entendido como un reduccionismo, ni como una pretensión de partir de una visión localista de la cuestión. Somos conscientes de que la revolución liberal está vinculada a muchos otros espacios como el de Madrid y su levantamiento popular, o el de Zaragoza y la resistencia al sitio. No podemos dejar de señalar, sin embargo, la especificidad del marco que ofrece Cádiz al debate parlamentario y a su Constitución, sobre todo a la hora de plantear cuestiones como la que nos ocupa: la organización de la sanidad y sus bases.

1.1. Coyuntura y proyección de la ciudad.

La imagen de Cádiz como bastión del liberalismo, repetida por historiadores como Juan Sisinio Pérez Garzón⁴⁵, ha de comprenderse desde una perspectiva más amplia que la circunstancialidad de la reunión de Cortes en esta ciudad por la presión de la guerra. Cádiz, como señaló Marañón al prologar el clásico libro de Ramón Solís, tenía las ventanas abiertas al “espíritu del siglo” y comprendía muchos matices que rebasaban la mera política de “liberales y serviles”⁴⁶.

⁴³ New York Daily Tribune, 27 octubre 1854.

⁴⁴ Prólogo de Gregorio Marañón al libro de Ramón Solís: SOLÍS, R. (2012). *El Cádiz de las Cortes: la vida cotidiana en la ciudad en los años de 1810 a 1813*. Madrid: Silex, p. 14.

⁴⁵ PÉREZ GARZÓN, J. S. (2007). *Las Cortes de Cádiz...*, pp. 203-247.

⁴⁶ SOLÍS, R. (2012). *El Cádiz de las Cortes...*, p.15.

La bahía gaditana se había ido configurando durante el siglo XVII, pero sobre todo a lo largo del XVIII, como una de las áreas más prósperas de la Península por su aventajada situación como encrucijada de las dos rutas comerciales: la del Mediterráneo y la del Atlántico⁴⁷. El comercio, por tanto, ocupaba casi exclusivamente a la ciudad de Cádiz, realidad que era fácilmente perceptible para un viajero, como fue el caso de François Bourgoing, por el número de barcos que con frecuencia estaban en el puerto, llegándose a contar del orden de setecientas naves⁴⁸.

Esta posición estratégica, que había venido favorecida por el traslado de la Casa de Contratación y el Consulado en 1717⁴⁹, erigió a la ciudad como despensa y fuente de materias primas de la metrópoli, como centro comercial y espacio de ebullición política y económica. A pesar de los vaivenes económicos que experimentaría a finales del XVIII, Cádiz seguiría manteniendo su impulso mercantil, beneficiándose siempre de su situación privilegiada y apoyándose sobre una efervescente burguesía.

En efecto, a diferencia de otras ciudades andaluzas, era la burguesía, y más específicamente la burguesía de negocios, y no la aristocracia quien daba la tónica a la ciudad, ofreciendo un panorama social e ideológico más dinámico y abierto⁵⁰. Esa burguesía, además, estaba expuesta al contacto constante de comerciantes y, por tanto, a la cultura extranjera. Recordemos que en 1778 se había puesto fin al monopolio comercial que había disfrutado la península con América, y a pesar del impacto económico que supuso para las arcas de la Monarquía española, Cádiz reforzó su

⁴⁷ Es interesante tener en cuenta la diferenciación que hace Ramón Solís entre situación y sitio con respecto a la ciudad de Cádiz a la hora de estudiar su posición y privilegio desde el punto de vista de su situación como ciudad-puerto y encrucijada comercial respecto a los límites de su sitio, entendido como las peculiaridades del lugar y geografía que desfavorecían la expansión urbana y la agricultura. SOLÍS, R. (2012). *El Cádiz de las Cortes...*, pp. 25-30.

⁴⁸ “Le commerce occupe presque exclusivement les habitants de Cadiz; on se le persuade facilement en voyant le nombre de vaisseaux qui frequentent son port; on y en compte communement fix a sept cens. (...) Tout l’espace qui les sépare du rivage est couvert d’une foule de barques, de bateaux & de chaloupes qui sont dans une activité continuelle...” BOURGOING, J. F. BARON DE. (1788). *Nouveau voyage en Espagne, ou Tableau de l’état actuel de cette monarchie ...*; Tome 3. Paris: Chez Regnault, pp. 172-173.

⁴⁹ KUETHE, ANDRIEN, KENNETH J., A. J. (2014). *The Spanish Atlantic world in the eighteenth...*, pp. 68-98. Las páginas referidas profundizan sobre las circunstancias de dicho traslado. Véase también: RUIZ RIVERA, J. B. (1988). *El Consulado de Cádiz matrícula de comerciantes, 1730-1823*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz.

⁵⁰ BUSTOS, R. (1991). *Historia de Cádiz. vol. II, Cádiz en los siglos decisivos, XVI, XVII, XVIII*. Madrid: Silex, pp. 44-49. La importancia de la burguesía no era tanto por su número no llegando nunca a suponer más del 15% de la población activa gaditana-, cuanto por su carácter dinámico, su poder económico y su influjo social, girando en torno a ellos una importante masa de población de servicios.

carácter de encrucijada comercial, estableciéndose como intermediario comercial y ampliando su radio de acción con otros puertos de Europa⁵¹. Esta situación dotaba a la ciudad de Cádiz de un carácter muy cosmopolita, contando con una alta concentración de población extranjera que alcanzaba en 1801 el 17,7% de la población, es decir 11212 extranjeros, según el clásico trabajo de García-Baquero *Cádiz y el Atlántico (1717-1778)*⁵². Entre estos datos, el número de comerciantes era a finales de siglo y según un censo de 1791 de 510 comerciantes extranjeros frente a 386 de 1776, con una concentración mayor de franceses, italianos e ingleses-irlandeses. Estas cifras, difíciles de ponderar según García-Baquero, se veían completadas con un volumen de emigración alta y ascendente de otras provincias peninsulares y de los territorios indios, motivada principalmente por el comercio. Entre otras cosas, este panorama permite entender cómo, cuando tuvo lugar el cerco francés en 1810, se encontraban en la ciudad suficientes personas, tanto de las provincias americanas como de las ocupadas, para proporcionar diputados suplentes para las Cortes⁵³.

La prosperidad económica, como cuenta en sus memorias Alcalá Galiano, vino unida al desarrollo de una sociedad más abierta a las corrientes liberales que ya entraban en Cádiz a finales del XVIII a través de los textos revolucionarios franceses que fácilmente esquivaban a la Inquisición⁵⁴. La concentración de muchas nacionalidades en un espacio tan pequeño, y el ambiente social derivado de ello, sorprendieron también a Joseph Townsend, que dejaría constancia en 1791 del nivel de hospitalidad y la inagotable riqueza y servicios de aquel lugar en el que el comercio había florecido hasta tal punto que un extranjero podía pasar su tiempo disfrutando de las más elevadas satisfacciones⁵⁵. La exigencia de un entramado de servicios asociados a la

⁵¹ RUIZ RIVERA, J. B. (1988). *El Consulado de Cádiz...*

⁵² GARCÍA-BAQUERO GONZÁLEZ, A. (1976). *Cádiz y el Atlántico (1717-1778): el comercio colonial español bajo el monopolio gaditano. T.I.* Sevilla: Escuela de Estudios Hispano-Americanos de Sevilla, pp. 488-496; Juan Sisinio Pérez Garzón ofrece una cifra para 1810 de casi tres mil extranjeros en una población de 57000 habitantes (no se especifica las fuentes de estos datos): PÉREZ GARZÓN, J. S. (2007). *Las Cortes de Cádiz...*, p. 205; El estudio de Ruiz Rivera, por otra parte, ofrece unos datos muy específicos sobre las matriculas de comerciantes en el Consulado, presentando datos más precisos en el casos de extranjeros naturalizados o sobre las matriculas de comerciantes indios (americanos y filipinos). Su análisis, sin embargo, se centra en la primera mitad del siglo XVIII. véase: RUIZ RIVERA, J. B. (1988). *El Consulado de Cádiz...*

⁵³ PÉREZ GARZÓN, J. S. (2007). *Las Cortes de Cádiz...*, p. 20.

⁵⁴ ALCALÁ GALIANO, A. (1931). *Recuerdos de un anciano*. Madrid: Imprenta de los Suc.de Hernando, Quintana, pp. 78-79.

⁵⁵ "For the pleasure of social intercourse, I did not meet with any city mee agreeable than this. As all nations are here assembled within narrow limits, by their mutual intercourse they slften each others manners ; an as, notwithstanding the late shock, commerce flourishes in a dregree,with its neverfailing

vida comercial había propiciado, además, el desarrollo de profesiones consideradas liberales. Cádiz ofrecía trabajo a un importante número de notarios y abogados, que llegarían a constituir “una verdadera élite de papel y pluma”⁵⁶. Al mismo tiempo, a finales de siglo se había convertido en un centro importante para la cultura intelectual contando, en el tránsito al siglo XIX, con más de 25 impresores y un número similar de librerías, aparte de siete encuadernadores. Aunque el peso de las publicaciones religiosas seguía copando el mercado –sumando casi el 50% del total de las obras publicadas en Cádiz–, a finales del siglo XVIII hacían tímidamente su aparición los textos de carácter científico, principalmente publicados para el estudio de los alumnos que ocupaban las aulas de los centros de enseñanza surgidos bajo el resguardo del reformismo borbónico⁵⁷.

Comprobamos, por tanto, cómo Cádiz, bajo el amparo de su prosperidad económica, su posición estratégica, el aperturismo que ofrecía su base social burguesa y, quizás, por el hecho de ser un centro cultural alejado de los clásicos centros del saber universitario, supo asumir y adaptar el ideal del reformismo científico ilustrado y reflejarlo en la creación de instituciones claves para el conocimiento. A mediados del siglo XVIII, se creaban en Cádiz la Academia de Guardias Marinas, el Real Observatorio y el Real Colegio de Cirugía. Todas ellas instituciones impulsadas con el apoyo de la Corona, pero sobre todo, bajo el amparo de la Armada, cuyo poder y estructura –elogiadas por Townsend y comparadas con las de la británica⁵⁸– serían crucial a la hora de asumir la tarea de renovación científica para abrir la puerta en España a nuevas prácticas y técnicas. Cádiz, como ciudad proyectada hacia el mar, se erigió, a las puertas del siglo XIX, como símbolo de la marinería ilustrada que, sin dejar a un lado los intereses económicos y políticos, se lanzaba al mar en busca de la conquista del conocimiento. Esta transformación tendrá dos imágenes paradigmáticas: las Expediciones científicas y las instituciones del conocimiento que permitieron la introducción de una nueva base formativa.

attendants, wealth and hospitality, a stranger may pass away his time with the highest satisfaction to himself”. TOWNSEND, J. (1791). *A journey through Spain in the years 1786 and 1787 and remarks on passing through a part of France*. Londres: C.Dill, pp. 410-411.

⁵⁶ RAMOS SANTANA, A., (1991). Historia de Cádiz, vol. III. Cádiz en el siglo XIX: de ciudad soberana a capital de provincia de ciudad soberana a capital de provincia. Madrid: Silex, p. 122.

⁵⁷ Idem, p. 190.

⁵⁸ TOWNSEND J. (1791). *A journey...*, p. 245.

En este sentido, y teniendo en cuenta el tema que nos ocupa, la fundación del Real Colegio de Cirugía de la Armada en 1748, como mencionábamos en la introducción, sería un hito a la hora de configurar el panorama sanitario que precede y rodea al debate en Cortes. Un espacio asociado a la ciudad de Cádiz y a su cultura marítima pero que será de gran importancia a la hora de comprender cómo se formula la cuestión de la sanidad pública a las puertas del siglo XIX.

Tengamos en cuenta que el Real Colegio de Cirugía se creó con la idea de formar a cirujanos navales de tal modo que su práctica se adaptara a las exigencias de la navegación. Una navegación que gracias a los avances técnicos del siglo XVIII, había permitido alargar el tiempo de travesía y, por lo tanto, exponía a la marinería no solo a las enfermedades carenciales derivadas de la falta de cabotaje del barco⁵⁹, sino también a la irregularidad de climas y condiciones que ofrecían proyectos territorial y temporalmente más amplios. La cirugía experimentó a través del Colegio gaditano un impulso cualitativo gracias a la institucionalización de su práctica bajo la enseñanza anatómica, la formación terapéutica, el estudio de la química, la botánica o la higiene; materias todas ellas que pretendían impulsar una enseñanza más acorde con las exigencias de la vida cotidiana y las condiciones del barco. Al mismo tiempo, sin embargo, iban alejando cada vez más la cirugía de la actividad gremial de los barberos románticistas para convertirse en cirujanos latinos que, a partir de la reforma de 1791 y los nuevos Estatutos, se podían llamar también médicos⁶⁰.

Esta reforma institucional vinculada a la proyección marítima de la bahía Cádiz, va a dotar de unos rasgos específicos a la ciudad y a su discurso sanitario, que fueron cruciales para entender la formulación de la sanidad pública en torno a las Cortes.

En primer lugar, desarrollada institucionalmente bajo el amparo de la Armada y basada en las exigencias de la sanidad naval, la formación médico-quirúrgica gaditana adoptó unos preceptos médicos específicos que fueron claves para formar una base teórica de la sanidad pública, sobre todo en el campo de la prevención. Si bien el desarrollo de la higiene ha estado muy vinculado en Europa al desarrollo de la industrialización y los

⁵⁹ Este tema es explorado con profundidad por KERNÉIS, J.-P. (1984). *Histoire de la médecine navale à travers les "chirurgiens navigans"*. Nantes: Université de Nantes.

⁶⁰ Véase: FOLGUERA, M. DEL C. (1988). *La reforma sanitaria en la España ilustrada*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, p.119; ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos, cirujanos y gente de mar...*; FRIAS NÚÑEZ, M., & HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2012). "La sanidad y los espacios marítimos. Entre la Ilustración y la España liberal". In GARCÍA HURTADO, M. R. (Ed.), *La Armada en el siglo XVIII. Ciencia, hombres y barcos* (pp. 49–65). Madrid: Sílex.

problemas asociados a este fenómeno⁶¹, la tardía industrialización en España no permitía hablar de este elemento como principal precursor de las ideas sobre higiene⁶². El caso de Cádiz es paradigmático, pues su disposición geográfica, los límites de su espacio y de la riqueza de su suelo negaron la producción propia industrial en la zona⁶³. Sin embargo, paradójicamente, fue en este espacio donde se desarrolló un fuerte discurso sobre la policía médica y la higiene, amparado en gran parte en las necesidades que exigía la vida naval.

La excepcionalidad del espacio del barco y las condiciones de la vida en el mar, sobre todo bajo el imperativo de los recursos limitados que ofrecía el barco para los procesos terapéuticos, situaron el concepto de la prevención y la policía médica en un lugar predominante en el discurso de los catedráticos del Colegio. El *Tratado de las enfermedades de la gente de mar* (1805), escrito por el cirujano de la Armada del Colegio gaditano Pedro María González, es uno de los textos que mejor refleja las exigencias de la vida en el mar y el papel de prevención:

“Es constante que el hombre rodeado en todas partes de agentes destructores, exige siempre los mayores cuidados para su conservación; pero hay todavía circunstancias en que deben multiplicarse las atenciones, y los desvelos para prolongar su existencia sin dolor ni menoscabo. Una de estas, y acaso la más notable de todas, es la vida de mar, en que el navegante, sujeto a continuas privaciones, lucha sin embargo contra una multitud de causas morbíficas, en que parece que todos los elementos conspiran a destruirlo, y cuya influencia nociva apenas puede evitarse a expensas de multiplicados desvelos”⁶⁴.

Por otra parte, la navegación y el contacto de los barcos y su tripulación con los llamados “países o climas enfermizos”, como el propio González denominaría a algunas áreas de la llamada “zona tórrida”⁶⁵, situaba el miedo por la profilaxis de

⁶¹ ROSEN, G. (1993). *A history of public health*. Maryland: Hopkins University Press, pp.166-167. Rosen hablará de la sociedad del “hierro y carbón”. Véase también: LA BERGE, A. (1992). *Mission and method: the early nineteenth-century French public health movement*. Cambridge/New York: Cambridge University Press, p. 33.

⁶² Véase: NADAL, J. (1975). *El fracaso de la revolución industrial en España, 1814-1913*. Esplugues de Llobregat: Editorial Ariel; BAHAMONDE MAGRO MARTÍNEZ, JESÚS A., A. (1994). *Historia...*, pp. 357-442. Ambos textos hablan de la “rezagada modernización española”.

⁶³ SOLÍS, R. (2012). *El Cádiz de las Cortes...*, pp. 135-139; BUSTOS, M. (1991). *Historia de Cádiz. Vol. II. , Los siglos decisivos*. Madrid: Silex.

⁶⁴ GONZÁLEZ, P. (1805). *Tratado de las enfermedades de la gente de mar, en que se exponen sus causas y los medios de precaverlas*. Madrid: Impr. Real, p. 368.

⁶⁵ Idem., pp. 6, 40 y 116.

enfermedades dentro de las preocupaciones claves ante el peligro del “contagio epidémico” que se convertiría durante los primeros años del siglo XIX en una preocupación central.

La higiene o prevención de las enfermedades ocupó, por tanto, un lugar clave en la formación de los cirujanos gaditanos que ya desde el año 1757 contaban con una cátedra fija de Higiene y Fisiología en el Colegio de Cirugía⁶⁶. Esto sin duda tendría una proyección en Cádiz que, pese a no tener una industria, jugaba contra los límites del espacio que en una ciudad en plena expansión comercial empezaban a plantear problemas para la higiene. La elaboración de un *Reglamento de Policía para la limpieza, aseo o desahogo de las calles, plazas y sitios públicos de la ciudad de Cádiz*, publicada en una imprenta gaditana en 1781⁶⁷, refleja esa temprana preocupación por la higiene y su proyección en la ciudad.

Bajo la sombra del Colegio de Cirugía de Cádiz, la ciudad creció, desde mediados del siglo XVIII, con una fuerte cultura médica fomentada por la concentración de *profesionales* de la salud. Y enfatizo la palabra “profesionales” porque es en este tránsito al siglo XIX que el oficio de cirujano, al amparo de esta institución, ganó prestigio social y reconocimiento político, consiguiendo conquistas claves en el proceso de profesionalización de su práctica⁶⁸. Como parte de este reconocimiento político entendemos que su discurso y sus ideas tenían una repercusión pública y

⁶⁶ OROZCO ACUAVIVA, A. (1988). “El modelo de Enseñanza en el Real Colegio...”

⁶⁷ AGUILAR PIÑAL, F. (2002). *Bibliografía de autores españoles del siglo XVIII*. Madrid: CSIC, p. 353. (ref.2682).

⁶⁸ Somos conscientes de la complejidad de interpretaciones y perspectivas de estudio implicadas en la investigación sobre los procesos de profesionalización, sobre todo en lo concerniente al ámbito médico. Aunque desarrollaremos en mayor profundidad el tema de la profesionalización de médicos y cirujanos en el capítulo quinto de esta investigación, es necesario señalar que la línea interpretativa y de trabajo seguida en esta investigación intenta evitar los modelos y aproximaciones ahistóricas, optando por una visión de la profesionalización entendida como un proceso, no necesariamente lineal como ha sido estudiado desde el funcional-estructuralismo. Para una aproximación conceptual y teórica al estudio de las profesiones es necesaria la referencia al trabajo de Ricardo González Leandri. Vease: GONZÁLEZ-LEANDRI, R. (1999). *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Catriel; En el ámbito de las profesión médica asociada al la Armada y Ejército en el contexto ilustrado español, resulta clave hacer referencia a los siguiente trabajos: ASTRAIN GALLART, M. (1995). “Profesionales de la Marina, profesionales del Estado. La aportación del Cuerpo de Cirujanos de la Armada al proceso de profesionalización de la cirugía del setecientos (1703.1791)”. In E. Giménez López (Ed.) *Ejército, Ciencia y Sociedad en la España del Antiguo Régimen* (pp. 513–532). Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil- Albert.; LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales de la sanidad tras su identidad en la Ilustración española”. In J. M. Sánchez Ron (Ed.), *Ciencia y Sociedad en España* (pp. 71–93). Madrid: El Arquero, p. 75.

política, como lo demuestra la práctica que se empezó a extender de recomendar la publicación de las obras producidas por los profesores del colegio para su divulgación en el mundo académico⁶⁹.

A principios del siglo XIX el Cirujano mayor y catedrático del Real Colegio de Cirugía de la Armada, Juan Manuel de Arejula⁷⁰, confirmaba la concentración de médicos y cirujanos en la ciudad de Cádiz:

“En esta plaza hay un número crecidísimo de facultativos y más de curanderos: Existe un Colegio de Escuela de Medicina y Cirugía con un Hospital, en que se emplean a lo menos diez y nueve profesores; Se encuentra un convento de San Juan de Dios que tiene muchos Facultativos; los del pueblo pasarán de treinta y seis a cuarenta....”⁷¹.

Un número que según los datos que ofrece Ramón Santana, se completaba con el de 33 sangradores, 12 matronas y 68 boticarios a la altura de 1796⁷². La concentración y el reconocimiento que adquirirían el cuerpo de facultativos sanitarios en Cádiz, por tanto, sería esencial a la hora de valorar su peso que, como profesionales liberales, tendrían dentro del ambiente social y político de principios de siglo.

Por tanto, la imagen de Cádiz como símbolo del liberalismo, como ciudad abierta no solo al comercio sino también al cambio, se fue configurando, ya desde el siglo XVIII, de manera prismática por diferentes facetas que dotaron de un carácter particular a la ciudad a la hora de acoger el debate de las Cortes en 1810. Unos elementos que reflejaban, desde el ámbito económico, social, político –e incluso sanitario–, esa situación privilegiada de la ciudad que tan bien supo reflejar Ramón Solís en el, ya clásico, *Cádiz de las Cortes*⁷³.

⁶⁹ Recordemos que hemos hecho referencia a la publicación de libros científicos dedicados a la enseñanza científico-técnica; este va a ser el caso del *Tratado de las enfermedades de la gente de mar*. GONZÁLEZ, P. (1805).

⁷⁰ Aunque tradicionalmente el nombre de Arejula ha sido sistemáticamente acentuado en toda la bibliografía secundaria, la extensa documentación de archivo consultada parece apuntar que el apellido no tiene acento, por lo que asumiremos, a partir de ahora, esta grafía.

⁷¹ AREJULA, J. (1806). *Breve descripción de la fiebre amarilla padecida en Cádiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Málaga en 1803, y en esta misma plaza y varias otras del Reyno en 1804*. Madrid: Imprenta Real, p. 318.

⁷² RAMOS SANTANA, A., (1992). *Historia de Cádiz...* vol. III, , pp. 122-123. Los datos que ofrece difieren en gran parte a los que ofrece Arejula en cuanto al número de médico-cirujanos (14 médicos, 12 físicos, 5 cirujanos románticista) por lo que hemos preferido referenciar los datos ofrecidos por el médico gaditano.

⁷³ SOLÍS, R. (2012). *El Cádiz de las Cortes...*, pp. 25-71.

Sin embargo, siguiendo el trabajo de Solís, la *situación* de Cádiz, caracterizada por el privilegio de su posición estratégica, debía diferenciarse bien de su *sitio*, es decir, de las peculiaridades del lugar en términos absolutos, determinado por su geografía. Esta diferenciación, aunque aparentemente básica, sería también crucial a la hora de entender la coyuntura de la ciudad a la altura del debate de las Cortes de 1810, pues las limitaciones y peculiaridades del espacio insular de Cádiz, condicionaron también su manera de enfrentarse a la guerra y de generar un discurso político.

Con una geografía carente de tierras laborables, falta de materias primas, aislada y sin una cadena montañosa que le resguardara de los vientos marítimos, el *sitio* de Cádiz contrastaba con su imagen privilegiada como ciudad volcada al mar. Ciertamente es que las características de su *sitio*, habían dotado a la ciudad de una posición estratégico-defensiva muy favorable en el contexto bélico por su aislamiento, la facilidad de su fortificación y la falta de contacto terrestre directo con sus vecinos. Teniendo en cuenta el interés estratégico de la zona y, por tanto, el largo historial de enfrentamientos que se dan en este periodo por su control, sobre todo con los británicos, el mar se convertía en el único campo de batalla, guarneciendo la zona por vía terrestre; por esta razón el Duque de Alburquerque llegó a considerar la ciudad fundamental para la resistencia española durante la guerra⁷⁴. Sin embargo, el *sitio* gaditano, por su geografía y clima, resultó ser según algunos médicos de la época, un espacio castigado constantemente por focos epidémicos. El médico gaditano Alfonso de María nos ofrecía, a principios del siglo XIX, una descripción de la topografía gaditana en la que predomina la llanura que favorece el estancamiento de las aguas fruto de las crecidas del mar y de los ríos Guadalquivir y Guadiana; un territorio castigado por el Levante en el que la acumulación de gentes en un recinto pequeño⁷⁵, favorece la aparición de enfermedades. La construcción y desarrollo de la ciudad de Cádiz apareció, por tanto, vinculada

⁷⁴ RAMOS SANTANA, A. (1992). *Historia de Cádiz...*, Vol. III., p. 15.

⁷⁵ Manuel Bustos Rodríguez dedica un capítulo a los problemas de espacio y hacinamiento de la ciudad de Cádiz y su efecto social y económico de gran alcance y sostenido en el tiempo. BUSTOS RODRÍGUEZ, M. (2005). *Cádiz en el sistema atlántico: la ciudad, sus comerciantes y la actividad mercantil (1650-1830)*. Cádiz: Universidad de Cádiz Servicio de Publicaciones; Sílex, pp. 39-45; Los datos de densidad que ofrece María Pilar Ruiz son de 423 habitantes por hectárea en 1645, 448 en 1709, y de 701 en 1773 comparado con los datos que ofrece Sevilla en 1753 que son de 320 habitantes por hectárea. Véase: RUIZ NIETO-GUERRERO, M. P. (1999). *Historia urbana de Cádiz: génesis y formación de una ciudad moderna*. Sevilla: Caja de San Fernando, pp. 78-124.

durante mucho tiempo, a la constante aparición de epidemias y a la capacidad de la ciudad de reaccionar frente a ellas⁷⁶.

Sin embargo, no todos compartían la opinión de Alfonso de María en cuanto al origen de la epidemia. Existía una idea compartida de la predisposición de Cádiz para la epidemia, pero mientras que algunos, como de María, lo adscribía a las características de su topografía, para otros, como se aprecia en la descripción de Villalba, cirujano contemporáneo suyo, parecía que era su *situación* privilegiada de comercio e intercambio, y no su *sitio*, la causa de los males. Cádiz aparecía descrito como un pueblo limpio y ventilado, “con una atmósfera húmeda y templada, capaz de moderar los violentos ardores de la canícula, como los fríos intensos del aterido invierno”⁷⁷. Sin embargo, era el estatus de Cádiz como ciudad con mayor flujo de comercio la que había abierto las puertas a las epidemias, que aparecían descritas como exógenas al territorio. La pestilencia y el comercio, afirmaba en su último libro el historiador británico Mark Harrison, desde que la peste negra se extendió al oeste desde Asia a través de los mercaderes, ha estado íntimamente ligado en muchas culturas⁷⁸.

Ya fuera a causa de su *situación* como de su *sitio*, –ambas posiciones reflejo de los diferentes modos de entender el origen de la enfermedad–, lo cierto es que desde principio del siglo XIX, la experiencia de la ciudad con respecto a la epidemia genera un volumen de literatura muy amplio que vinculan la historia y desarrollo de la ciudad con esta enfermedad⁷⁹. Se conservaban registradas, según los cronistas y médicos del

⁷⁶ MARÍA, A. (1820). *Memoria sobre la epidemia de Andalucía el año de 1800 al 819*. Cádiz: en la imprenta de D. Antonio Murguía, p. 10.

⁷⁷ VILLALBA, J. DE. (1802). *Epidemiología española; o, Historia cronologica de la pestes, contagios, epidemias y epizootias: que han acaecido en España desde la venida de los cartagineses, hasta el año 1801, con noticia de algunas otras enfermedades de esta especie que han sufrido*. Madrid: Mateo Repulles, p. 188.

⁷⁸ HARRISON, M. (2012). *Contagion: how commerce has spread disease*. New Haven: Yale University Press., p. XII

⁷⁹ MENDOZA, J. (1804). *Historia del caracter, sintomas y metodo curativo y preservativo de la enfermedad contagiosa que se experimenta en la actualidad en esta ciudad de Cordoba*. Córdoba: Imprenta Real de don Rafael García Rodríguez y Cuenca; CIBAT, A. (1804). *Memoria sobre la calentura amarilla contagiosa: escrita en MDCCC, tiempo en que invadió a Cádiz y Sevilla*. Barcelona: Imprenta de Brusí y Ferrer; CIBAT, A. (1805). *Memoria sobre la naturaleza del contagio de la fiebre amarilla, medios para precavernos de él y evitar que se haga endémico en nuestra España*. Barcelona: Imprenta de Brusí y Ferrer; GONZÁLEZ, P. M. (1801). *Disertacion medica sobre la calentura maligna contagiosa que reynó en Cadiz el año de 1800, medios mas adecuados para preservarse de ella y de otras enfermedades contagiosas y pestilenciales*. Cádiz: don Manuel Ximenez Carreño; (1801). *Reflexiones sobre la epidemia padecida en Cádiz y pueblos circunvecinos á fines del año de 1800: dirigidas á los profesores de Medicina por un amante del bien público*. Cádiz: En la Imprenta de don Pedro Gomez de Requena; AREJULA, J. M. DE. (1803). *Sucinta exposicion de la enfermedad contagiosa que reyna epidemicamente en esta plaza, sintomas con que se ha presentado y metodo curativo que hemos*

siglo XIX, epidemias que habían asolado la ciudad en 1599, 1649, 1680, 1730, repitiéndose ya en el siglo XIX e inaugurando la centuria en 1800, 1804, 18010 y 1813⁸⁰.

El mismo espacio marítimo que era fuente de riqueza para la ciudad, por donde circulaban hombres, ideas y bienes, era visto también como una amenaza, como un medio por el que se transportaba la enfermedad⁸¹. Cádiz se convirtió en el imaginario colectivo, sobre todo en el tránsito al siglo XIX, no solo en puerto de entrada para mercancías sino también de epidemias. La imagen simbólica de la ciudad como emporio envidiable del comercio desde la mas remota antigüedad, como ciudad burguesa y liberal, aparecía descrita a principios del siglo XIX por sus contemporáneos como “un pueblo solitario, pueblo de lágrimas y desolación”⁸², como “teatro de innumerables desgracias a consecuencia de los diversos gérmenes de destrucción”⁸³.

Esa contraposición de imágenes, consideramos que es la que mejor refleja la coyuntura de la ciudad de Cádiz en los años previos a la reunión de las Cortes, y la que predisponía al espacio gaditano para enfrentar el discurso sanitario de una manera particular. Por una parte el ambiente abierto y burgués, con una incipiente cultura médica, favorecía la recepción de un discurso reformista liberal y ofrecía un terreno favorable para la construcción de un discurso sanitario. Por otro lado, ese “teatro de desolación” que era el reflejo de una ciudad repetidamente atacada por epidemias, reflejaba la experiencia del gobierno local en enfrentar la epidemia y elaborar, con mayor o menor éxito, una serie de medidas que ofrecían una clara base organizativa de partida. Este elemento va a ser crucial, si tenemos en cuenta que el debate constitucional va a aparecer atravesado por la aparición de focos epidémicos desde la misma inauguración de las Cortes que exigirán la reacción de los parlamentarios.

empleado. Málaga: D. Luis de Carreras y Ramon; AREJULA, J. M. DE. (1806). *Breve descripcion de la fiebre amarilla padecida en Cadiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Malaga en 1803, y en esta misma plaza y varias otras del reyno en 1804*. Madrid: en la Imprenta Real.

⁸⁰ Para estos datos seguimos, en conjunto, las siguientes obras: MARÍA, A. (1820). *Memoria...*, p.10; FLORES MORENO F. (1813). *Ensayo médico-práctico sobre el tifus-icterodes, fiebre amarilla comunmente dicha, padecido en esta ciudad por los años de 1800, 804, 810 y 813...*Cádiz: Imprenta Patriótica a cargo de D.R. Verges, p. 3; Villanueva hace una descripción sucinta de la cronología de la epidemia en España, habiendo seleccionado las fechas que afecta directamente a Cádiz. Véase: VILLANUEVA, J. L. (1860). *Mi viaje á las Córtes*. Madrid: Imprenta Nacional.

⁸¹Véase: HUETZ DE LEMPS, X. (1997). “Population indigènes et maladies nouvelles au moment de la découverte”. In C. Buchet (Ed.), *L’Homme, la santé et la mer* (pp. 231–251). Paris: H. Champion.

⁸² VILLALBA, J. DE. (1802). *Epidemiologia española...*, p. 181.

⁸³ FLORES MORENO F. (1813). *Ensayo médico-práctico...*, pp. 2-3.

1.2. Las Cortes de Cádiz y su doble asedio: ejército y enfermedad.

El debate parlamentario quedaba inaugurado en la Isla de León el día 24 de septiembre de 1810 en un ambiente de celebración que, de forma magistral, supo reproducir Pérez Galdós en el octavo de sus Episodios Nacionales⁸⁴. Sin embargo, no eran pocos los elementos que ensombrecían esta atmósfera festiva. Cádiz permanecía sitiada por las tropas francesas desde el mes de febrero mientras las calles de sus núcleos urbanos, como Cádiz o San Fernando, veían acrecentado su número de habitantes. Junto a esta situación de hacinamiento y de asedio, en septiembre saltaba la alarma de la posible existencia de un foco de fiebre amarilla que desde el mes de abril venía avisando Bartolomé Mellado a las autoridades de la Junta de Sanidad de la ciudad⁸⁵.

Como venimos señalando, esta no era la primera vez que la ciudad se enfrentaba a una epidemia. En el imaginario colectivo estaban aún muy presentes las desastrosas consecuencias de los focos de 1800, 1801, 1803 y 1804 que se habían dejado sentir con intensidad también en otras ciudades andaluzas como Málaga, Sevilla y otras ciudades del Levante español. El sucesivo impacto de las epidemias dejó una honda huella en la población del sur español, que a la par que iba viendo diezmada su población, sobre todo a causa del primer foco de 1800, nutría una cultura del miedo hacia la epidemia⁸⁶.

Tabla de evolución de fallecidos por causas epidémicas desde 1800 hasta 1819

Años	Nº de fallecidos
1800	7.500–10.000
1804	2.892–3.200
1808	2.472
1809	2.606
1810	4.305
1813	1.285
1819	4.537

Tabla 1: Elaboración de Francisco Javier Ramírez Muñoz. Datos obtenidos de Juan José Iglesias Rodríguez y Manuel Rodríguez Bustos. Véase: IGLESIAS RODRÍGUEZ, J. (1987), *La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz; BUSTOS, M. (1991), *Historia de Cádiz*, vol. II. Madrid: Sílex.

⁸⁴ PÉREZ GALDÓS, B. (1981). *Cádiz*. Madrid: Alianza Hernando.

⁸⁵ MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia padecida en Cádiz el año de 1810, y providencias tomadas para su extinción por las Juntas de Sanidad suprema del Reyno y su superior de esta ciudad: ideas generales de la fiebre amarilla que tienden á fixar su verdadero carácter*. Cádiz: en la imprenta de Josef Niel, pp. 15-32.

⁸⁶ El miedo se va a convertir en un elemento de creciente interés en la bibliografía médica que empieza a surgir en el sur español de esos años. Así lo podemos encontrar en los escritos redactados por los médicos Francisco Flores Moreno, Miguel José Cabanellas, o Ventura Salinas en los que el miedo y otras pasiones se convertirán en elementos intrínsecos al estudio de la enfermedad. Véase: CABANELLAS, M. (1812). *Reglas para evitar en el presente año la reproduccion é importacion de la fiebre amarilla que destrozó á este pais en el pasado, ó su propagacion en el caso que aconteciese, sin que el*. Murcia: Teruel, p.15; SALINAS Y GUTIERREZ, V. (1816). *Prophylaxis: trabajos hechos en la plaza de Gibraltar*

Como escribió José María de Salamanca: “El otoño de 1800 conservará en nuestros anales, una muy ominosa celebridad, por los desastres que esta mortífera enfermedad produjo (...), cuya mortandad por los partes, aunque inexactos, que se publicaron entonces, ascendió al numero prodigioso de ochenta mil personas de ambos sexos”⁸⁷. Los datos que nos ofrecen los autores contemporáneos a la epidemia pecan de inexactos, ofreciéndonos cifras absolutas que muestran diferencias remarcables entre unos autores y otros⁸⁸. Sin embargo, el estudio que hizo José Luis Comellas sobre la transformación demográfica de la ciudad de Sevilla en esos años refleja a la perfección el hondo impacto de la primera epidémica que tiene lugar en los albores del siglo XIX. Manejando las cifras que ofreció Hermosilla Molina sobre la ciudad de Sevilla⁸⁹, la epidemia de 1800 mató a 14685 personas de una población calculada en 80568, pero el contagio aquejó a 76880, es decir, prácticamente a toda la población. El 18,2 % de la población fue eliminada en los cien primeros días que duró la epidemia (del 23 de agosto al 30 de noviembre); la tasa de mortalidad subió, por tanto, al 182 por 100 sólo en tres meses⁹⁰.

En el último tercio del siglo XVIII, y según el censo realizado por Floridablanca en 1786, la ciudad de Cádiz contaba con 71499 habitantes y alrededor de unos 3000 individuos que formaban parte del cuerpo de militares del ejército y la Armada. Junto a estos últimos debemos reseñar a 2136 extranjeros, que constituían una población flotante. De modo que, a la luz de estas cifras, Cádiz era la cuarta ciudad de España, tras Madrid, Barcelona y Sevilla, en lo que a demografía respecta.

En este momento, la ciudad estaba dividida en 19 barrios, de los que el último en la lista era el extramuros. Tras el lamentable episodio de fiebre amarilla que asoló a la

para precaverse de la fiebre amarilla. Sevilla: Imprenta de Aragon, pp. 3-4; MORENO, F. F. (1813). *Ensayo médico-práctico...*, pp. 68-69.

⁸⁷ SALAMANCA, J. (1822). *Observaciones médicas, sobre el contagio de la fiebre amarilla: y su introduccion en esta ciudad en varias épocas, desde el año de 1800 hasta el pasado de 21.* Granada: Impreso por don Francisco de Benavides, p. 3.

⁸⁸ Alberto Ramos Santana, siguiendo al médico Juan Manuel de Aréjula, ofrece unos datos de mortalidad en la epidemia de 1800 de 7.387 víctimas. (más de 40000 infestados) frente a 2892 en 1804 en la provincia de Cádiz. Según los datos recogidos en 1820 por Alfonso de María, en el conjunto de la península, serían 61362 víctimas en 1800 frente a 34871 en 1803. Véase: RAMOS SANTANA, A. (1992). *Historia de Cádiz...*, Vol. III. ; MARÍA, A. (1820). *Memoria sobre la epidemia de Andalucía el año de 1800 al 819.* Cádiz: en la imprenta de D. Antonio Murguía.

⁸⁹ HERMOSILLA MOLINA, A. (1978). *Epidemia de fiebre amarilla en Sevilla en el año 1800.* Sevilla: Talleres gráficos Oiga.

⁹⁰ SUÁREZ FERNÁNDEZ, L. (1992). *Historia general de España y América: del antiguo al nuevo régimen: hasta la muerte de Fernando VII.* Tomo XII. Madrid: Rialp, p. 8.

ciudad al inicio de siglo, el descenso demográfico fue más que representativo. En el padrón municipal realizado en el año 1801 por Godoy, Cádiz cuenta con 54899 habitantes, junto con los 3000 militares de la Armadas. Las cifras barajadas por Juan Manuel de Arejula y Alfonso de María oscilan entre las 7000 y 11000 víctimas de la epidemia. Como comentamos en líneas anteriores, la parca se cebó con la ciudad en las primeras décadas del siglo XIX y las epidemias, establecidas en la Bahía de forma intermitente, siguieron mortificando a la ciudad. Se contabilizaron otros 12000 fallecidos más por los nuevos brotes epidémicos entre 1804 y 1810. En un nuevo censo efectuado en 1819, justo antes de comenzar el Trienio Liberal, había mantenido a duras penas un crecimiento demográfico nulo.

Los testimonios sobre el efecto de la epidemia se empezaron a multiplicar al tiempo que se acrecentaba el debate y la discusión médica sobre el origen y características de la epidemia que había reaparecido consecutivamente esos primeros años de la centuria. Dar sentido a la epidemia parecía el paso previo lógico para poder anticipar la actuación en caso de que se repitiera, como estaba ocurriendo. De ahí que existiera un interés renovado por establecer una historiografía de la epidemia que trazara la línea histórica hacia el origen y las repetidas formas en las que España había sido atacada por diversas formas de peste⁹¹.

Los años previos a la reunión de las Cortes en Cádiz, estaban marcando un patrón que se repetiría en las décadas siguiente: la preocupación de la etiología de la enfermedad⁹². Una preocupación que, si bien no encontraba un discurso común y

⁹¹ Joaquín Villalba publicó la primera edición de su *Epidemiología española* en 1801, publicando una segunda edición -la que hemos manejado en este trabajo- en 1803. Además los trabajos de Antonio Hernández Morejón y Anastasio Chichilla en torno a la historia bibliográfica de la medicina española constituirían también un elemento de referencia. VILLALBA, J. DE. (1803). *Epidemiología...*; CHINCHILLA, A., & HERNÁNDEZ MOREJÓN, A. (1967). *Anales históricos de la medicina en general y biográfico-bibliográficos de la española en particular*. New York: Johnson Reprint Corp.

⁹² El estudio de la organización de la salud pública y de la medicina social desde los pioneros estudios de George Rosen, Owsen Temkin, Erwin Ackerknecht o Charles Rosenberg en este campo, se ha basado en la relación causal que hay en la configuración de las respuestas sociales y políticas ante la enfermedad y los discursos científicos imperantes en un contexto determinado. Los debates sobre el origen de la enfermedad en la llamada época “pre-bacteriana” se formularían, principalmente, en torno a dos teorías explicativas: una que relacionaba el origen de la enfermedad con el contagio y otra postura de tradición hipocrática que establecía el origen de la enfermedad en las miasmas y la constitución epidémica de la atmósfera. Véase: ROSEN, G. (1993). *A history...*; TEMKIN, O. (1977). *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.; ROSENBERG, C. (1992). *Explaining epidemics...*; ROSENBERG, C. (1987). *The cholera years...*. Esta visión binaria sobre las explicaciones de la etiología de la enfermedad (localismo vs. contagionismo) estableció un marco interpretativo al que se le asociaban, según una u otra posición, unas medidas profilácticas particulares, estrechando el vínculo entre la respuesta científica y política en el contexto particular de los albores del siglo XIX: la defensa de medidas cuarentenarias en el caso de los defensores de una posición contagionista y unas medidas más acordes con las tendencias higienistas del siglo

compartido entre los médicos, formulaba un interés compartido por proponer unos medios para atajarla. Interés que no solo era compartido por la clase médica, sino también por la política. Los discursos en torno a la epidemia que recogen el multiforme debate sobre la fiebre en estos primeros años reflejan la incipiente preocupación de las autoridades políticas por el establecimiento de medidas de *policía médica*. Un concepto que, si bien había sido introducido en Alemania en el siglo XVII gracias a la obra de Peter Frank, parecía encontrar sus primeras referencias y aplicaciones en el contexto español del cambio de siglo⁹³.

La visión mercantilista sobre el valor del individuo y las ventajas de la población en la organización del Estado, al igual que había fomentado en los Estados europeos el surgimiento de las primeras preocupaciones por la salud⁹⁴, parecía haber tenido cierto calado dentro de la estructura del Estado Borbónico. Los efectos de la epidemia requerían la acción de las autoridades públicas, sobre todo cuando afectaban a una zona como era el área gaditana, que constituía la puerta de entrada al comercio y a las relaciones con las tierras de ultramar. La experiencia de la epidemia de 1800 había puesto ya en evidencia, según el testimonio de Villalba, el daño que suponía para el Estado no fortalecer su actuación contra las enfermedades de este tipo, pues la mitad de

XVIII, en el caso anticontagionista. Sin embargo, este binomio interpretativo que ha servido de base para estudios fundamentales- y aún vigentes- en el campo de la epidemiología y de la sanidad pública del siglo principios del XIX como es el clásico trabajo de Ackeknecht, debe ser manejado con cuidado y cuestionar los límites de su visión maniquea. Para ahondar en las críticas y límites dirigidos al trabajo de Ackeknecht, existen trabajos actuales de interesante consulta, véase: COOTER, R. (1982). *Anticontagionism and history's medical record. The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, 87.; HAMLIN, C. (1998). *Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain, 1800-1854*. Cambridge: Cambridge University Press.; PELLING, M. (2001). "The meaning of contagion: reproduction, medicine and metaphor". En A. Bashford & C. Hooker (Eds.), *Contagion: historical and cultural studies*. London; New York: Routledge; COLEMAN, W. (1987). *Yellow fever in the North: the methods of early epidemiology* (p. 202). University of Wisconsin Press.

⁹³ En el caso español, no sería hasta 1801, con la publicación de Valentín de Foronda *Cartas sobre la policía*, cuando encontremos un texto español que teorice, con aportaciones relativamente originales, sobre la policía médica. Sin embargo la existencia de traducciones de los textos germánicos de Joseph Peter Frank y J. von Justi en el último tercio del siglo XVIII permite deducir que no eran conceptos ajenos al ambiente reformista borbónico de las últimas décadas de la centuria. CARDONA, Á. (2005). *La salud pública en España durante el trienio liberal, 1820-1923*. Madrid: CSIC, p. 277. En el trabajo de Gerad Jori podemos encontrar más referencias sobre el origen de la policía médica en España a través de los trabajos de Vicente Mitjavilla y Fisiones y de Valentín de Foronda: JORI, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana en España...*, pp. 411-416 y 496-505.

⁹⁴ Dorothy Porter y Patric Carrol han reflexionado con mayor profundidad sobre el mercantilismo o cameralismo en la construcción de una policía médica, prestando especial atención al caso germano-prusiano: PORTER, D. (1999). *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. Psychology Press; CARROLL, P. (2006). *Science, culture, and modern state formation*. Univ of California Press, pp. 113-146. Según estas fuentes, aunque la práctica de la policía médica varió en Europa, podemos decir, que sus principios fueron asumidos —con diferentes ritmos— a lo largo del siglo XVIII ofreciendo, a finales del siglo un panorama dominado por la preocupación compartida por el papel del Estado en el control y el cuidado de la salud.

las víctimas que se había llevado la epidemia fueron de la tropa de guarnición, marinería, escuadra y arsenal⁹⁵, engranajes clave del poder del Estado⁹⁶.

El resurgimiento de la enfermedad en el año 1810 hizo renacer los temores de la población y de las autoridades políticas pero las circunstancias en las que se encontraba el país convertían esta ola epidémica en una amenaza mucho más grande.

Por un lado, la situación de conflicto a raíz de la ocupación francesa, con la clara desventaja del ejército español en esos primeros años, hacía de la alarma epidémica un mal de funestas consecuencias para las tropas, ya de por sí debilitadas por la fatiga y el hambre. Las primeras noticias de un foco de esta enfermedad sorprendieron al llamado “ejército del centro” en marzo de 1809 que se había visto obligado a formar un hospital militar a las afueras de Valencia⁹⁷. Este expediente demostraba que el peligro de la enfermedad no solo recaía en los soldados sino que el movimiento de las tropas por la Península constituía una amenaza para los pueblos que acantonaban los ejércitos.

Por otro lado, la concentración del poder político en el sur y la necesidad de gestionar un discurso de resistencia ante la presión del ejército francés, introdujeron el problema sanitario en la raíz del debate de las Cortes.

Debemos considerar el hecho de que la lucha y la resistencia se habían convertido desde febrero del 1810 en el *leitmotiv*⁹⁸, y si bien se clamaba contra la huida ante el enemigo, la amenaza que suponía la huida por el miedo a una epidemia podía ser igual de desastrosa. Además, la ciudad de Cádiz albergaba en el momento de la inauguración de los debates parlamentarios un total de 104 diputados, llegando a ser en total de 719 a lo largo de todo este primer periodo legislativo⁹⁹. La alarma epidémica en la ciudad

⁹⁵ VILLALBA, J. DE. (1803). *Epidemiología española...*, p. 184.

⁹⁶ Las olas epidémicas de Málaga en 1803 y la gaditana de 1804 habían demostrado tener una mayor respuesta por parte de las autoridades, conscientes de que los esfuerzos que habían venido haciendo hasta el momento no parecían suficientes. El uso de cordones sanitarios y de medidas de aislamiento seguían siendo una medida básica -con una larga tradición- a nivel municipal. En 1804 empezamos a ver no solo el esfuerzo municipal sino un afán centralizado por establecer unas normas.

⁹⁷ Archivo Histórico Nacional (A.H.N.), Diversos, Colecciones, 73, nº53. "Expediente sobre establecimiento de un hospital fuera de la ciudad de Valencia para que se curen los soldados del ejército del centro y de Zaragoza y no contagie a la ciudad con la epidemia".

⁹⁸ Véase: HOCQUELLET, R. (2008). *Resistencia y revolución durante la Guerra de la Independencia del levantamiento patriótico a la soberanía nacional*. Zaragoza : Prensas Universitarias de Zaragoza.

⁹⁹ Incluidos tanto los suplentes, los que renuncian o no llegan a renunciar al cargo y los propietarios. Véase la información facilitada por la Sala de prensa del Archivo del Congreso de los Diputados: http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/SalaPrensa/NotPre?_piref73_7706063_7

gaditana, por tanto, no solo amenazaba los pilares básicos de la vida comercial y la sociedad urbana, como ya lo había hecho en los focos epidémicos anteriores, sino que amenazaba el foro político concentrado –y sitiado– en la ciudad y su proyecto reformista¹⁰⁰. La muerte del primer parlamentario a causa de la fiebre amarilla a poco más de un mes del inicio del debate parlamentario ponía en evidencia la presencia real de la epidemia entre los diputados y acuciaba la necesidad de establecer medidas sanitarias contra este mal que, junto al ejército francés, sitiaba la ciudad¹⁰¹.

Efectivamente, la experiencia excepcional del debate parlamentario en un Cádiz contagiado supuso un elemento clave para entender la creación de las primeras políticas sanitarias del siglo XIX. La necesidad de dar respuesta inmediata a una epidemia que amenazaba la vida de los diputados y al transcurso de las Cortes supuso un elemento clave para favorecer la creación de un espacio, dentro del nuevo proyecto político liberal, para debatir y articular la cuestión sanitaria¹⁰².

Esta confluencia es la que vamos a presentar en las siguientes páginas, de manera que nos permita cuestionar la forma en la que se fue formulando un discurso sanitario indisoluble del transcurrir de la epidemia y de la reacción política hacia ella.

3_1337373_1337373.next_page=/wc/detalleNotaSalaPrensa&idNotaSalaPrensa=6104&anyo=2012&mes=3&pagina=1&mostrarvolver=S&movil=null

¹⁰⁰ HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2014). “La sanidad pública y la influencia de la fiebre amarilla en torno al debate constitucional de 1812”. *Revista de historiografía (RevHisto)*, (20), 59–74.

¹⁰¹ El 6 de noviembre de 1810 murió el diputado Ramón Sanz Sánchez de Barutell. Véase: (1974). *Actas de las seisones secretas de las Cortes Generales Extraordinarias de la nación española (...)*. Tomo único. Madrid: Imprenta de J. Antonio García. Sesión del 6 de noviembre de 1810, p. 11.

¹⁰² Santiago Muñoz Machado hace referencia a este el clima de tensión y amenaza constante de la epidemia en el que se desarrolla la labor legislativa de las Cortes. Véase: MUÑOZ MACHADO, S. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial, pp.17-18.; En el Archivo del Congreso de los Diputados (A.C.D) se puede encontrar una lista de los diputados que obtienen permiso entre 1810 y 1811 por enfermedad. Véase: P-01-000120-0001-0067. “Lista de los diputados que entre 1810 y 1811 tienen permiso por enfermedad u otros motivos para ausentarse de las Cortes”.

CAPÍTULO 2

LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA SANIDAD PÚBLICA

2.1. Las Juntas de Sanidad y la excepcionalidad epidémica.

Al abordar la coyuntura político-sanitaria en el momento en el que estalla la Guerra de Independencia nos encontramos con una imagen de relativa inestabilidad en el ámbito institucional. Una escena que se hacía eco de las brechas que mostraba el proyecto de reforma y centralización administrativa de la Corona Borbónica a la altura de la derrota de la Armada española en Trafalgar¹⁰³.

La decisión de suprimir las Juntas de Sanidad, incluida la Suprema en el año 1805, ponía de manifiesto la situación crítica que atravesaba la organización de la salud pública. Con esta medida se ponía fin, temporalmente, a la base que había sustentado la administración de la sanidad, delegando los asuntos concernientes a este ámbito en las capitanías generales, que pasaban a encabezar las nuevas Juntas Provinciales de Sanidad y a depender del Ministerio de Guerra. Esta apuesta por la faceta más “administrativa” de la gestión sanitaria, reduciéndola a la gestión local, ponía en duda la capacidad de encauzar la gestión sanitaria hacia una organización centralizada y coherente¹⁰⁴.

Con la supresión de la Junta Suprema de Sanidad, no solo se estaba eliminando el único organismo consultivo creado *ad hoc* y centralizado para la gestión sanitaria desde 1720 en España, sino que quedaba suspendido, además, la elaboración de una reglamento de sanidad que bajo el nombre de “Ordenanza de sanidad marítima y terrestre” había sido comisionado por la Junta en 1804¹⁰⁵. Parecía que la organización vivía un momento de *impasse* achacado, oficialmente, a la tardanza que suponía en la toma de decisiones la consulta con órganos colegiados, como era el caso de la Junta

¹⁰³ SELLÉS, M. (1988). *Carlos III y la ciencia de la ilustración*. Madrid: Alianza Editorial.; LÓPEZ PIÑERO, J. (1964). *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones.; PUERTO SARMIENTO, F. (1988). *La ilusión quebrada: botánica, sanidad y política científica en la España ilustrada*. Madrid: CSIC.

¹⁰⁴ VARELA PERIS, F. (1998). “El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 18, 315 – 340.

¹⁰⁵ Este proyecto nunca vería la luz. Véase: DíEZ, M. S. C. (1999). *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Cuenca: Univ de Castilla La Mancha, pp. 224-225.

Suprema¹⁰⁶;

“Habiendo acreditado la experiencia que las providencias de las Juntas de Sanidad se refieren de la lentitud que es inevitable cuando asuntos se deciden por el parecer de muchos, pues siendo difícil que todos abunden en una misma opinión, consumen en disputas el tiempo que debe emplearse en la excepción de las medidas convenientes para atacar el contagio al momento que se descubre. por tanto ha determinado el Rey suprimirlas todas, sin excluir la Junta Suprema y encomendar los asuntos de sanidad a los capitanes generales de las provincias.”¹⁰⁷

La crítica recaía en la estructura estrictamente administrativa-judicial que había regido muchas instituciones durante gran parte del siglo XVIII como forma de lograr la centralización del poder en la Corona a través de la vía colegial de Consejo. Este modelo administrativo, que necesitaba contar con la ulterior “consulta” del monarca, basaba su funcionamiento en formulismos y deliberaciones que alargaban la toma de decisiones¹⁰⁸.

Este problema, que en el año 1805 se atajaba con la decisión de reducir la gestión a nivel local, se convertiría en una constante a la hora de plantear la conformación y la idoneidad de los miembros de las Juntas, convirtiéndose en un problema intrínseco a la estructura eminentemente político-burocrática de estos órganos que, tanto a nivel local como a nivel central, requerían la consulta constante para poder operar.

El inicio de la guerra de Independencia y la reorganización del gobierno provisional español en torno a la Junta Suprema Gubernativa del Reino, supone un viraje en esta corta andadura de la nueva organización sanitaria. Como parte de un esfuerzo con el que se erigía el nuevo gobierno de “consolidar la uniones entre las provincias y los pueblos, uniformar sus relaciones... y conseguir la reunión del poder que estaba disuelto y la representación nacional que no existía”, en fecha de 25 de agosto de 1809 por Real Cédula se restablece la Junta Suprema de Sanidad que pasaba ahora a

¹⁰⁶ Según Esteban Rodríguez Ocaña, bajo esta versión oficial que justificaba la supresión de las Cortes, existe documentación que deja traslucir ciertas motivaciones personales de Godoy que achacaba a la Junta la adopción de medidas sin la preceptiva autorización real (la suya): Véase: RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud: Organización sanitaria española en el siglo XVIII”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 7-8, 145-170.

¹⁰⁷ A.H.N., Consejos, leg. 11977. “Carta de Don Pedro Cevallos firmada en Aranjuez el 13 de marzo de 1805”.

¹⁰⁸ Esta forma procedimental es considerada por Fernando Varela Peris como el modelo de “Monarquía judicial” frente a la llamada “Monarquía administrativa”. VARELA PERIS, F. (1998). “El papel...”, p. 338.

depender de la primera Secretaría de Estado¹⁰⁹.

La reorganización de la Junta de Sanidad planteaba dos cuestiones importantes: en primer lugar, la sucesión de cambios estructurales a nivel organizativo reproducía la “política de péndulo” con la que María del Carmen Calleja y Mikel Astraín han caracterizado a la organización de las instituciones dedicadas a la gestión de la formación y ejercicio médico y sanitario en el cambio de siglo¹¹⁰. Esta interpretación pone en duda la existencia, a principios del siglo XIX, de estructuras perdurables que permitieran reformas y cambios reales en el campo científico y en sus instituciones.

Por otro lado, parecía poner en evidencia el fracaso de la gestión local como apuesta eficiente contra las epidemias. Tengamos en cuenta que, pese a la existencia de la Junta Suprema de Sanidad desde 1720, la gestión de las medidas ante una epidemia habían adquirido generalmente un carácter eminentemente local, basándose en la mayoría de casos en una política de “parches” que se aplicaban según lo demandara la circunstancia y adaptados a cada situación por las autoridades locales. En este sentido, la eliminación de la Junta Suprema de Sanidad en 1805 parecía responder a la realidad en la que operaba la aplicación práctica de las medidas sanitarias. Sin embargo, la experiencia de cuatro años sin un organismo que centralizara las medidas y lo creara de un marco de actuación coordinado –por relativa que fuera la aplicación de su preceptos– había sido tiempo suficiente para que el gobierno constatará la necesidad de este instrumento al servicio del gobierno. Debemos entender que la Junta de Sanidad no solo suponía un órgano que daba coherencia a las medidas sino que, además, las hacía bajo el criterio e intereses del gobierno de manera centralizada, algo que a nivel local era más difícil de controlar.

La Real Cédula en la que se ordena el restablecimiento de este organismo lo deja muy claro: la necesidad del restablecimiento de la Junta Suprema de Sanidad venía auspiciada por la “absoluta necesidad de establecer un arreglo de cuarentenas en los puertos de España para embarcaciones procedentes de los Estados Unidos de América,

¹⁰⁹ A.H.N., Estado, 11, A, leg. 140. “Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, por la qual se manda que todos los asuntos y providencias relativas al ramo de sanidad vuelvan a tener curso por la primera secretaria de Estado y Junta Suprema de Sanidad suprimida en el año de mil ochocientos cinco, en la forma que se expresa, 1809”; también se puede encontrar de manera impresa: (1809). *Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, por la qual se manda que todos los asuntos y providencias relativas al ramo de sanidad vuelvan a tener curso por la primera secretaria de Estado y Junta Suprema de Sanidad suprimida en el año de mil ochocientos cinco*. Sevilla: Imprenta Real.

¹¹⁰ FOLGUERA, M. DEL C. C. (1988). *La reforma sanitaria en la España ilustrada*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, p. 119; ASTRÁIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, p. 52.

en el que al mismo tiempo que se evite todo riesgo de contagio, se escude el causar inútilmente gastos y perjuicios al Comercio de las dos Naciones”¹¹¹. La gestión de la sanidad, por tanto, debía estar vinculada al interés del Gobierno, que, en este caso, veía necesario plegar las medidas sanitarias al interés comercial que se veía perjudicado por las medidas restrictivas impuestas en 1807 a los barcos provenientes de Estados Unidos¹¹². La existencia de un órgano centralizado, como era la Junta Suprema de Sanidad –a la que se le ordenaba la elaboración de un reglamento que favoreciera estos intereses y que quedaba encargada de hacer cumplir las medidas en todos los distritos y jurisdicciones–, resultaba un elemento clave en la política del Estado, que debía ser considerado al mismo nivel que su interés por el resguardo de la salud.

El periodo que nos ocupa, por tanto, pareció inaugurarse con una balbuciente organización sanitaria que, atravesando un periodo de cambios estructurales, dejaba notar su fragilidad. La apuesta por recuperar la estructura de las Juntas bajo la Suprema de Sanidad al comienzo de la guerra contra los franceses parecía devolver el carácter centralizado a la precaria administración sanitaria española. Sin embargo, la experiencia en la gestión de las epidemias de 1800, 1803 y 1804 habían puesto de manifiesto los límites en la organización de una respuesta coherente, tanto médica como política, pese a la existencia de un órgano central, como dejaban traslucir los testimonios de algunos de los facultativos¹¹³.

En el momento que se inauguran las Cortes de Cádiz, la estructura de la Junta Suprema de Sanidad mantenía prácticamente las mismas atribuciones que tenía desde su fundación por el Consejo de Castilla en 1720 como reacción a la peste de Marsella. Creada circunstancialmente para servir de órgano consultivo sobre las dependencias necesarias con respecto a la peste que amenazaba la península en 1720, esta institución

¹¹¹ (1809). *Real Cédula de S.M...*, p.1.

¹¹² Debemos tener en cuenta que la epidemia de fiebre amarilla que atacó Filadelfia en 1793 y en años sucesivos había sido vista como una de las posibles orígenes de la epidemia que afectó a España en los primeros años de la centuria, estableciéndose medidas restrictiva con el flujo comercial con estos países. Véase: AREJULA, J. M. DE. (1806). *Breve descripción...*, pp. 452-455.

¹¹³ DE AREJULA, J. M. (1806). *Sucinta exposicion de la enfermedad...*, pp. 357-360. En estas páginas Arejula señala a los médicos y a los magistrados como la causa de que, en muchas ocasiones, se propage la enfermedad y pone ejemplos ocurridos en pueblos del sur durante las epidemias de 1801 y 1804; por otro lado, un manuscrito anónimo bajo el título de “diálogo de los muertos en la epidemia de Málaga” (c.1803) representa una crítica feroz a la gestión de la epidemia en esa ciudad en el año 1803. Véase la transcripción del manuscrito realizada por Juan Luis Carrillo, Jesús Castellanos y M^a Dolores Ramos: CARRILLO, J., CASTELLANOS, J., & RAMOS, M. D. (1980). *Enfermedad y sociedad en la Malaga de comienzos del siglo XIX: el diálogo de los muertos en la epidemia de Málaga (c. 1803)*. Malaga: Universidad de Málaga.

tuvo desde sus comienzos un carácter de provisionalidad. El propio nombre con el que también se conocía este *Tribunal Privativo de la Peste*¹¹⁴, subrayaba esta situación circunstancial asociada a la aparición de una epidemia. Su dependencia coyuntural la convertía en una institución frágil e inestable pese a sus intentos de justificar su existencia con la publicación de disposiciones ante posibles focos de esta enfermedad, ya no solo externos sino en el interior de la península¹¹⁵. Será en 1743 cuando la Junta Suprema abandone su carácter coyuntural convirtiéndose en una institución de carácter perpetuo¹¹⁶, manteniendo como sus bases fundacionales los siguientes principios rectores: el acopio de información sobre el estado de contagiosidad de los territorios con los que España mantenía contactos comerciales o militares, coordinar los sistemas de protección o profilácticos basados principalmente en el aislamiento (cordones sanitarios, lazaretos y otros), la vigilancia y la policía sanitaria¹¹⁷.

Pese a la idoneidad funcional con la que este principio revestía a la Junta desde su fundación, otras limitaciones estructurales cuestionaban su capacidad de dar respuesta a la correcta gestión de la salud pública: En primer lugar destacaba el localismo que adquiriría en la práctica la administración y elaboración de medidas, cuestionando, como ya hemos apuntado, la idoneidad de las medidas por parte de un organismo central y su capacidad de crear marcos referenciales que permitieran hablar de una organización sanitaria estable y perdurable en el tiempo. En última instancia, esta cuestión planteaba uno de los problemas centrales de la organización sanitaria de principios de siglo: la inexistencia de una legislación sanitaria pese al intento fugaz de 1804.

Por otra parte, desde su fundación, la Junta Suprema de Sanidad había sido considerada como un órgano administrativo-judicial con funciones eminentemente consultivas y formado generalmente por miembros del Consejo de Castilla, es decir, de “togados”. Esta estructura, que ya había sido cuestionada en 1805, generaba una doble problemática. Por un lado, su particular conformación requería no solo la consulta constante entre los distintos niveles –locales y central–, al igual que su dependencia regia a través de la secretaria de Estado para poder operar. Por otro, su composición

¹¹⁴ MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene pública ó arte de conservar la salud de los pueblos*. Vol. 3 (2^o edición.). Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra, p. 1142.

¹¹⁵ VARELA PERIS, F. (1998). “El papel...”, p. 321.

¹¹⁶ RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1990). “Organización Sanitaria española en el siglo XVIII...”.

¹¹⁷ RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII.”, 7-8(88), 175–193, p.149; VARELA PERIS, F. (1998). “El papel...”, p. 326.

carecía de miembros del cuerpo médico, obligándole a depender de un nivel más de consulta para adaptar sus criterios al juicio médico de la situación epidémica.

Estos problemas estarían en la base de la configuración de la Junta Suprema de Sanidad en el momento en el que, inauguradas las Cortes de Cádiz, salta la alarma de la posible existencia de un foco de fiebre amarilla. Este órgano superior de sanidad, trasladado en ese periodo a la ciudad gaditana¹¹⁸, encauzo en un primer momento las medidas y actuaciones en torno a la epidemia. Sin embargo, la fragilidad de su configuración y la especificidad de las circunstancias de su ejercicio en un país en guerra, dividido territorialmente y con su poder político sitiado, pondrán límite a su ejercicio. Con todo, ello no impediría su proyección en el seno del debate de las Cortes y la búsqueda de una solución política y organizativa.

2.2. Cádiz como reducto de la nación. Los límites de la organización sanitaria en un país ocupado.

La situación de doble asedio con la que hemos dibujado el panorama que inaugura el debate de las Cortes en Cádiz, va a ser crucial para entender los límites con los que parte la organización de la salud pública a través de las Juntas de Sanidad. En primer lugar, el asedio de la enfermedad obligaba a tomar medidas urgentes en el foco de origen de la enfermedad: Cádiz. Sin embargo, al mismo tiempo, exigía, como parte de las atribuciones de la Junta Suprema de Sanidad, unas disposiciones aplicables de manera genérica para evitar que se extendiera o que se importara de otra zona, como parecía ser el caso tras los avisos de contagio en Cartagena en el mismo mes de septiembre¹¹⁹. Si bien esta necesidad de superar el localismo de las medidas sanitarias había sido uno de los objetivos que la Junta Suprema intentaba imponer en un panorama en el que había apremiado la actuación local, en el contexto en el que se inauguran las Cortes parecía un objetivo imposible de cumplir. La ocupación francesa de Andalucía –ese segundo elemento de asedio–, había cercado la ciudad, imponiendo otro sistema administrativo y, por lo tanto, impidiendo una actuación conjunta y

¹¹⁸ La firma del presidente de la Junta Suprema de Sanidad, Josef Colón, en el primer reglamento con respecto a la epidemia expedido el 7 de abril de 1810, lo sitúa en Cádiz. Así mismo, en la sesión del 19 de agosto de 1811, el diputado Zorraquin confirma el emplazamiento de la Junta Suprema en Cádiz (1811) *Diario de las discusiones y Actas de las Cortes*. Tomo Séptimo. Cádiz: Imprenta Real. Sesión del 19 de agosto de 1811. p. 446-447.

¹¹⁹ A.H.N., Estado, 3095, Exp.3.

organizada contra la epidemia.

La enfermedad, efectivamente, no respetaba las fronteras geográficas y provinciales en su propagación; sin embargo, la guerra sí: establecía límites claros de control y de actuación que en el plano sanitario se tradujo en la creación de una estructura institucional paralela e independiente que impedía la coordinación de una respuesta conjunta en un territorio que se veía, sin distinción de frontera o gobierno, atacado por la enfermedad.

La limitación de la Junta Suprema de Sanidad del gobierno español quedaba clara tras la publicación de la primera normativa por parte de este órgano centralizado, el 7 de abril de 1810. En este reglamento, se señalaban el reducto de Cádiz y la Isla de León como objeto de sus tímidas disposiciones y reflejaba oportunamente las circunstancias en las que se encontraba Cádiz en ese preciso momento: “una reunión excesiva de gentes en una población escasa de habitaciones, la de la mucha tropa, el descuido que podría haber en los cuarteles y casas llenas de estas, u otras personas, sanas, y enfermas, el olvido de una policía vigilante y muy esperada, y la necesidad que muchos tendrán de privarse de algunos alimentos a que estaban acostumbrada para uso de otros que no le so familiares, puede con facilidad producir cierta enfermedad o calentura”¹²⁰.

En principio, parecía lógico que si el contagio se había producido en las inmediaciones de la ciudad gaditana, las medidas impuestas debieran perfilar y adaptarse a la situación y especificidad de las circunstancias de esta ciudad. Sobre todo teniendo en cuenta la excepcionalidad de la reunión de Cortes en la Isla de León y la amenaza que suponía al proyecto político. Sin embargo, el hecho de que esta normativa fuera firmada por la Junta Suprema y no contuviera ninguna especificación sobre medidas de aplicación general, daban cuenta del aislamiento de este órgano y la reducción de su ejercicio al reducto de resistencia nacional en el que ahora se había convertido Cádiz.

¹²⁰ Archivo del Congreso de los Diputados (A.C.D.), P-01-000020-0124-0006. “Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”. Don Josef Joaquin Colon, del Consejo supremo de España, presidente de la Junta Suprema de sanidad..... que S,M, por Real Orden de tres de este mes se ha servido de aprobar un Reglamento. (firmado 7.04.1810).

2.2.1. La organización de la sanidad bajo el dominio francés.

Ajena a quién controlaba el territorio, la fiebre amarilla se extendió en un corto periodo de tiempo por las zonas de Oran, Cartagena y Ceuta, amenazando no solo al reducto de Cádiz sino también a las prefecturas de Sevilla y Granada organizadas bajo el dominio francés¹²¹.

La tarea de coordinación de unas medidas sanitarias para evitar el contagio que tan limitada era para el gobierno español sitiado en Cadiz, encontraba un suelo aparentemente¹²² más estable en el territorio de ocupación francesa que ya desde el 17 de abril de 1810 —solo 10 días después que la Junta Suprema de Sanidad hubiera impreso su reglamento—, había adquirido una organización estable bajo la forma de prefecturas por Real Decreto de José I¹²³. En este decreto se establecía dentro de las atribuciones del gobierno civil, el control de los empleados municipales y la policía urbana, los hospitales y establecimientos de beneficencia, la vigilancia sobre la salubridad pública, las cárceles en cuanto lo concerniente a la manutención de los presos y la salubridad, los hospicios y casas de misericordia, la instrucción pública y los establecimiento literarios y científicos¹²⁴.

La incorporación de estas atribuciones dentro de la organización del gobierno civil de las prefecturas municipales reflejaba la estructura sólida con la que partía la gestión de la salud pública por parte del gobierno de José I. La institucionalización de la sanidad quedaba así descrita como responsabilidad política e incorporada legislativamente a la organización del gobierno municipal. Esta sólida organización contrastaba con los límites estructurales de los que adolecía la organización sanitaria que intentaba

¹²¹ Véase: A.H.N., Estado, 3095, Exp.3, “Disposiciones de Blas De Aranda, comisario Regio de Azaña , reproduciendo las precauciones expuestas en el Orden del día 24 de septiembre de 1810 por el Duque de Dalmacia ante la alarma de epidemia en Ceuta, Oran y Cartagena”; A.H.N., Estado ,3130,Ex p.13.

¹²² Aunque fuera de nuestro ámbito de investigación, conviene tener presente el problema de la administración de las prefecturas y el choque de poder entre Napoleón y José Bonaparte. Joan Mercader ha señalado que pese al nombramiento de numerosos perfectos en las provincias en donde el gobierno de José I había conseguido instalarse de manera sólida (Castilla la Mancha, Extremadura o Andalucía), a menudo los nuevos límites fueron ignorados. MERCADER RIBA, J. (1983). *José Bonaparte, rey de España, 1808-1813*. Madrid: Instituto de Historia “Jerónimo Zurita.”, p. 234.

¹²³ (1810). *Prontuarios de las leyes y decretos del Rey Nuestro Señor Don José Napoleon I del año 1810*. Tomo II. Madrid: en la imprenta real, pp. 62-63. (Decreto por el que se establece la división del gobierno civil de los pueblos del Reyno en la Prefecturas, y demarcación de sus límites); véase también: “Real decreto mandando formar en Madrid una junta suprema de sanidad, encargada de velar sobre la policía de este ramo, y medidas que convenga tomar para conservar la salud pública en el reino” . *Gaceta de Madrid* nº 349, de 15/12/1810, p. 1555.

¹²⁴ Idem. Título II: de las Prefecturas.

proyectarse desde la ciudad de Cádiz, sobre todo en un momento en que todavía no se había dado forma al proyecto liberal que plantearía la reunión de Cortes en Cádiz.

La mayor facilidad de coordinación entre las distintas prefecturas establecidas por el gobierno francés, que desde febrero controlaba Andalucía, y la asunción por parte del gobierno provincial de la gestión sanitaria desde una fecha tan temprana, favorecieron la creación de un red institucional más estable para la lucha contra la epidemia y la organización sanitaria. Así lo demostrarían una serie de circulares publicadas en los meses de octubre desde las Prefecturas de Sevilla y de Granada.

Los primeros atisbos de coordinación y gestión sanitaria vienen de la mano de dos circulares enviadas por el Comisario Regio Perfecto Blas de Aranza, de la prefectura de Sevilla, a la Municipalidad de la ciudad, en fechas de 5 y 8 de octubre de 1810 ¹²⁵. Dos escritos que reproducían las medidas impuesta por el Mariscal Soult, como *Ordenes del día* para el Ejército Imperial del Mediodía. Una seña sin duda del poder que seguía teniendo los Mariscales nombrados por Napoleón, que ejercían casi como Virreyes su control sobre las prefecturas, frente a la nueva organización impuesta por José I ¹²⁶.

En el primero de estos escritos se imponían unas medidas contra la epidemia basadas en la cuarentena estricta en los puertos marítimos y en las zonas costeras del territorio ocupado, así como en las fronteras terrestres por medio de lazaretos. En el segundo, insistiendo en las noticias que llegaban del progreso de la epidemia en Cartagena, se renovaban las disposiciones estableciendo medidas más drásticas para impedir la comunicación y el contagio. De esta forma, se incluían medidas como la quema de los géneros que vinieran de un lugar contagiado y su tripulación presentarían signos de fiebre durante la cuarentena.

La severidad de las medidas impuestas en el control de la comunicación entre regiones para evitar el contagio contrastaba, en primer lugar, con las medidas impuestas por la Junta Suprema de Sanidad en Cádiz, que en sus diez puntos habían recomendado la ventilación, la limpieza y la separación de sanos y enfermos, sin hacer mucha

¹²⁵ A.H.N, Estado, 3095, Exp.3, “Disposiciones de Blas De Aranda...”, fl.34-35v; Biblioteca Nacional de España (B.N.E.). R/60014(6). “El Sr. Mariscal del Imperio Duque de Dalmacia, General en Gefe del Exercito Imperial del mediodia de Espala, ha recibido nuevas noticias relativas al progreso que parece que hace la fiebre amarilla e Cartagena; y en su consecuencia ha comunicado la orden del día siguiente”.

¹²⁶ MERCADER RIBA, J. (1983). *José Bonaparte, rey de España, 1808-1813. Estructura del Estado español bonapartista* Madrid. CSIC, Instituto Jerónimo Zurita, Escuela de Historia Moderna.

incidencia en medidas cuarentenarias¹²⁷. Los obstáculos de un control efectivo de las fronteras, y el miedo subyacente a levantar una sospecha muy alta en la población sobre la existencia real de una epidemia en el contexto de sitio que vivía la ciudad de Cádiz, eran elementos claves para entender la imagen contrastada que ofrecían las medidas impuestas en un lado y otro de la delgada línea que separaba Cádiz de Sevilla.

Por otra parte, seguramente sea más significativo el hecho de que la circular estaba haciendo referencia a la Junta de Sanidad de la ciudad como destinatario final de estas medidas, esperando “de su infatigable celo, y de la experiencia desgraciada en esta casta de epidemias, de que no perdonará diligencia (...) ocupándose desde luego con esmero particular en salubridad y limpieza del Pueblo y señaladamente de las Cárceles, Hospitales y Cuarteles”¹²⁸. Sin embargo, esta pequeña referencia establecía un dato importante: la administración de los territorios de dominación francesa en Andalucía confiaría en la estructura de Juntas Sanitarias previamente establecidas en las ciudades antes de la ocupación para la organización de la salud. La estructura administrativa sanitaria que proyectaban tanto el gobierno ocupado como el nacional que resistía en Cádiz, se basaban en las mismas instituciones: las Juntas de Sanidad preexistentes en la península antes del conflicto. Pero mientras que el reducto de resistencia nacional sitiado en Cádiz luchaba por dar coherencia a su proyecto político y veía limitada su actuación en materia sanitaria al reducto de esa provincia, el territorio de Andalucía ocupado por tropas francesa ofrecía mayor coordinación y comunicación para proyectar una estructura institucional más estable.

En este sentido, y mientras las Cortes gaditanas vivían sus primeras semanas de andadura en el debate político inaugurado en septiembre de 1810, la Junta de Salud Pública de Granada publicaba un reglamento que sin contradecir las disposiciones que la prefectura de Sevilla había establecido previamente, planteaba un articulado normativo más completo contra la epidemia, que incluía referencias a la organización y composición de las Juntas de salud¹²⁹. Como rezaba el primero de sus catorce artículos, se ordenaba que:

“Se reorganicen, tanto en los puertos, como en tierra adentro, las Juntas de Sanidad que se establecieron en la epidemia pasada; y en donde no

¹²⁷A.C.D. P-01-000020-0124-0006. “Expediente relativo al carácter ...”

¹²⁸A.H.N, Estado, 3095, Exp.3, fl.35b.

¹²⁹ Las Juntas de Sanidad en los territorios bajo dominación francesa pasarán a llamarse Juntas de Salud.

las hubiere habido, o habiéndolas habido no existiese a el número de vocales necesario para formarlas, las justicias, el regidor decano, el diputado más antiguo del común, y el síndico, con el médico que tengan por conveniente, si no le hubiere titular, y valiéndose del escribano de cabildo, entiendan en todo lo relativo a sanidad o salud pública, procediendo de acuerdo, tanto estas Juntas nuevas, como las antiguas o reorganizadas, con los Sres. Comandantes de las tropas, donde los hubiese.”¹³⁰

Esta circular marcaba el principio organizativo de las Juntas de Salud de los pueblos bajo ocupación francesa, introduciendo como elemento clave en su composición la inclusión del criterio de un médico, si no lo hubiera en las previas. Con esta medida incluían un carácter científico-técnico al carácter eminentemente administrativo y burocrático del que adolecían las instituciones heredadas del reformismo borbónico¹³¹; un problema al que también tendrían que enfrentarse los diputados de las Cortes gaditanas al plantear su reforma sanitaria.

Por otra parte, la circular supeditaba las medidas relativas a la sanidad pública al acuerdo de los Comandantes de las tropas. Este elemento adaptaba la realidad sanitaria a la situación de guerra y, sobre todo, al control político que la estructura militar mantenía en el sur. Pero también reflejaba el papel militar que normalmente adquirirían las medidas sanitarias. Como establecía el reglamento, el control de la epidemia se llevaría a cabo a través de las cuarentenas, cordones de tierra y líneas de costa; una política sanitaria que sin lugar a duda, dependía en gran parte del control cuasi militar de las fronteras y, ulteriormente de la Junta de Salud y el gobierno civil¹³².

El principio rector de todo su articulado planteaba el más absoluto aislamiento entre pueblos y municipios infectados bajo pena de castigo. Un principio poco innovador que no ocultaba su deuda hacia los principios rectores del *auto acordado 16. título 18*

¹³⁰ Biblioteca del Hospital Real (B.H.R.), C.001-067 (64). “Circular de la Junta de Salud Pública a los justicias de los pueblos relativa a la prevención de la propagación de la epidemia de fiebre amarilla en Cartagena”.

¹³¹ VARELA PERIS, F. (1998). “El papel...” , p. 338; GONZÁLEZ ALONSO, B. (1988). “El fortalecimiento del Estado borbónico y las reformas administrativas”. In *Carlos III y la Ilustración* (pp. 83–96). Madrid: Ministerio de Cultura.; GIMÉNEZ LÓPEZ, E. (1994). “El debate civilismo-militarismo y el régimen de Nueva Planta en la España del siglo XVIII”. *Cuadernos de Historia Moderna*, (15), 41–76.

¹³² Artículo XIII: Si la aprehensión de las personas o géneros de parages infestados, o de los pueblos de Murcia, todos los cuales se declaran por sospechosos, se hiciese por las tropas que están de guardia en la frontera o en la marina, procederan como jueces en la causa, los principales cabos militares con parecer de asesor letrado; y antes de executarse la sentencia darán cuenta de ella a Excmo. Sr General en Jefe para su aprobación o reforma. Si la aprehensión se gimiese después de haber pasado las personas o efectos la linea guarneida, conocerán las justicias ordinarias, con acuerdo de laa Junta de Sanidad, en la misma forma, arreglándose en todo a lo prevenido en esta parte por el auto acordado 15. tit. 18. lib 6. de la recopilación impresa en 1772”.

del libro sexto de la recopilación impresa de 1772; una ley que, según el reglamento propuesto, era “la obra maestra” de la legislación española “sobre estas delicadísimas materias”¹³³, referencia a las normativas creadas en 1720 para luchar contra la epidemia de Marsella y que fueron repetidas, a consulta de la Junta de Sanidad recién nombrada, en 1721¹³⁴. La mención explícita a esta normativa cuyo origen coincidía con el de la formación de la Junta Suprema de Sanidad en la Península, ponía de manifiesto dos realidades interesantes: por un lado, que estas transformaciones en el ámbito sanitario en los territorios de ocupación francesa estaban mirando al pasado español y a su obra legislativa –deudora del reformismo borbónico– a la hora de plantear su normativa. Por otra parte, la defensa de los principios de aislamiento estricto para evitar el contagio reproducían el esquema proteccionista que había prevalecido en el pasado –y con el que la epidemiología contemporánea ha caracterizado a las políticas absolutistas¹³⁵–, no dejando lugar a la aplicación de medidas que, apoyadas generalmente en la defensa de teorías miasmáticas, flexibilizaran el control de las cuarentenas para permitir el flujo comercial.

Este último punto era clave en la formación de los reglamentos sanitarios. La imposición de medidas cuarentenarias y el control de las comunicaciones entre municipios suponía una gran amenaza para el comercio, sobre todo en ciudades portuarias tan claves como Orán, Ceuta y, especialmente, Cartagena, que eran los puntos principales de los afectados por esta normativa en tanto que ciudades contagiadas. Efectivamente, la poca flexibilidad de estas medidas fueron rápidamente contestadas en una orden firmada el 12 de octubre de 1810 por Manuel Romero¹³⁶, ministro de Justicia y encargado del ministerio de Interior. En ella se presentaban una serie de medidas para precaver el contagio en las zonas portuarias mencionadas y que ponían en entredicho las providencias tomadas por los “Generales, Gobernadores y Comisarios Regios de las provincias de Andalucía”. Éstas, aunque prometieran “el mejor éxito para contener los progresos de una calamidad que unida a la de la guerra

¹³³B.H.R., C.001-067 (64). Artículo XIV.

¹³⁴MARTINEZ, M. S. (1791). *Librería de jueces, utilísima y universal para abogados, alcaldes mayores y ordinarios, corregidores ...: tomo I, en que por exposicion universal se explican todas las qüestionnes prácticas y leyes reales, sus diferencias y materias de Crímen*. Madrid: en la imprenta de Benito Cano, p. 385.

¹³⁵ Véase nota 92.

¹³⁶ A.H.N ESTADO, 3130, Ex p.13. “Orden impresa de Manuel Romero, ministro de Justicia y encargado del ministerio del Interior, por la que se establecen diferentes medidas para evitar la propagación de la epidemia que se ha manifestado en Ceuta, Orán y Cartagena”.

desoladora que experimenta España” debían, sin embargo, establecer el control de las comunicaciones y permitir el flujo de comercio en puertos tan importantes sin el peligro de extender la epidemia. Se trataba, por tanto, de implementar la vigilancia y el control planteando ciertas medidas cuarentenarias y de registro a través de las Juntas de Sanidad Municipales, pero sin “olvidar el interés que resulta al público de la fácil comunicación y la abundancia de comestibles”¹³⁷.

Las disposiciones de Manuel Romero plantean varias cuestiones cruciales: en primer lugar sacaba a colación el difícil matrimonio de las medidas cuarentenarias con la del estatus de estas ciudades mediterráneas como puertos principales de comercio marítimo. Es esa búsqueda de conciliación del elemento comercial con la necesidad de procurar medidas preventivas y de protección sanitaria lo que supondrá un motor esencial en el siglo XIX a la hora de dibujar muchas de las políticas sanitarias. Como plantearía Margaret Humphreys, ninguna enfermedad que causara la muerte sin “parar trenes” como pasó con las epidemias de fiebre amarilla y de cólera, hubiera conducido a los gobiernos al fomento de la sanidad pública en el siglo XIX¹³⁸.

Por otro lado, Romero hacía hincapié, a través de los distintos puntos expuestos en su orden, en el esfuerzo y control local de las autoridades y las juntas de sanidad fronterizas que implicaba la coordinación y control entre regiones. Una realidad que en esos momentos no podía ser proyectada al reducto nacional español que planteaba sus medidas desde Cádiz pero sí la cohesión que presentaban el resto de las provincias, como demostraban estas circulares.

Sin embargo, la composición de las Juntas de Sanidad¹³⁹ adquirirían en su articulado otro carácter al definido por la circular previamente impresa en Granada. En primer lugar se hacía diferencia en la composición de las Juntas de los pueblos fronterizos bajo dominación del rey y el resto de pueblos, haciendo hincapié en el mayor celo que había que tener en las zonas de paso y de comunicación entre territorios controlados y no controlados por el poder josefino, como puertas de entrada de la enfermedad. En estas Juntas se incluía al párroco, miembro que había sido excluido en la circular

¹³⁷ A.H.N ESTADO, 3130, Ex p.13. fl.2

¹³⁸ HUMPHREYS, M. (1992). *Yellow fever and the South*. New Brunswick: Rutgers University Press, p.176. “It is unlikely that any other disease that merely killed without stopping trains could have led impoverished southern governments to support public health in the nineteenth century”

¹³⁹ En esta orden se vuelve a recuperar el nombre de Junta de Sanidad en vez de Junta de Salud como lo habíamos encontrado en circulares previas.

granadina pero que, no obstante, jugaba un papel esencial en el control de las enfermedades, al ser el encargado de administrar el “ministerio pastoral a los moribundos”¹⁴⁰ y, por lo tanto, uno de los primeros en dar aviso de la existencia de este tipo de enfermedades.

Por otra parte, se incluían a los individuos de las municipalidades y personas “de las principales” pero se excluía a la figura del médico dentro de su configuración. La función de las Juntas sanitarias era la de establecer registros y controlar el cumplimiento las cuarentenas así como controlar que se cumplieran en los pueblos los reglamentos de policía urbana..., unas atribuciones administrativas que no requería del criterio médico en el órgano de decisión, pero sí en la lucha contra la epidemia. Efectivamente, los médicos eran requeridos, sin embargo, para el reconocimiento de los enfermos como establecía el artículo sexto¹⁴¹. Pese a su exclusión en la configuración de las Juntas, era reconocida su labor durante las epidemias, frente al peligro que suponía confiar la salud y el tratamiento de los enfermos a los cirujanos romancistas y sangradores¹⁴².

La reformulación de los elementos de control de las epidemias y de la conformación de las Juntas expuestos en esta orden, tuvieron una rápida proyección en otras provincias bajo la dominación francesa¹⁴³. Así lo demuestra la circular del secretario de la Junta Superior Provincial de Granada, que solo siete días después de la Orden de Romero, y tras seguir amenazados por la epidemia en Cartagena, aprobaban el corte de comunicaciones con ambos pueblos “bajo las mismas reglas y penas que el de la de Cartagena, Ceuta y Orán”¹⁴⁴. Estas nuevas disposiciones que anulaban las previamente establecidas por esta prefectura de Granada, eran mandadas imprimir, publicar y circular por las Juntas de los pueblos cabezas de partido para que estas los comunicaran a las de los comprendidos en él. Con esta determinación parecía volver a

¹⁴⁰ VIÑES, J. J (2006). *La sanidad española en el siglo XIX...*

¹⁴¹ A.H.N ESTADO, 3130, Exp. 13. fl. 4.

¹⁴² Idem: “En aquellos en que haya Médicos titulares, cuidarán las Municipalidades de que estos visiten todas las personas que adolezcan de enfermedades internas para evitar el peligro de que tratadas por Cirujanos romancistas o Sangradores, que las desconozcan en los principios, no se puedan tomar oportunas providencias si por desgracias llega a presentarse el mal en la población”.

¹⁴³ Muchas de estas reformulaciones se hacían apelando al control cuarentenario establecido en el año 1804.

¹⁴⁴ B.H.R., C-001-070 (84).”El Sr. Doguerau, Gobernador de esta plaza, escribió á esta Junta superior de salud pública ... que se hallaba con noticias positivas de que en Baza á pocos días de haberse puesto en quarentena dos personas procedentes de Cartagena, habian fallecido”.

hacer hincapié en el flujo y coordinación de medidas que existían en estos territorios.

Sin embargo, pese al extenso número de circulares y órdenes publicadas en el corto periodo de septiembre y octubre de 1810 y el aparente flujo de comunicación de las medidas impuestas, la estructura organizativa a la que se había dado forma en esos meses a través de las Juntas de Salud de las distintas municipalidades, carecía de una cabeza rectora como lo era en Cádiz la Junta Suprema de Sanidad. Efectivamente, la organización de las prefecturas en Andalucía siguiendo el modelo francés de las municipalidades parecía haber dado una sólida coherencia a la coordinación del gobierno¹⁴⁵. Sin embargo, como hemos comprobado, las medidas impuestas estaban siendo propuestas tanto desde el gobierno central y el círculo josefino en Madrid¹⁴⁶, como desde el Ejército Imperial por el Mariscal Soult, cuyas *órdenes del día* eran reproducidos por los Comisarios regios de las Prefecturas¹⁴⁷, muestra fidedigna del poder que ejercía el Mariscal en Andalucía¹⁴⁸.

Por tanto, las medidas no estaban siendo diseñadas por un organismo creado *ad hoc* y pese al aparente funcionamiento de la organización municipal parecía obvio que se necesitaba un órgano supremo que coordinara las Juntas sanitarias propuestas. Esta transformación, sin embargo, solamente es abordada a finales de 1811, un año después de que el primer foco epidémico castigara estas provincias, y perfilada finalmente en marzo de 1812. Como un lugar común en la gestión sanitaria por parte del poder político –sin excepción de bandera– el debate sanitario parecía correr parejo a los ciclos epidémicos ralentizándose cuando el peligro disminuía y reactivándose cuando

¹⁴⁵ LÓPEZ ARANDIA, M.A. (2010). "Controlar y dominar el territorio. La cartografía francesa en la Guerra de la Independencia". In *Andalucía en guerra, 1808-1814* (pp. 69-78). Jaén: Universidad de Jaén, Servicio de Publicaciones.

¹⁴⁶ La Orden de Manuel Romero, Ministro del Interior es un claro ejemplo de esto. A.H.N., ESTADO, 3130, Exp.13. "Orden impresa de Manuel Romero, ministro de Justicia y encargado del ministerio del Interior, por la que se establecen diferentes medidas para evitar la propagación de la epidemia que se ha manifestado en Ceuta, Orán y Cartagena".

¹⁴⁷ Así lo hemos visto en las circulares reproducidas por la prefectura de Sevilla, firmadas por Blas de Aranza: véase: A.H.N., ESTADO, 3095, Exp.3; B.N. R/60014(6); Al mismo tiempo la circular de la Junta de Salud Pública de Granada con el reglamento de catorce artículos había sido escrito "de acuerdo con el Exmo Sr. General en Jefe del cuarto cuerpo del ejército imperial, Conde de Sabatini".

¹⁴⁸ A los ojos de los mismos franceses "il paraissait être bien plutôt le roi du royaume d'Andalousie, qu'un simple lieutenant de l'empereur". Véase: CLERC, C. (1894). *Campagne du Maréchal Soult dans les Pyrénées occidentales en 1813-1814 d'après les archives françaises, anglaises et espagnoles*. Paris, Librairie militaire de L. Baudoin, p. 14.

resurgía¹⁴⁹.

2.2.2. La creación de comisiones de salud y su centralización en Sevilla.

Así, en los meses de octubre y noviembre de 1811, reactivada la amenaza epidémica en las provincias del sur, el prefecto de Granada mandaba a la Junta de Salud Pública de la ciudad el conjunto de las órdenes que, hasta el momento, el Mariscal Duque de Dalmacia había establecido para luchar contra la epidemia desde septiembre de 1810¹⁵⁰. Este gesto ponía de manifiesto que el orden del día en el ámbito sanitario se coordinaba bajo la sombra proyectada por el jefe del ejército de Mediodía. Entre las disposiciones presentadas se establecía una reforma interesante propuesta por el Mariscal en octubre de 1811 en el que hace mención a la formación de comisiones de salud en el ámbito del ejército, estableciendo que los oficiales en jefe de sanidad del ejército debían ser individuos natos de las comisiones de sanidad y que en las ciudades donde hubiera un hospital del ejército, formarían parte de estas comisiones los oficiales principales de sanidad del hospital. El debate sobre las instituciones sanitarias resurgían con una propuesta que no solo hablaba de la relativa militarización de la cuestión médica, sino que retomaba el importante debate de la necesidad del criterio médico en la toma de decisiones ante la epidemia. La formación de comisiones será uno de los elementos que dinamice el debate sanitario durante este periodo tanto en los territorios ocupados como en el reducto de las Cortes de Cádiz.

En el caso de los territorios bajo dominación francesa, la propuesta del Mariscal Soult sería bastante innovadora al desarrollar un proyecto de reforma de las comisiones médicas, aparentemente más centralizada que las Juntas de Salud Pública establecidas en 1810 y otorgando un papel crucial a la clase médica. En un texto del 20 de octubre de 1811, admitiendo que el número de comisiones existentes en el distrito del ejército no era proporcionado a la extensión del territorio, establecerá a través de 12 artículos, la organización de comisiones de sanidad compuestas de médicos, cirujanos y farmacéuticos en cada capital de las prefecturas. En las ciudades de segunda, tercera y cuarta clase estas comisiones estarían presididas por los prefectos o corregidores y los

¹⁴⁹ De esto se hará referencia en el siguiente capítulo. Véase también: MACHADO, S. M. (1975). *La Sanidad pública en España...*, p. 71.

¹⁵⁰ B.H.R., C-001-070 (108), “Circular de la Junta Superior a las juntas de los pueblos de la Orden del Duque de Dalmacia relativa a la prevención del contagio de la febre amarilla”.

miembros de la municipalidad. El articulado establecía una Comisión central en Sevilla de la que formarían parte oficiales en jefe de sanidad del ejército –presentes en las comisiones a todos los niveles–, junto con tres médicos, tres cirujanos, tres farmacéuticos, siendo presidida por el Prefecto de la ciudad¹⁵¹. Este organismo de carácter centralizado tenía la atribución principal de redactar con la mayor brevedad posible un plan general y uniforme de policía médica.

Este esquema organizativo institucional ponía de manifiesto los pasos decisivos que estaba tomando la administración francesa en la implementación de una estructura coherente en la lucha contra la epidemia, y por ende, en la organización de la sanidad pública. Sin embargo, las transformaciones solo eran aplicables a las prefecturas o distritos militares, por lo que solo afectaba a Andalucía y Extremadura y adquiría, por tanto, un carácter eminentemente militar, supeditando cada medida tomada a los comandantes militares y, en última instancia, al Jefe de los ejércitos¹⁵². Este factor volvía a poner de relieve el enfrentamiento del poder central josefino, y el ejército y sus comandantes napoleónicos en el sur, convirtiendo el esfuerzo centralizador de estas comisiones en un espejismo. Por otra parte, y pese a los pasos decisivos a la hora de establecer comisiones fijas –y no solo consultivas como había sido tradicionalmente el caso en la península– de carácter técnico y con la tarea de establecer un reglamento estable de salud pública, el proyecto no hacía mención a las Juntas de Salud Pública nombradas de 1810. No se especificaban, además, si las comisiones habían pasado a sustituir estos centros de decisión que también tenían como cabeza rectora los Prefectos de las municipalidades.

Los límites de dicha organización y la falta de un engranaje coherente que también integrara las Juntas de Salud Pública en un sistema centralizado no será abordado hasta marzo de 1812, en un momento en que la realidad del bonapartismo en España se derrumbaba a pasos agigantados. Fue en este periodo en el que por decreto del Mariscal Soult, era creada una Junta Central de Sanidad de los cuatro reinos de Andalucía y Extremadura¹⁵³. Parecía que con esta orden quedaba establecido un cuerpo

¹⁵¹ Según el artículo 8, los oficiales de sanidad del ejército seleccionados para la Comisión Central serían: Rodríguez, Parias y Santaella; los médicos: Lorite, Santos y Campos; los cirujanos. Ramos, Suerampe, Ximenez y los farmacéuticos: Gatiga, Campos y Granados.

¹⁵² Artículo 6 y 7.

¹⁵³ A.H.N., ESTADO, 3095, Exp. 3. “Carta al facultativo de la Villa de Aroche, comunicado, por decreto del EXMO Sr. Mariscal Duque de Dalmacia la creación de una Junta Central de los reynos de Andalucía y Extremadura”.

centralizado para la organización sanitaria en el sur que, sin embargo, no llegó a ser más que un proyecto al verse interrumpido tras la derrota del ejército Imperial en el verano de ese mismo año.

Durante el tiempo que duró la ocupación francesa en el sur convivieron, por tanto, dos órganos independientes de organización sanitaria que sin embargo emergían de la misma institución base –las Juntas de Sanidad previamente establecidas en la península– y que se proyectaron para luchar contra el mismo enemigo: la fiebre amarilla que amenazaba el sur en guerra.

En este sentido, el esfuerzo, tanto desde Madrid como desde Cádiz, por centralizar y organizar una estructura sanitaria bajo un único cuerpo –como eran la Junta Central de Sanidad, en el caso francés, y la Junta Suprema de Sanidad en el español– se estaba cimentando sobre la paradójica incapacidad de coordinar todos los territorio bajo una única cabeza.

2.3. La decisión en Cortes de crear una Comisión médica.

La epidemia se *instaló* en las Cortes y en su debate parlamentario en el momento en el que se plantea trasladar las Cortes a la ciudad de Cádiz durante la sesión secreta del día 6 de octubre de 1810,. El nivel que alcanzaba la epidemia de fiebre amarilla en la zona, junto con la inmediatez del enemigo hacían que voces como la del diputado Antonio Oliveros, y en meses posteriores, Antonio Campmany, Vicente Morales Duárez, Manuel Mateo Luján, Quintana y Creus, plantearan reiteradamente la cuestión en Cortes. A partir de esta fecha el debate sanitario empieza a hacerse un hueco en el discurso político, calando en los diputados que se veían asediados por el enemigo y la enfermedad.

Entre las primeras medidas que se solicitaron dentro de las sesiones de Cortes encontramos la decisión de que la Junta Suprema de Sanidad nombrara una comisión de médicos para informar de la situación de Cádiz y tomar las medidas necesarias para preparar el posible traslado de las Cortes a la ciudad¹⁵⁴. Sin embargo, esta propuesta, presentada el 6 de octubre por Antonio Campmany, no llegó a buen término hasta el 20

¹⁵⁴ Sesión del 6 octubre 1810. (1974). *Actas de las sesiones secretas de las Cortes Generales Extraordinarias de la nación española* (...). Tomo único. Madrid: Imprenta de J. Antonio García., p. 11.

de noviembre, cuando se fija la siguiente proposición durante el debate de Cortes: “que se forme una comisión de tres facultativos para que traten de exterminar los miasmas contagiosos (...)”¹⁵⁵.

Esta medida no distaba de las tomadas en epidemias anteriores. El nombramiento de comisiones de facultativos por parte del poder político, generalmente por parte de las Juntas Sanitarias, había sido una práctica común, de carácter consultivo, durante los periodos en los que se padecían epidemias, extendiendo su práctica desde el siglo XV y consolidándose en el siglo anterior¹⁵⁶. El testimonio de Francisco Villalba en su *Epidemiología Española* reconoce el nombramiento de comisiones médicas en fechas tan tempranas como 1493¹⁵⁷ y 1593¹⁵⁸, extendiendo en su relato en la comisión formada en la epidemia de 1800 por los profesores del Real Colegio Médico Quirúrgico y la Real Academia de Sevilla¹⁵⁹. El prólogo que antecede a la reconocida obra de Antonio Cibát, catedrático del Real Colegio de Barcelona, sobre *la calentura maligna contagiosa* publicada en 1804, deja claro también que los resultados son fruto de la comisión mandada por el Capitán General Don Domingo Izquierdo¹⁶⁰. No obstante, como se insistía en la *orden del 30 de septiembre de 1800* “los profesores de Medicina y Cirugía de quienes hubiese necesidad de valerse para consultar su dictare debían estar subordinados a las Juntas”¹⁶¹.

Sin embargo, durante esta sesión se introduce un nuevo elemento que, si bien no quedó plasmado en los archivos de los Diarios de Cortes, queda desvelado gracias al relato personal del diputado Joaquín Lorenzo Villanueva. En *Mi viaje a las Cortes*, este diputado valenciano nos dibuja una discusión más acalorada, en la que no solo se plantea la creación de una comisión médica, sino en la que se aborda un tema tan crucial como el de replantear la estructura de la Junta Superior de Sanidad para que formaran parte de ella dos o tres médicos acreditados que tuvieran derecho al voto en

¹⁵⁵ (1811) *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes*. Tomo I. Cádiz. Imprenta Real. Sesión del día 20 de noviembre de 1810, p. 96.

¹⁵⁶ VARELA PERIS, F. (1998). “El papel...” , p. 328.

¹⁵⁷ VILLALBA, J. DE. (1802). *Epidemiología española...*, Vol. I, p. 116.

¹⁵⁸ Idem, pp. 210-211.

¹⁵⁹ VILLALBA, J. DE. (1802). *Epidemiología española...*, Vol. II, p. 340.

¹⁶⁰ CIBAT, A. (1804). *Memoria sobre la calentura...*

¹⁶¹ A.H.N., Consejos, leg. 11.970. “Minuta de instrucciones sobre instalación de Juntas de Sanidad, circuladas en 20 de octubre de 1800”.

las decisiones de dicho organismo¹⁶². Esta proposición, presentada por José Zorroquin¹⁶³, replanteaba por completo las bases en las que se sustentaba la administración de la sanidad pública, tradicionalmente en manos de “togados” y controlados por el poder político¹⁶⁴. El facultativo había tenido hasta el momento una función consultiva de carácter puntual; otorgarle voto dentro de la Junta de Sanidad suponía un cambio, no solo en la administración de la sanidad, sino también en el modo en el que el debate científico se introduciría de lleno en las decisiones. No se puede ignorar la referencialidad de esta propuesta con respecto a la organización francesa, que desde el periodo revolucionario había planteado la creación un Consejo permanente de Salubridad (*Conseil de Salubrité* y, posteriormente, *Conseil d'Hygiène publique et de Salubrité*) que, finalmente, y a partir de 1802, tomaría cuerpo en París como organismo municipal y referente para el resto de la organización sanitaria a nivel local¹⁶⁵.

Esta proposición propició en las Cortes españolas una larga discusión sobre la conveniencia de esta medida y si debía exigirse a estos médicos que propusieran medios generales para atajar las epidemias. Algunos diputados, como Isidoro Martínez, Quintana y otros vocales, entre ellos Villanueva, centraron el debate en discutir sobre la dificultad de establecer el carácter de la epidemia, pero sobre todo en que aún existiendo reglamentos “que nada dejaban de desear” y medidas efectivas contra la epidemia, como las fumigaciones, existía una inobservancia del gobierno para cumplirlas. La cuestión parecía zanjarse con la decisión de que no era tan necesario el voto de facultativos para la buena gestión de la epidemia por parte de la Junta, sino reforzar el buen cumplimiento de las normas y reglamentos ya existentes. La sesión se cerró, por tanto, con la determinación de que el Consejo de Regencia mandara observar los Reglamento ya existentes y comisionara a los tres facultativos para que extinguieran el germen de la epidemia.

Los elegidos para formar la comisión fueron los médico-cirujanos Juan Manuel de Arejula, Carlos Francisco Ameller y José Antonio Coll, que serían acompañados por el médico matritense Rafael Costa. La larga experiencia y estudio de las previas

¹⁶² VILLANUEVA, J. L. (1860). *Mi viaje...*, pp. 60-61.

¹⁶³ Idem. Villanueva reconoce que se trataba de una propuesta del diputado Juan Nicasio Gallego en una sesión anterior, sin especificar más información.

¹⁶⁴ Véase nota 131.

¹⁶⁵ LA BERGE, A. (1992). *Mission and method...*, p. 113.

epidemias demostrado por Arejula y Ameller –ambos catedráticos del Colegio de Cirugía de Cádiz– en sus publicaciones, hacían de estos candidatos una elección lógica y acertada para la Junta. Arejula había publicado uno de los textos de referencia sobre la fiebre amarilla¹⁶⁶, que a la altura del debate parlamentario de las Cortes de Cádiz, había sido ya publicado y traducido en Viena, Milán y Berlín¹⁶⁷. Su trabajo en el campo de la química fue también clave, aunque controvertido al mismo tiempo, en el contexto de las epidemias. Su formación al lado del químico Antoine-François de Fourcroy y la publicación de sus *Reflexiones sobre la nueva nomenclatura química* (1789) y posteriormente su *Memoria sobre el modo y ocasiones de emplear los varios gases para descontagiar los sitios epidemias* (1800)¹⁶⁸, habían sido fundamentales para el desarrollo de la química en España, sentando una clara base a la hora de introducir las fumigaciones en España como método para luchar contra las epidemias¹⁶⁹. Un método que, paradójicamente y como veremos, el propio Arejula llegó a desaconsejar¹⁷⁰.

Por su parte, Carlos Francisco Ameller, como profesor en el Colegio de Cirugía

¹⁶⁶ AREJULA, J. M. (1806). *Breve descripción de la fiebre amarilla...*

¹⁶⁷ VALERA CANDEL, M. (2006). *Proyección internacional de la ciencia ilustrada española: catálogo de la producción científica española publicada en el extranjero: 1751-1830*. Murcia: Universidad de Murcia, pp. 55-57.

¹⁶⁸ ARÉJULA, J. M. (1789). *Reflexiones sobre la Nueva Nomenclatura Química. Propuesta por M. de Morveau, de la Academia de ciencias de Dijon, y MM. Lavoisier Berthollet, y de Fourcroy, de la Real Academia de ciencias de París, dirigidas a los químicos españoles*. Madrid: Don Antonio de Sancha; ARÉJULA, J. M. (1795). *Discurso sobre la necesidad de la química (A) en a teoría, y practica de la medicina. Leído en el Real Colegio de Medicina y Cirugia de Cadiz*. Cádiz: Imprenta de D. Manuel del Bosque; AREJULA, J.M. (1804). ARÉJULA, J. M. (1804). *Memoria presentada a la Junta de Sanidad de Malaga por el Dr. D. Juan Manuel de Arejula ... en que se manifiesta el modo y ocasiones de emplear los varios gases para descontagiar los lugares epidemiados, y purificar la atmósfera de los miasmas pútridos y pestilenciales*. Málaga: por Luis Carreras y Ramón.

¹⁶⁹ Existen muchos trabajos sobre la influencia del desarrollo de la química para el encubramiento de las teorías miasmáticas que, en la primera mitad del siglo XIX, asociaban el origen de las epidemias con la corrupción de la atmósfera. Esta disciplina permitió identificar alguno de los elementos que formaban estos miasmas y por lo tanto fomentó el desarrollo de soluciones químicas, como fueron las fumigaciones, para contrarrestar el mal. La aplicación de estas técnicas como medidas profilácticas sería clave en la fundamentación de la higiene en este periodo. Efectivamente, la proliferación de publicaciones en las que se referenciaba el uso de la química como base explicativa de las causas remotas de la enfermedad de un lugar determinado -ya fuera el bajel de un barco, las cárceles, hospitales o iglesias-, y como medio de prevención (fumigaciones químicas), demostraban la aceptación que las teorías miasmáticas tenía en la nuevas realidades sociales en los albores del siglo XIX. Véase: URTEAGA, L. (2010). "Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX". *GeoCrítica* V (29); CARRILLO, J. L., PERELLÓ, P. R., & GAGO, R. (1977). "La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (JM Aréjula et MJ Cabanellas)". *Medicina Y Historia Barcelona*, (67), 7-26; RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1995). "Medicina y epidemias. De la racionalización del mito al mito de la racionalización". In BARONA VILAR J. L. (Ed.), *Malatia i cultura*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

¹⁷⁰ CARRILLO, J. L., PERELLÓ, P. R., & GAGO, R. (1977). "La introducción...".

gaditano, no solo había destacado por su papel en defender el nivel de formación en cirugía de los facultativos de la Armada y su necesidad de equipararse a los estudios de medicina¹⁷¹, sino que además había participado activamente en la lucha contra la epidemia de 1800, publicando su *Descripción de la enfermedad epidémica*¹⁷². José Antonio Coll, por otra parte, había sido el médico comisionado a la Corte del sultán de Marruecos en ese mismo año de 1800 por el protomédico Masdevall –en ese momento nombrado inspector de epidemias¹⁷³–, recibiendo el reconocimiento de su labor por parte del sultán y del Protomedicato español¹⁷⁴.

Entre sus objetivos, los comisionados no solo tenían el encargo de analizar el estado de la epidemia, sino también el de implementar las fumigaciones y demás providencias que habían sido establecidas por Real Orden el 28 de noviembre de 1810, a raíz del acalorado debate en las Cortes¹⁷⁵. Esta medida impuesta por la Junta Suprema de Sanidad y aprobada por las Cortes, fue sin embargo criticada por los facultativos comisionados, como comunicarían los diputados Andrés Morales de los Ríos y Manuel Rodrigo en una Carta a la Secretaría de las Cortes¹⁷⁶: “la opinión de los Facultativos no parece que está por semejantes fumigaciones, que gradúan cuando no perjudiciales y costosas, de todos modos inútiles: los individuos de la Junta de Sanidad nos dicen que las fumigaciones solo se ejecutan cuando se observa que ya no caen enfermos de la epidemia”¹⁷⁷.

Pese al criterio de los médicos, las fumigaciones siguieron siendo una de las prácticas básicas, no solo en esta ocasión sino en años posteriores. Al margen de las discusiones

¹⁷¹ AMELLER, C. F. (1790). *El merito y el premio de la cirugía española: Oracion inaugural que para la renovacion de los estudios del Real Colegio de Cirugia de Cadiz*. Cádiz: por D. Manuel Ximenez Carreño.

¹⁷² AMELLER, C. F. (1800). “Descripción de la enfermedad epidémica que tuvo principio en la ciudad de Cádiz”. In LAVEDAN, A. (1802) *Tratado de las enfermedades epidémicas, pútridas, malignas, contagiosas y pestilente. Traducido y recopilado de varios autores*. Vol. I. Madrid: en la Imprenta Real, pp. 267.

¹⁷³ Una figura de asesoramiento técnico normalmente proveniente del Tribunal del Protomedicato. Véase: RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud...”, pp. 154-155.

¹⁷⁴ JUSTEL CALABOZO, B. (1991). *El medico Coll en la corte del sultan de Marruecos (año 1800)*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz Instituto de Cooperación con el Mundo Árabe; JUSTEL CALABOZO, B. (1994). “El doctor Masdevall, proto-médico del sultan marroquí Muley Soliman”. *Al-Andalus Magreb: Estudios árabes e islámicos*, (2), 167–202.

¹⁷⁵ A.C.D., P-01-000020-0117. “Orden de las Cortes para que se disponga en Cádiz las fumigaciones y demás diligencias a fin de extinguir el germen contagioso de las epidemias de fiebre amarilla 1810”.

¹⁷⁶ Anotemos que junto a la comisión de facultativos se había enviado a los diputados Manuel Rodrigo, Andrés Morales de los Ríos y José de Cea para estudiar y llevar a cabo el traslado de las Cortes.

¹⁷⁷ A.C.D., P-01-000020-0117. “Orden de las Cortes...”.

científicas entre los defensores y detractores del uso de este sistema contra la epidemia¹⁷⁸, existía cierta confianza en este método por parte de la clase política, sobre todo después de ser difundida por parte de Godoy durante la epidemia de 1804¹⁷⁹. Las palabras del valido de Carlos IV presentaban este método como una alternativa menos perjudicial para el comercio frente a las medidas cuarentenarias y más efectivo que los cordones sanitarios y el uso de sustancias aromáticas¹⁸⁰. Este argumento de peso había situado el uso de los ácido minerales en la palestra política superando cualquier duda que los facultativos pudieran tener al respecto.

Estas disposiciones dejaban claro que la política sanitaria era, como su propio nombre indicaba, *política*. El dictamen de los médicos, aunque solicitado y escuchado, no constituía en estos momentos un criterio imprescindible para llevar a cabo políticas dentro de las competencias sanitarias. Esta preponderancia del criterio político en el tema de las fumigaciones tenía un claro precedente en el periodo borbónico, cuando en el año 1806 no le fue permitido a Arejula publicar su capítulo sobre la inutilidad de las fumigaciones¹⁸¹.

Ha sido ampliamente estudiado desde la epidemiología contemporánea el vínculo entre el auge del uso de las fumigaciones –asociado al encumbramiento de las teorías anticontagionistas (miasmáticas)–, con el apoyo que recibió por parte de la burguesía, motivado por el menor impacto que tenían sus medidas profilácticas en el diseño de políticas comerciales¹⁸². Dentro de la lógica liberal, sin duda parecía más lógico rechazar las medidas cuarentenarias que imponían trabas al desarrollo económico de la burguesía mercantil y los principios del libre comercio, tachando como conservadora la

¹⁷⁸Se ha identificado a Caballenas o Lafuente como defensores de las prácticas fumigatorias. Véase: CARRILLO, J. L., PERELLÓ, P. R., & GAGO, R. (1977). “La introduccion en Espana de las hipotesis miasmaticas...”.

¹⁷⁹ (1805). *Memoria sobre las disposiciones tomadas por el Gobierno para introducir en España el método de fumigar y purificar la atmosfera de Guiton de Morveau, experimentos hechos con este motivo, y algunas otras noticias que prueban el poder desinfectante de los acidos minerales, y las oportunas providencias que ha dado el Excmo. Señor Generalísimo Principe de la Paz, con el fin de evitar los progresos del contagio de la fiebre amarilla, y su reproduccion*. Madrid: Imprenta Real.

¹⁸⁰Véase: CARRILLO, J. L., & BALLESTER, L. G. (1980). *Enfermedad y sociedad en la Málaga...*, p. 9.

¹⁸¹ GARCÍA BALLESTER, L., & CARRILLO, L. (1974). “Un ejemplo de represión de la ciencia en nla España absolutista: la suspensión del capítulo 15 de la Breve descripción de la fiebre amarilla (1806), de J. M. Aréjula”. *Revista de Occidente. Fundación José Ortega y Gasset*, (134): 205-211; CARRILLO, J. L., PERELLÓ, P. R., & GAGO, R. (1977). “La introduccion ...”.

¹⁸² El clásico trabajo de Ackernelch es un referente en este campo por su capacidad de situar el conflicto sobre la etiología de la enfermedad en la vorágine de las crisis políticas y las revoluciones de la Europa del siglo XIX. ACKERKNECHT, E. H. (1948). “Anticontagionism between 1821 and 1867”. *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 562–93.

reacción política contraria. El testimonio del médico Ramón López Mateos en 1810 con su obra *Pensamiento sobre la razón de las leyes derivadas de las ciencias físicas* parece reflejar ese vínculo entre las medidas cuarentenarias y el despotismo en el contexto andaluz de principios del siglo:

“Allí se vio un mal que, aunque terrible, acreditaba hasta la evidencia con hechos públicos y repetidos que nada tenía de contagioso; alarmar la poca reflexión de profesores, sabios por otra parte y credulidad de un Gobierno déspota, para que cortando toda comunicación confinase a aquellos miserables, que habiéndolos dejado en libertad, hubieran salvado muchos mas la vida. Y aunque cuando esta providencia de precaución fuera tolerable en un principio hubiera dejado de serlo luego que los prácticas despreocupados e ingenuos hubiesen resuelto el problema en cuestión. Pero esto no se podía verificar, porque no era lícito contradecir la opinión del contagio, ni de palabra, ni por escrito, por no caer en la indignación de quien acordó el que acordó acordonar con tropas las poblaciones y no podía tener el talento necesario para reformar el decreto, si prevalecían contra él las experiencia y la razón”¹⁸³

Pese a este caso, y discrepando de la línea principal de estos estudios abanderados por Erwin Ackernecht –que entendían cierta armonía entre la asunción de las teorías miasmáticas por los gobiernos liberales, con el apoyo científico de una clase médica eminentemente burguesa y cuarentenarias en el caso absolutista–, la realidad estaba lejos de adoptar esta imagen tan depurada, como podemos ver en el caso español. No existía un fácil acuerdo entre el poder político y la opinión de los médicos, que aún siendo defensores políticos del liberalismo como el caso de Arejula¹⁸⁴ y apoyar en muchos de sus escritos la influencia de la composición de la atmósfera en los procesos morbosos, rechazaba la utilidad de un elemento básico en la teoría miasmática como eran las fumigaciones¹⁸⁵. No obstante, el acierto de esta interpretación historiográfica

¹⁸³ LÓPEZ MATEOS, R. (1810). *Pensamientos sobre la razón de las leyes derivada de las ciencias físicas ó sea sobre la filosofía de la legislación*. Madrid: Gómez Fuentenebro y Compañía, pp. 176-177.

¹⁸⁴ Hay que destacar la aportación de Juan Manuel de Arejula de una cuantiosa ayuda financiera en la conspiración contra Fernando VII, en 1819, compuesta por el comerciante Javier Istúriz, los letrados Vadillo y Vallesa, Don Vicente Beltrán de Lis Gutierrez Acuña y el coronel Grases, al que más tarde se incorporaron Alcalá Galiano y Mendizábal. Véase: TUÑÓN DE LARA, M. (2000). *La España del siglo XIX*. Vol. 1. Sevilla: Ediciones AKAL, pp. 64-64.

¹⁸⁵ Las etiquetas de *contagionista* y *anticontagionista* como una antítesis fundamental de medicina teórica-que tan clara parecía en el ámbito político-, en la práctica médica veía diluidos sus límites a la hora de delinear la manera de definir y responder ante la enfermedad. Sería normal encontrar a principios del XIX, como han destacado Pelling o Hamlin -entre otros-, prácticas cuarentenarias acompañadas de medidas fumigatorias, de drenaje de aguas estancadas o de limpieza en el ámbito urbanas. Para ahondar en las críticas y límites dirigidos al trabajo de Ackernecht, existe trabajos actuales de interesante consulta, ya citados en el primer capítulo. véase: COOTER, R. (1982). *Anticontagionism...*; HAMLIN, C. (1998). *Public health...*; PELLING, M. (2001). *The meaning of contagion...*; COLEMAN, W. (1987). *Yellow fever...*

fue la de vincular el debate sobre la etiología de la enfermedad y las medidas profilácticas con la dimensión política, en un momento en el que el conocimiento científico sobre la etiología de la enfermedad era lo suficientemente equívoco para permitir a los médicos seleccionar explicaciones viables y justificadas para los brotes epidémicos desde el contagionismo o el anticontagionismo indistintamente¹⁸⁶.

2.3.1 El dictamen de la Comisión médica: el acercamiento a una norma preceptiva.

El año 1810 se despidió con el *Dictamen de los tres médicos comisionados por la Suprema Junta de Sanidad*, que con fecha del 31 de diciembre era entregado a las Cortes por Juan Manuel de Arejula, Carlos Francisco Ameller y José Antonio Coll. Dicho documento mostraba el resultado de sus indagaciones sobre el origen de la calentura que reinaba en la ciudad y los medios para atajarla, basando su estudio en los expedientes de todas las embarcaciones entradas en el puerto gaditano desde el 1 de julio hasta finales de octubre¹⁸⁷. Estructurado en tres partes, este dictamen pretendía establecer unos principios que atajaran la enfermedad y previnieran su reaparición, entremezclando el discurso médico con concepciones más políticas con respecto a cómo aplicar y establecer estos principios de sanidad pública. En su primer apartado analizaban el origen –en muchos casos incierto– de las distintas epidemias que se habían sucedido en la zona desde hacía dos siglos, señalando que en el caso de la actual presumiblemente había dado comienzo en Veracruz y en la Habana a primeros de mayo y se había transmitido a través de las embarcaciones provenientes de estos puertos y de algunos de Estados Unidos. *¿Cuántas serán las dudas que se nos habrán ofrecido para fijar nuestra opinión en este punto, cuando la experiencia nos ha evidenciado tanta variedad de circunstancias en las épocas y años anteriores para contraernos al actual?*¹⁸⁸. La discusión sobre si su origen era debido a causas tóxicas o constitucionales de la zona quedaba sin respuesta, sumándose al sinfín de argumentos

¹⁸⁶ La investigación experimental dentro del laboratorio no estaba suficientemente desarrollada para poder dar una respuesta apoyada en la bacteriología, que tomaría forma a finales del siglo. Véase: BARONA VILAR, J. (1992). *La doctrina y el laboratorio: fisiología y experimentación en la sociedad española del siglo XIX*. Madrid: CSIC.

¹⁸⁷ A.C.D., P-01-000020-0124-0004. “Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”: Dictamen de los tres profesores comisionados por la Suprema Junta Suprema de Sanidad.

¹⁸⁸ Idem.

que durante casi todo el transcurso del siglo XIX se moverían entre las teorías contagionistas o anticontagionistas.

La inexistencia de un acuerdo acerca del origen de la enfermedad no impedía a los facultativos establecer unos medios para atajarlos. Al fin y al cabo, uno de los objetivos principales que promovía la comisión era éste: poner fin al mal epidémico. En este sentido, su discurso no distaba mucho del planteado en las Cortes. La necesidad de mantener buenos reglamentos y que se hicieran cumplir rigurosamente constituía una de las urgentes tareas de las Juntas de Sanidad, incluida la Suprema. Pero al contrario de los diputados, que se mostraban confidentes con los medios que hasta el momento se habían utilizado, los comisionados insistían en la necesidad de formar reglamentos cuando ya se había dado por concluido el contagio. Se trataba, en definitiva, de evitar las medidas a modo de parches según surgiera la epidemia y de formar estructuras de control, a modo de prevención, aplicables incluso en los periodos en los que no reinara la enfermedad.

No obstante, la capacidad de actuación se hacía difícil. ¿Cómo establecer medidas efectivas si la reacción era tardía?. La necesidad de favorecer las denuncias de la epidemia se convertían en un problema cuando una de las medidas que se proponían era el aislamiento de los enfermos y los sanos. Una decisión que en la mayoría de los casos implicaba la separación de miembros de una misma familia. Hasta el momento, la estrategia de implementación de medidas había consistido en avisos, circulares y discursos desde el púlpito sobre las medidas y peligros, así como la instancia a la denuncia de la enfermedad. Pero los resultados habían sido contrarios, extendiendo la enfermedad. El miedo a la denuncia y a la incomunicación generaba una inquietud que favorecía el silencio y, por lo tanto, la incapacidad de reacción. Esta reflexión inserta en el dictamen planteaba, aunque no abiertamente, la cuestión de si la información del estado de la epidemia era necesaria, o era más adecuado el silencio político para mitigar los efectos y favorecer la reacción. Este tema va a ser central en el transcurso de las sesiones de las Cortes, planteando una discusión sobre la construcción del discurso epidémico tanto desde la arena política como en la prensa¹⁸⁹.

En su dictamen también había hueco para la reflexión político-económica que tanto preocupaba a diputados y hombres de estado: las medidas estrictas de incomunicación

¹⁸⁹ Este tema será tratado en profundidad en el capítulo cuarto de este trabajo.

eran imposibles de aplicar por ser indispensable el mantenimiento de las relaciones y el comercio, sobre todo en puertos como el gaditano que, como ya hemos comprobado, desde principios del XVIII acogía uno de los mayores flujos comerciales de la Península¹⁹⁰. Los lazaretos y medidas cuarentenarias eran indispensables, pero como ya había planteado Manuel Romero –con respecto a los puertos de Orán, Cartagena y Ceuta dentro de la administración francesa–, lo importante era reforzar las medidas y el control, incluso cuando no hubiera alarma de epidemia¹⁹¹.

Esta idea iba un poco más allá al insinuar la necesidad de colaboración entre países para evitar aquellas epidemias cuyo origen se consideraba importado. Este principio, que en estos años iniciales del siglo XIX era todavía un germen, planteaba las bases que unas décadas después darían lugar a las Conferencias Internacionales de Sanidad, y que sin duda replanteaba la manera de entender la gestión de la sanidad y la necesidad de acuerdos más allá de las fronteras nacionales¹⁹².

En el caso de que se tratara de un mal interno, una de las medidas, tanto directas como de precaución, era la separación entre sanos y enfermos. Quedaba reiterada la opinión, ya formulada por estos facultativos, de la inutilidad de las fumigaciones. Al igual que no se tenía claro el origen de la epidemia, según los redactores del dictamen, tampoco había sido del todo comprobada por la experiencia la completa utilidad de este medio. La confianza en estos medios impedían que la gente realmente se precaviera de la enfermedad y que impidiera su reproducción año tras año. La ventilación y la limpieza eran los medios más certeros de precaver la enfermedad.

¹⁹⁰ Véase: KUETHE, A. J., & ANDRIEN, K. J. (2014). *The Spanish Atlantic...*; GARCÍA-BAQUERO GONZÁLEZ, A. (1976). *Cádiz y el Atlántico...*; RUIZ RIVERA, J. B. (1988). *El Consulado...*

¹⁹¹ A.H.N., Estado, 3130, Exp.13. “Orden impresa de Manuel Romero, ministro de Justicia y encargado del ministerio del Interior, por la que se establecen diferentes medidas para evitar la propagación de la epidemia que se ha manifestado en Ceuta, Orán y Cartagena”.

¹⁹² Esta misma necesidad de acuerdos internacionales en el campo de la sanidad dio forma a las conferencias sanitarias internacionales que reunieron a científicos, higienistas y embajadores de distintos países en diez reuniones que tuvieron lugar regularmente desde 1851 a 1938. El motivo principal era el evitar la llegada y extensión de las enfermedades pestilenciales, con el interés añadido de que esto se hiciera en sintonía con los intereses políticos y comerciales de las distintas naciones. La tónica de estos encuentros fue el desacuerdo entre las distintas posiciones científicas de explicación sobre la enfermedad y que, paralelamente, mostraba el enfrentamiento entre las distintas posiciones políticas aperturistas o proteccionistas. Es sintomático que no se formulara ninguna Convención sanitaria internacional hasta la conferencia de Venecia de 1892, después de cinco infructuosas reuniones. Solo unos años después de que Robert Koch hiciera avances cruciales en la teoría microbiana de la enfermedad. Véase: HARRISON, M. (2006). “Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century”. *Journal of Global History*, 1(2), 197—217; LEE, K., & DODGSON, R. (2000). “Globalization and cholera: implications for global governance”. *Global Governance*, 213–236.; VILAR, J. L. B., & BERNABEU-MESTRE, J. (2011). *La salud y el Estado: El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universitat de València.

La combinación en el dictamen de medidas de separación de enfermos, de utilización de lazaretos y cuarentenas marítimas, junto a medidas de ventilación y limpieza, es la constatación de que la posición de los médicos, al contrario de la imagen perfectamente polarizada que pretendió ofrecer la historiografía contemporánea entre “contagionistas” y “anticontagionistas”¹⁹³, se movía entre ambas posturas. La pervivencia del modelo hipocrático, que señalaba la constitución de la atmósfera como origen de la enfermedad, se combinaba con la teoría de la comunicación de la enfermedad mediante el contagio¹⁹⁴.

La aprobación del *Dictamen* por parte de la Junta Suprema de Sanidad y la decisión de remitirlo a las Cortes y posteriormente al Consejo de Regencia¹⁹⁵, reflejaban la consideración de las propuestas remitidas, y parecía poner en buen camino la gestión de la sanidad pública. Si bien su rastro se diluye en las sesiones de Cortes, existen otros indicios de que la difusión de este dictamen se extendió más allá de Cádiz y sus enseñanzas aplicadas posteriormente. Así encontramos cómo en 1812, la publicación en Murcia de José Miguel Cabanellas sobre los métodos para evitar la propagación de la epidemia, citaba las medidas impuestas por dicho dictamen y su acertado método de descontagiar mediante el aire, el agua y el fuego¹⁹⁶. Su análisis y descripción de los remedios dependiendo de la fase en la que se encontraba la enfermedad reaparecería en una reimpression en 1819 confiando en sus fundamentos para la lucha contra el resurgimiento de la epidemia en ese año.

“Para corresponder esta Junta Superior de Sanidad á las diferentes solicitudes que se le hacen, ... ha acordado se imprima y circule el que la Real Comisión Médica de Consultores comprendió en su sabio dictamen dado el 31 de Diciembre de 1810 sobre la enfermedad conocida con el nombre de fiebre amarilla ...”¹⁹⁷

¹⁹³ ACKERKNECHT, E. H. (1948). “Anticontagionism...”.

¹⁹⁴ Esta convivencia entre ambas posiciones en los dictámenes de los médicos españoles también fue analizada por Margaret Pelling en el caso británico de la primera mitad del siglo XIX. Véase: PELLING, M. (1978). *Cholera, fever and English medicine, 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press. HAMLIN, C. (1998). *Public health...*, p. 63.

¹⁹⁵ A.C.D., P-01-000020-0124-0001. “Expediente relativo al caracter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”. Un expediente firmado por Eusebio Bardaxí Azara el día 16 de febrero de 1811 confirma la remisión de este expediente de la comisión a las Cortes Generales y Extraordinarias.

¹⁹⁶ CABANELLAS, M. (1812). *Reglas para evitar...*, p. 39.

¹⁹⁷ VALDÉS, A. R. (1819). *Para corresponder esta Junta Superior de Sanidad á las diferentes solicitudes que se le hacen,... ha acordado se imprima y circule el que la Real Comisión Médica de Consultores comprendió en su sabio dictamen dado en 31 de Diciembre de 1810 sobre la enfermedad conocida con el nombre de fiebre amarilla*. Cádiz: s. n., p. 1.

Las medidas y actuaciones propuestas por este dictamen adoptaron cierto carácter preceptivo. Sin embargo, el mismo texto clamaba por la necesidad de adoptar reglamentos y una normativa estable y vigente durante todo el año. La aprobación de este dictamen habían constituido un paso adelante por parte de las Cortes, pese no haber admitido el voto de los facultativos dentro de la comisión.

En este sentido, el año de 1811 quedaba inaugurado con una declaración de intenciones por parte del gobierno de asumir el cuidado de la sanidad pública. Así se reflejó el 5 de enero de 1811, cuando en plena discusión sobre el reglamento provisional para el Consejo de Regencia, Felipe Aner puntualizaba sobre el capítulo V, dedicado al gobierno interior del reino: “yo desearía que la Regencia encargada del gobierno interior y tranquilidad de él, atendiese también a la salud pública, estableciendo buena policía y que tomase las medidas necesarias que no están provistas en los reglamentos generales”¹⁹⁸. Las declaraciones de Aner incidían en la responsabilidad política con respecto a la sanidad. No obstante, su testimonio se alejaba de la necesidad real que el dictamen había puesto de manifiesto: la urgencia de establecer y mejorar los reglamentos generales. En cambio, su interés por la sanidad reproducía la postura adoptada posteriormente desde la esfera política, que incidía en el fortalecimiento de los instrumento de poder y control que actuaran en aquellos casos no previstos en las norma. Una vez más se tendía a reproducir la política de parches que había caracterizado tradicionalmente la gestión de la sanidad.

Pese al interés suscitado por la cuestión sanitaria en el foro político, el paso de los meses calurosos había tenido como consecuencia una disminución natural de la epidemia y, por tanto, pareció haber relegado el tema sanitario a un segundo plano. Tan solo se mantenía, a principios de 1811, una balbuciente organización administrativa apoyada en órganos colegiales especializados que tenían que reunirse cada vez que las circunstancias lo demandaban, dependiendo en gran medida de la permanencia en la vida administrativa española de la presencia real de una enfermedad epidémica¹⁹⁹.

No obstante, en el mes de marzo se reactivó el debate sanitario, quizás por la cercanía de los meses calurosos y con ellos el miedo al posible resurgimiento de la epidemia. En la misma línea, el ayuntamiento de Cádiz había puesto en evidencia por medio de

¹⁹⁸ (1811). *Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 2. Cádiz, Imprenta Real. Sesión del 5 de enero de 1811, pp. 272-273.

¹⁹⁹ MACHADO, S. M. (1975). *La Sanidad pública...*, p. 71.

dos disposiciones oficiales al Consejo de Regencia –con fecha del 26 de febrero y 2 de marzo de 1811– la necesidad de tomar medidas contra el hacinamiento al que se veía relegado Cádiz en previsión del retorno de aquel mal. Esta situación se había visto aumentada con el traslado de Cortes a la ciudad de Cádiz el 24 de febrero de ese mismo año “con un significativo aumento de los alojamientos para los políticos y su comitiva y por tanto un mayor hacinamiento”²⁰⁰. El tono de la última disposición se convierte en una crítica a la pasividad de las autoridades, cuya falta de contestación no estaba dentro de los principios de Justicia del Supremo Gobierno²⁰¹.

Una de las primeras reacciones ante la atención que exigía las cuestiones sanitarias fue la conformación de una Comisión de Salud Pública en el seno de las Cortes que, con fecha de 20 de febrero de 1811, pasaba a estar formada por los diputados José Mejía Lequerica, Antonio Oliveiros y Jaime Creus²⁰². El volumen de trabajo y la atención que requería el problema de la salud obligaba a las Cortes a crear un organismo que, al igual que en las ramas de Hacienda, Ultramar o Justicia, filtrara la información y estudiara los temas a tratar en las sesiones parlamentarias²⁰³. Parecía que la temporalidad que revestía la gestión sanitaria, vinculada en un principio a la fugacidad de una epidemia, iba siendo sustituida por instrumentos que auguraban cierta implantación de una previsión –o prevención– en el plano político.

El día 13 de marzo quedaba aprobada una resolución de la Comisión de Salud pública en la que se proponía asociar a las deliberaciones de la comisión el juicio de los médicos Juan Manuel de Arejula, Rafael Costa e Higinio Antonio Llorente, para que pudieran dar respuesta y aportar su juicio a la multitud de representaciones y proyectos que habían recibido relativos a la salud pública.

Esta resolución ponía de manifiesto dos cuestiones claves en este momento: por una parte demostraba el ingente número de filtros burocráticos y centros deliberativos que existían a la hora de tomar decisiones en el ámbito sanitario. Ya no era solamente la Junta de Sanidad la que hacía uso de comisiones médicas para sus deliberaciones, sino

²⁰⁰ A.C.D., P-01-000020-0124-0003. “Expediente relativo al character...”.

²⁰¹ Idem.

²⁰² Sesión del 20 de febrero de 1811. (1811). *Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias*. Tomo 3. Cádiz: Imprenta Real, p. 390.

²⁰³ Para profundizar sobre la organización de las Cortes, y la conformación y funcionalidad de las comisiones, véase: DE DIEGO GARCÍA, E. (2002). La “Orgánica” de las Cortes 1810-1813. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24, 23–40.

que la propia Comisión de Salud Pública, –comisión formada por tres diputados que se encargaba de filtrar y tomar decisiones en el ámbito de las Cortes–, requería también del juicio de otra comisión médica para gestionar sus medidas.

En segundo lugar, pese a la reactivación del debate sanitario en las Cortes y la confianza en el criterio médico para la elaboración de medidas, los facultativos eran convocados como comisión, siguiendo, como el mismo diario en Cortes especifica, “el espíritu de varios acuerdos del Congreso en semejantes casos”²⁰⁴.

Esta resolución volvía a traer a la mesa de debate la cuestión ya planteada en la sesión del 20 de noviembre 1810 sobre la estructura que debía tener la Junta de Sanidad y el papel de las comisiones médicas. No obstante, los términos en los que se presentaba el escrito dejaban claro que no había intención de modificar la estructura de la institución.

La respuesta de los médicos comisionados no tardó en aparecer, pues el día 31 de marzo de 1811, solo dieciocho días después de la resolución citada, mandaban un escrito al Consejo de Regencia en el que ponían de manifiesto la dificultad que encontraban en dar impulso activo a sus disposiciones y consejos que recaían en asuntos puramente médicos, entre otras cosas por el problema que encontraban los no facultativos para trasladar esas ideas al público de una manera clara²⁰⁵. El escrito hacía referencia al historial de disposiciones que la Junta Suprema de Sanidad había tomado para atajar la enfermedad, adjuntado el dictamen que, como ya se ha mencionado, había sido realizado el 31 de diciembre de 1810 por la comisión nombrada *ad hoc*. Sin embargo, pese a reconocer la labor realizada por la Junta de Sanidad, se ponía de manifiesto la incapacidad de sus miembros de comprender los preceptos que subyacían a las medidas que ellos proponían como expertos del tema. Los profesores recién nombrados asociados a la Comisión de Salud Pública, Arejula, Costa y Llorente, elevaban esta crítica velada hacia la administración de la sanidad pública renegando del papel secundario en el que se había abandonado al experto técnico en el tema.

“No perteneciendo a los Ministros de la Junta por su profesión el conocimiento de los preceptos de la higiene pública en toda su extensión, convendría organizarla en conformidad de las leyes sabiamente establecidas de tiempo inmemorial que sin saberse la causa han dejado de tener efecto en los últimos tiempos con grave daño para

²⁰⁴ Día 13 de marzo de 1811. (1811). *Diario de las discusiones y actas...* Vol. 4, p. 207.

²⁰⁵ A.C.D., P-01-000020-0124-0003. “Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”.

la salud pública.”²⁰⁶

Se trataba, por tanto, no solo de una simple crítica a la conformación de la Junta de Sanidad, sino que se proponía la reestructuración de la administración de la sanidad pública a través del restablecimiento del Tribunal del Protomedicato. Esta decisión, aunque parecía recuperar el criterio científico en la toma de decisiones, ponía en duda la capacidad de las Cortes para ofrecer nuevas estructuras sanitarias dentro del proyecto liberal. No obstante, si bien esta reforma parecía verse perjudicada por el apego que existía por las viejas estructuras políticas, el proyecto para su restablecimiento introdujo cambios que demostraban la comunión de éste con las ideas liberales.

2.4. El restablecimiento del Tribunal del Protomedicato.

El recurso de los médicos Arejula, Costa y Llorente para restablecer aquel órgano que desde 1477 había sido encargado de juzgar la idoneidad de los aspirantes al cuidado de la salud pública, no cayó en saco roto. Como ya había sucedido en el año anterior, con la proximidad de la estación calurosa se desempolvaban los miedos por la salud y la atención de los diputados hacia los temas sanitarios se hacía algo más latente.

Poco después de pedir el restablecimiento del Protomedicato, los miembros de la Comisión de Salud Pública elevaban una instancia en abril de 1811²⁰⁷, en la que se establecía la necesidad de crear un reglamento sencillo que se antepusiera a la “insuficiencia de los medios aplicados hasta ahora que, aunque laudables en sí mismas, están demasiado demostrada por los progresos de la referida epidemia que no decayó sino con la declinación del año”²⁰⁸. La necesidad de reforzar las medidas que hasta el momento había establecido la Junta de Sanidad y de corregir los vicios que adolecían al resguardo de la sanidad, según firmaban los diputados Mejía, Oliveros y Creus²⁰⁹, era una de las prioridades de las Cortes. Esta instancia, aprobada en Cortes el 14 del

²⁰⁶ Idem.

²⁰⁷ A.C.D. P-01-000020-0124-0003. “Expediente relativo al caracter y curación de la fiebre amarilla”. Instancia de la Comisión Pública firmada en Cádiz el 9 de abril de 1811.

²⁰⁸ Idem.

²⁰⁹ Mejía Oliveros y Creus fueron nombrados miembros de la Comisión de Sanidad Pública en la Sesión de las Cortes del 20 de febrero de 2011. Oliveros fue sustituido tres meses después, el 4 de mayo, por Albelda, al ser nombrado parte de la comisión de la constitución: Véase: (1811). *Diario de discusiones...* Tomo V, p. 324.

mismo mes de abril, volvía a subrayar la inoperancia de las instituciones y de su capacidad de ofrecer medidas para luchar contra la epidemia.

Casi como respuesta a este vacío y en un ambiente tenso provocado por las críticas constantes a la pésima situación de los hospitales militares²¹⁰ y por las noticias de un posible brote de epidemia en Cartagena, las Cortes generales y extraordinarias restablecían el Tribunal del Protomedicato²¹¹.

Según rezaba el decreto LXXIX, se constituiría como un Tribunal Supremo de Salud Pública y volvería a regirse según las leyes de Castilla que regularon sus facultades y obligaciones hasta 1780, año “en que empezaron a variarse sus atribuciones con grave daño a la causas pública”. Esta aserción daba cuenta de la inestabilidad que había vivido el Tribunal en las últimas dos décadas y la necesidad de recuperar el prestigio de una institución que no había sabido dar respuesta a las nuevas corrientes científicas y a las constantes luchas entre las distintas ramas de la práctica médica²¹².

El principio que vertebraba el restablecido Tribunal era el de centralizar en un solo organismo las funciones de la organización del ejercicio y formación en el ámbito sanitario—tradicionalmente su principal competencia—, junto con el control y la lucha contra las epidemias. Bajo un criterio de eficiencia administrativa se pretendía articular las distintas atribuciones dedicadas a la sanidad pública, que desde el año 1804 se habían repartido tres organismos diferentes: La Junta Gubernativa de Medicina, la Junta Superior Gubernativa de los Reales Colegios de Cirugía y la Junta Suprema de Sanidad. Lejos de plegarse a los principios tal y como se habían formulado previamente al año 1780, y como rezaba el Real Decreto para su restablecimiento, el Tribunal iba un poco más allá asumiendo prerrogativas respecto a la salud pública que generalmente había compartido con otros ministerios, como había sido el caso del

²¹⁰ Véanse *El Conciso* nº 23 y nº 24 y el *Semanario Patriótico* nº LVI.

²¹¹ Decreto LXXIX, Real Decreto de 22 de Julio de 1811. Véase: A.C.D., P-01-000030-0034, para consultar el Expediente sobre el restablecimiento del Tribunal del Protomedicato 1811-1812. También se puede consultar en la colección de decretos de las Cortes: (1811). *Cortes de Cádiz, Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes generales y extraordinarias desde su instalación de 24 de setiembre de 1810 hasta igual fecha de 1811*. Madrid: Imprenta Real, p. 180.

²¹² IBORRA, P., RIERA PALMERO, J., & GRANDA JUESAS, J. (1987). *Historia del protomedicato en España (1477-1822)*. Valladolid: Secretariado de publicaciones. Univ. Valladolid, pp. 84-85, 194-205. Díez, M. S. C. (1999). *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Cuenca: Univ de Castilla La Mancha, pp. 198-218.

entrecruzamiento de competencias con la Juntas de Sanidad²¹³.

Quizás más importante era el hecho de que gracias a este decreto, el control de la sanidad pública era asumido por un cuerpo técnico especializado. Se desterraba, por tanto, el principio rector que había predominado durante el Antiguo Régimen en organismos como las Juntas de Sanidad, que consistía en la delegación de la toma de decisiones en un cuerpo administrativo-jurídico sin formación adecuada. Respondiendo a las súplicas de los médicos comisionados por las Cortes y de alguno de los diputados liberales, la gestión de la sanidad pasaba a estar controlado por “cinco facultativos de acreditada probidad, patriotismo, luces y experiencia; siendo condición precisa que dos de ellos sean profesores de medicina, dos de cirugía, y uno de química”²¹⁴.

Este nuevo enfoque, como acertadamente ha afirmado Álvaro Cardona²¹⁵, planteaba un claro intento de ruptura con la “rutina administrativa” del Antiguo Régimen, y demostraba el discurso liberal subyacente a esta propuesta en el marco de la sanidad pública. La exigencia formativa de los miembros del reinstaurado Protomedicato imprimía un carácter técnico-científico, al mismo tiempo que convertía sus decisiones en prescriptivas para todo el conjunto del país. Esto, sin duda, formaba parte del principio de eficiencia administrativa con la que se intentaba revestir a la administración liberal. El hecho de articular, según rezaba el decreto, todas las acciones que con anterioridad se realizaban de manera dispersa en el ámbito sanitario, parecía demostrar el viraje por el que el nuevo gobierno liberal había apostado en el campo sanitario.

Efectivamente, el decreto imponía al restablecido Tribunal la redacción y posterior presentación a las Cortes de un reglamento de su organización y gobierno interior. Junto a este debía añadir “todos los planes, reformas y mejoras que crea necesarios al bien estado, tanto en la enseñanza de los diversos ramos del arte de curar y de las ciencias auxiliares suyas, como en el establecimiento y dirección de hospitales, especialmente militares, y en los demás puntos relativos a policía medica”. Este ulterior objetivo entraba dentro de este principio unificador y funcional con el que las

²¹³ VARELA PERIS, F. (1998). “El papel de la Junta...”, p. 330.

²¹⁴ Decreto LXXIX..., p.180.

²¹⁵ CARDONA, Á. (2003). “Las ideas sobre salud pública de los dirigentes liberales españoles en las Cortes de Cádiz (1810-1814)”. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 21(2), 63–71, p.66.

Cortes pretendían revestir la organización del Estado²¹⁶. No obstante, era al mismo tiempo un principio que refleja las necesidades y circunstancias particulares que rodeaban al debate de las Cortes en ese preciso momento. No debemos olvidar la sintonía constante que va a existir entre la consolidación de los sistemas sanitarios y los elementos circunstanciales unidos a los ciclos epidémicos y otras catástrofes sanitarias durante todo el siglo XIX.

En un tono derrotista, en 1813 Francisco Flores Moreno escribiría una dura crítica a esta situación tan inestable para la salud pública tan esclava a las amenazas de la enfermedad:

“Yo me acuerdo ,y creo que ningún vecino de este pueblo habrá olvidado, que cuando en las inmediaciones del otoño 1810 empezaron a difundirse en esta ciudad los rumores de que el contagio se había presentado, los asuntos relativos a sanidad se agitaron con el mayor calor en las Cortes extraordinarias. Mas como ya era tarde, y en las angustias de momentos críticos poco o nada se hace bueno, las intenciones del gobierno quedaron frustradas, y el mal desenrollando su germen, hizo ver que ya no era posible impedir al enemigo la entrada. Lo que después sucedió todos lo sabemos. Terminó (porque debía terminar) la calamidad, y no se volvió a hablar una palabra del asunto, pues aunque el Protomedicato fue formado en aquellos días con la idea principal, según creo, de dictar los medios de asegurar la salud pública, no sabemos se haya arreglado nada relativo a este asunto.”²¹⁷

2.4.1 Primeras controversias: el vacío de poder.

El decreto del 11 de Julio de 1810 sentaba sin duda bases cruciales para la configuración de una nueva estructura sanitaria en España. Parecía que el matrimonio entre sanidad y política, entre la dimensión técnico-científica y la de gobierno, estaba dando sus primeros pasos por el buen camino. A esta situación se unían los esfuerzos que empiezan a surgir para establecer un código sanitario general, teniendo como primer exponente los intentos de Bartolomé Mellado. Este médico gaditano presentaría a las Cortes en julio de 1811 su *Historia de la epidemia padecida en Cádiz el año de 1810 (...)*.

²¹⁶ VARELA SUANZES-CARPEGNA, J. (1983), *La Teoría del Estado en los orígenes del constitucionalismo hispánico (las Cortes de Cádiz)*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; GALLEGU ANABITARTE, A. (1991) “España 1812: Cádiz, Estado unitario, en perspectiva histórica”, *Ayer* (1), 125-166.

²¹⁷ MORENO, F. F. (1813). *Ensayo médico-práctico...*, p. 156.

Este texto, pedía Mellado, debía ser remitido a la Comisión de Salud Pública de las Cortes, para que tuvieran en cuenta el “Bosquejo de constitución General de Sanidad con los Reglamentos indispensables para el resguardo de mar, y práctica de diligencias en los puertos, y para la conservación de la salud de los pueblos” que presentaba en su tercer y cuarto capítulo²¹⁸.

Esta representación parecía, ciertamente, encauzar los objetivos propuestos por el Decreto para la instauración del Protomedicato en el que, aparte de unificar los asuntos relativos a la sanidad, debía formar un reglamento de sanidad. Sin embargo, existían diferentes obstáculos en el camino que impedían la consecución de esta feliz empresa, y que ponían en peligro el total de la reforma propuesta.

En primer lugar, y pese a haber tenido un buen recibimiento tanto por parte de la Comisión de Sanidad como de las Cortes, la constitución sanitaria presentada por Mellado quedaba pendiente de ser revisada y aprobada por el recién reinstaurado Protomedicato. Así lo apuntaba la Comisión de Salud Pública en una carta dirigida a la presidencia de las Cortes²¹⁹ y de la que se dio cuenta en sesión pública el 9 de agosto de 1811²²⁰. En este escrito hacían constar que, pese a haberle sido remitida la memoria de Mellado —y junto con ella otra serie de disposiciones interesantes realizadas por otro médico—, no era su misión formar o examinar semejantes reglamentos sino del recién instaurado Tribunal.

Las palabras de los tres diputados²²¹ acusaban el vacío de poder que se estaba generando en el ámbito sanitario, e instaban con su carta al Consejo de Regencia a cumplir el decreto por el que quedaba instaurado este órgano. Tras un mes desde su promulgación, en pleno agosto, la inoperancia institucional impedía una reacción coherente contra la epidemia. La necesidad de tomar medidas para evitar la posible vuelta de la fiebre amarilla era una prioridad para los miembros de la Comisión, que se veían obligados a reiterar, por tercera vez, la necesidad de adoptar medidas contra el

²¹⁸ A.C.D. P-01-000020-0124. “Expediente relativo al carácter...”. Dictamen de la Comisión de Salud Pública sobre la exposición presentada por el doctor D. Bartolomé Mellado.

²¹⁹ A.C.D. P-01-000020-0124-0001. “Expediente relativo al carácter...”. Informe firmado por Creus, Mejía y Llameraux sobre la representación de Bartolomé Mellado.

²²⁰ (1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes*. Vol. 7, p. 356

²²¹ En el momento que se escribe esta carta, los diputados que conforman la Comisión de Sanidad son Mejía, Creus y Llamerau.

hacinamiento de la ciudad de Cádiz²²².

Pasada la mitad de agosto de 1811, la alarma se extendía al haber rumores sobre la existencia de la epidemia por la zona de Cartagena y el resto de Levante. Así lo comunicaba la Comisión de Sanidad Pública en la sesión pública del 19 de agosto, con la intención de exigir al Consejo de Regencia la toma de los medios adecuados, reiterando la necesidad de dar cuerpo a un marco institucional que las lleve a cabo con coherencia:

“ (...) los facultativos asociados haciéndose cargo que el Consejo de Regencia ha nombrado ya los individuos que han de componer el protomedicato todavía no se formaliza este tribunal, ni es fácil ejecutarlo en pocos días; convirtiendo entre tanto peligro para la salud pública, sino se activa las más eficaces medidas para evitarlo.”²²³

2.4.2 Debates sobre la configuración del Tribunal.

Una de las razones por las que persistía la demora por parte del Consejo de Regencia para formalizar el restablecimiento del Tribunal residía en la problemática y críticas que había suscitado la conformación sugerida por el decreto.

El tercer artículo del Real Decreto del 11 de Julio de 1811 apuntaba como miembros destinados a ocupar el Protomedicato a dos profesores de Cirugía, dos de Medicina y uno de Química. Sin embargo, en esta formulación habían quedado excluidos los facultativos de Farmacia. Las críticas y recursos de los miembros de la Junta Superior de Farmacia –organismo que había asumido el control de la rama farmacéutica tras la disolución del Protomedicato en 1780– eran algunos de los motivos que paralizaban la consecución del decreto. Sobre todo, teniendo en cuenta que las Cortes suprimirían menos de un mes después, por decreto del 2 de agosto de 1811 y en virtud de lo estipulado el 11 de julio, la Junta Suprema de Farmacia, dejando sin órgano rector a ese ramo²²⁴. A esto se sumaban representaciones como la de Manuel Nuñez y Félix

²²² Recordemos que el Ayuntamiento de Cádiz había enviado dos disposiciones oficiales al Consejo de Regencia –con fecha del 26 de febrero y 2 de marzo de 1811– exponiendo la necesidad de tomar medidas contra el hacinamiento al que se veía relegada la ciudad. Véase: A.C.D., P-01-000020-0124-0003. “Expediente relativo al character...”.

²²³ A.C.D., P-01-000020-0124-0001. “Expediente relativo al character...”.

²²⁴ A.C.D., P-01-000030-0034-0002. “Expediente sobre el restablecimiento del Tribunal del Protomedicato (1811-1812)”. Decreto supresión Junta Suprema de Farmacia.

González, médicos de cámara y miembros de la Junta Superior de Medicina, quejándose de que el Consejo de Regencia no les había nombrado para el referido Tribunal²²⁵.

En este contexto la Junta de Farmacia publicaba una crítica mucho más profunda dirigida a cuestionar la propia base científico-técnica que el Protomedicato –y por tanto la gestión sanitaria– había conseguido. La urgencia por poner fin a la epidemia había servido de pretexto, según este texto de 1811, para posicionar a médicos y cirujanos a la cabeza de la gestión sanitaria cuando se trataba de una cuestión reservada a la “difícil ciencia de gobernar” y no a la “instrucción en el arte de curar”²²⁶. “Aquel contagio”, escribía la Junta, “no se precave medica, sino política y militarmente”.

De forma irónica, el texto comparaba este encumbramiento de los médicos al caso de un relator de un tribunal que se levantase una mañana, “o una tarde después de la siesta”, con la disparatada pretensión de que se despojase a los jueces de la autoridad de sentenciar, atribuyéndose exclusivamente al relator el derecho de juzgar, persuadido de que era lo mismo charlar que determinar con prudencia y previsión una sentencia²²⁷. Este rechazo directo al poder conferido a médicos y cirujanos parecía más bien provenir del resentimiento de los miembros del ramo de farmacia por no haber recibido el mismo reconocimiento.

El obstáculo ante la consecución de una estructura estable en la organización de la sanidad, en los términos en los que lo hemos presentado, parecía poder llegar a su fin cuando el 1 de septiembre de 1811 quedaba instalado el Tribunal del Protomedicato. Sin embargo, no estaba cerca de presentar solución a las controversias generadas. La insistencia del diputado Zorraquin en la sesión del día anterior, sobre la necesidad de hacer efectivo el nombramiento de los miembros del tribunal –que ya estaba conformado antes del 19 de ese mismo mes–, generó una discusión, que finalmente dejó fuera las reclamaciones de los facultativos de farmacia. La urgencia residía en la necesidad de dictar providencias y cumplir los reglamentos para evitar el contagio de la

²²⁵ Aunque no se conservan los recursos presentados, se hace mención sobre ellos en diversas sesiones de Cortes. Véase: sesión del 31 de agosto de 1811. En (1811). *Diario de Las Discusiones y Actas de Las Cortes...* Tomo 8, pp. 98-99; Sesión del día 18 de septiembre de 1811. (1811). *Diario de Las Discusiones y Actas de Las Cortes...* Tomo 8, pp. 346-348.

²²⁶ (1811). Carta segunda a Bonifacio sobre asunto diferente del representado a las Cortes por la Junta de Farmacia. Cádiz: por Antonio de Murguía, p. 8.

²²⁷ Idem, pp. 13-14.

epidemia²²⁸.

De esta forma, el Consejo de Regencia, dejando fuera las alegaciones de los profesores de farmacia, habilitaba, con fecha de 1 de septiembre²²⁹, a los miembros del Tribunal. La presidencia era asumida por Juan Manuel de Arejula, director sin ejercicio del Real Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz, y que además, representaba la rama de química dentro del Tribunal. Carlos Francisco Ameller –director del Real Colegio de Cádiz y médico de cámara honorario– y Rafael Costa –Catedrático de Medicina Teórico-práctica del Real Colegio de San Carlos– ejercían como los facultativos especialistas en cirugía. Y por último, Higinio Antonio Lorente, Catedrático de Química del Real Estudio de Medicina Clínica de Madrid, y Antonio Franseri –médico de cámara del ejército– fueron los elegidos para representar el ramo de Medicina.

Pese a la determinación del Consejo de Regencia y la reacción que exigían las circunstancias, las disensiones generadas por la exclusión del cuerpo de farmacia seguían suscitando debates en las Cortes. El hecho de que la designación de los miembros se aprobara “sin perjuicio de que se resolviese en lo sucesivo, respecto a las indicadas reclamaciones y representación (...)”²³⁰ habían dejado la puerta abierta a la discusión de la resolución.

El 21 de Septiembre de 1811 parecía, por fin, poner término al debate al publicarse un nuevo Decreto que ajustaba la disposición del 22 de Julio mediante un par de adiciones²³¹. La primera estaba dirigida a modificar su composición, para así incluir la representación de la rama de Farmacia, nombrando para el puesto al Boticario de la Real Cámara, Francisco Javier de la Peña y a Agustín José Mestre. La segunda modificación afectaba a los sueldos de los miembros del Tribunal, que pasaban a ser incompatibles con el de cualquier otro puesto, siendo de 12000 reales anuales. La crisis que experimentaba el erario público en el contexto bélico en el que se encontraba el

²²⁸ Sesión del 30 de agosto. (1811). *Diario de Las Discusiones y Actas de Las Cortes...* Tomo 8, pp. 88-89.

²²⁹ Archivo General de Palacio (A.G.P.), Fernando VII, Caja 394, Exp. 50. “Notificación del Sumiller de Corps al Grefier General con fecha de 5 de Septiembre de 1811”.

²³⁰ Sesión del 31 de agosto de 1811: (1811). *Diario de las discusiones y Actas de las Cortes...* Vols. 7-8, p. 98.

²³¹ (1811). *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias desde su instalación en 24 de septiembre de 1810 hasta igual fecha de 1811*. Tomo 1. Cádiz: Imprenta Real, p. 233.

país motivaba esta última modificación, dejando a la elección de los profesores la percepción de uno u otro salario según su ocupación fuera del Protomedicato.

2.4.3. Enfrentamiento entre el Protomedicato y la extinta Junta Suprema de Sanidad: inoperatividad sanitaria.

El mencionado decreto del 21 de Septiembre de 1811 parecía llegar en el momento preciso. La amenaza de la epidemia de la que ya se venía advirtiendo desde el 19 de agosto²³², se reactiva, haciendo imperiosa la necesidad de tomar medidas. La epidemia parecía extenderse como mancha de petróleo y ya en el mes de septiembre no eran solo Cartagena y Murcia las ciudades que habían dado la voz de alarma, sino también Elche, Torrevieja, Valencia e incluso las Islas Canarias. Sin embargo, no parecían tomarse determinaciones homogéneas para frenar la enfermedad, ni existir un solo órgano que dictaminase las medidas que adoptar²³³.

Si bien el Protomedicato había asumido, supuestamente, por completo y como único órgano las competencias respecto a la salud, existían varios indicios de que su nombramiento, aunque aprobado, no era efectivo en la práctica.

El hecho de encontrar la firma de Josef Colon –presidente de la Junta Suprema de Sanidad– en alguna de las disposiciones y correspondencia con las Juntas de Sanidad Provinciales, es el primer elemento que nos llama la atención. A él se dirigen, a finales del mes de septiembre de 1811, las Juntas de Sanidad de Murcia, Alicante o Algeciras, entre otros, para informar sobre los estragos de la epidemia y la necesidad de que la Junta Suprema dispusiera de medios para detenerla.

El segundo es la falta de acuerdo para imponer una serie de medidas entre provincias, como las de Murcia y Valencia, que se dirigían a la Comisión de Salud Pública en busca de solución en los siguientes términos:

“Esta junta ha dado continuados testimonio de que el celo por la conservación de la salud pública es el que anima sus operaciones y ha

²³² A.C.D., P-01-000020-0124-0001. “Expediente relativo...”. El 19 de agosto de 1811 la alarma se extendía al haber rumores sobre la existencia la epidemia por la zona de Cartagena y todo Levante.

²³³ A.C.D., P-01-000020-0114. “Orden dictando varias disposiciones para socorrer a los pueblos alertados por epidemia de fiebre amarilla y preservar a lo que no lo están redoblándose la vigilancia en Cádiz y en la Real Isla de León” (11.10.1811).

estado y estará distante siempre dirigiéndolas a mezclarse en entorpecer facultades de otra autoridad de cualquiera que sea. Para evitar choques o etiquetas que puedan repetirse Suplica a V.M. se sirva declarar por punto, o regla general que las providencias que tomen las Juntas de Sanidad Superior en las Provincias en los casos de peste sean obedecidas y cumplidas por toda clase de gentes y autoridades, militares, civiles, eclesiásticas, o de cualquiera condición que sean, o establecer también por regla general los casos en que las Juntas debieran suspender sus providencias hasta que merezcan la aprobación de la autoridad militar, o de otras superiores.”²³⁴

¿Quién estaba imponiendo realmente las medidas de actuación sanitaria?, ¿a quién tenían que responder las distintas Juntas provinciales? No es fácil encontrar respuestas claras a estas preguntas. De acuerdo con el Real Decreto que había restablecido el Tribunal del Protomedicato se establecía el cese en sus facultades propias a favor de todas aquellas corporaciones que se habían autorizado interinamente para suplirlo. Sin embargo, la firma de Josef Colón, señalada más arriba, demostraba que la Junta Suprema de Sanidad seguía ejerciendo su poder paralelamente al Tribunal del Protomedicato. Si a esto le añadimos el escrito presentado por la Junta de Sanidad de Valencia, parece claro que no existía coherencia ni estructura en el ámbito sanitario, haciéndose cada vez más obvia la necesidad de establecer unas reglas de general cumplimiento.

El argumento lapidario que demuestra la inoperatividad de la estructura sanitaria viene de parte de Arejula, Ameller, Costa y Llorente –como miembros del Protomedicato– que, dirigiéndose a la Comisión de Salud el 22 de octubre de 1811, hacen una descripción de la lamentable situación en la que se encuentra su ministerio²³⁵. En este texto, los facultativos admitían los pasos decisivos que se habían tomado desde el restablecimiento del Tribunal del Protomedicato, como es la creación de comisiones que en ese momento ya preparaban un Reglamento de su organización y gobierno interior y un código general de Higiene Pública. Sin embargo, reconocían un desorden que paralizaba su ejecución.

El problema parecía claro para los cuatro médicos: el Protomedicato no era ni

²³⁴ A.C.D., P-01-000020-0119. “Representación de la Junta Superior de Sanidad del reino de Valencia exponiendo las disposiciones dictadas por la misma para evitar la propagación de la fiebre amarilla”.

²³⁵ A.C.D., P-01-000020-0124-002. “Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”. Mesa de Justicia del Tribunal del Protomedicato a la Comisión de Salud Pública (22.10.1811).

obedecido ni atendido.

A esto se le sumaba un enfrentamiento directo con la Junta Suprema de Sanidad cuyo presidente le había ofrecido los papeles de su secretaría relativos a este ramo para poder tomar las providencias necesarias contra la epidemia, sin haber sido estos recibidos desde su supuesta disolución el 22 de Julio de 1811. Esto replanteaba la cuestión del vacío de poder en el contexto sanitario, que sería planteado por los médicos que firmaban esta misiva:

“ (...) ¿cómo ordenar lo conveniente al resguardo de la salud pública ignorando su trastorno, y modo de él, que en lo que en la actualidad sucede?, ¿qué probabilidad tendría de hacer bien con sus disposiciones si hasta sus inmediatos subalternos pueden resistirlas?, ¿qué esperanza le quedará de prevenir epidemias, o de cortarlas, si cundiendo como cunde, a varios pueblos de Cartagena y Murcia se le priva de lo necesario para discurrir sobre los medios de atajarla?, ¿qué planes ha de formarse que sirvan para el mejor establecimiento de los diferentes ramos de sanidad, y de sus imprescindibles relaciones recíprocas en medio de la inobediencia de unos y la división que buscan otros?”²³⁶

Estas líneas ponen de manifiesto dos cuestiones: en primer lugar la inoperancia de la estructura sanitaria y las controversias y enfrentamientos que existían entre la ya extinta Junta de Suprema de Sanidad y el nuevo órgano rector. Por otro lado, la falta de representación, en este comunicado, de los miembros del ramo de Farmacia, hacían pensar que su incorporación al Tribunal no se había hecho efectiva tras la publicación del Decreto del 21 de Septiembre y, por lo tanto, cuando se afirma que el Protomedicato ya ha formado comisiones para establecer reglamentos, tanto para su gobierno interior como para la salud pública, éstos no estarían representados.

Efectivamente, hasta el 15 de abril de 1812 los facultativos de la rama de Farmacia no se incorporan definitivamente al Tribunal. Y esta incorporación se hace, paradójicamente, un día después que los otros cinco miembros del Protomedicato entregasen el Reglamento destinado a la organización interna del Tribunal²³⁷. Su exclusión en este proceso deliberativo paraliza otra vez la estructuración de la organización sanitaria. Las normas que Arejula, Ameller, Costa y Lorente proponían

²³⁶ A.C.D., P-01-000020-0124-0002. “Expediente relativo al carácter...”. A la Comisión de Salud Pública, Cádiz (28. 08.1811).

²³⁷ A.C.D., P-01-000020-0129-0004-003. “Expediente sobre el reglamento del Protomedicato”. Antiguo Reglamento devuelto (23.04.1812).

en su reglamento sanitario y de organización, excluían cualquier implicación de los farmacéuticos y, por lo tanto, entraban en contradicción al incorporarse Javier de la Peña y Agustín Mestre.

Es por esto que ambos farmacéuticos, dirigiendo un oficio al Consejo de Regencia, piden dos días después de su incorporación, la devolución del Reglamento para poder elaborar uno nuevo²³⁸. Aprobada su devolución el 23 de Abril por las Cortes, se temía, otra vez, la llegada de la estación calurosa y la inoperatividad del órgano rector de los asuntos sanitarios, como así rezaba una instancia del Departamento de Gracia y Justicia del 19 de Julio de 1812. En ella se hacía constar la “urgente necesidad del más pronto cumplimiento de la resolución”²³⁹.

Pese a la insistencia de las autoridades políticas en la necesidad de que dicho Reglamento regulara la estructura interna del Tribunal y estableciera unas pautas general de Sanidad de forma unificada, este no se llevó a cabo el 27 de noviembre de 1812²⁴⁰. En este borrador, sin embargo, se planteaban dos cuestiones que volvían a poner en duda la capacidad de este órgano para asumir el gobierno de la sanidad.

En primer lugar, y pese a que su objetivo era crear un Reglamento que, como rezaba el Decreto del 22 de Julio de 1811, no solo fuera dirigido a su gobierno interior sino al establecer unas normas de sanidad, el texto presentado había excluido en sus artículos todo aquello ajeno a la estructura de su institución. Fuera quedaba pues, un Código de Sanidad y el de Higiene Pública, el reglamento para el Gobierno de los Profesores castrenses y hospitales militares de España y el plan de estudios para la enseñanza de la Medicina, Cirugía y Farmacia. Sus autores pensaban que la inclusión de estos haría farragoso y largo este Reglamento, comprometiéndose a elaborar el resto de normativa con la mayor brevedad.

Por otro lado, y pese haber sido presentado este nuevo Reglamento con el consentimiento de todos sus miembros –incluidos los de Farmacia–, la consulta de las votaciones individuales hacen ver las tensiones y diferencias que existían entre los

²³⁸ A.C.D., P-01-000020-0129-0001. “Expediente sobre el reglamento del Protodemicato”. Carta firmada por Francisco Javier de la Peña y Agustín José Mestre dirigida al Consejo de Regencia.

²³⁹ A.C.D., P-01-000020-0129-0001. “Expediente sobre el reglamento del Protodemicato”. Departamento de Gracia y Justicia al Tribunal del Protodemicato. Cádiz. (19.07.1812).

²⁴⁰ A.C.D., P-01-000020-0129-0001. “Expediente sobre el reglamento del Protodemicato”. El reglamento es remitido a la Soberanía de la Península junto con los seis votos de dispenso.

facultativos²⁴¹. Arejula se mostraba férreo defensor del primer Reglamento que había sido devuelto el 23 de abril de 1811. Ameller y Francisco Javier de la Peña iban más allá apoyando la vuelta al modelo de tres Audiencias –Medicina, Cirugía y Farmacia– establecido el 14 de abril de 1780. La crítica de Franseri iba dirigida a la inutilidad de la plaza de Químico dentro del Tribunal, que también era compartida por los dos facultativos de Farmacia, De la Peña y Mestre. El de Llorente, al no estar presente durante las votaciones, se limitaba a concurrir en la aprobación del Reglamento.

Los votos de Agustín José Mestre y Rafael Costa se referían al carácter incompleto del Reglamento frente a las funciones por las que debería velar el Tribunal, pero ambos desde perspectivas diferentes. Mestre veía ignorado en el texto la función que, según él mismo, era la única a la que debería regir el dictamen de este órgano: la dirección escolástica y gubernativa de los tres ramos sanitarios. En el caso de Costa, su crítica se dirigía a los límites generales de este Reglamento que no se ajustaba a los compromisos que había adoptado el Protomedicato en el artículo sexto del Decreto de su restablecimiento. Ambos miembros presentarán adjunto a su voto sendas propuestas de Reglamento para el Tribunal. Mestre titulaba al suyo *Propuesta del Reglamento de organización y gobierno interior del Tribunal del Protomedicato Supremo de salud pública*²⁴² mientras que el plan de Costa constituía un texto más completo bajo el título de *Proyecto de constitución de la salud pública para la monarquía española o sea constitución estadística de la Monarquía española*²⁴³.

El Reglamento presentado por el Protomedicato el 17 de noviembre de 1812 nació, por tanto, de la disensión de sus miembros, que pese haber dado su voto de aprobación seguían encontrando límites de contenido y forma. Este esfuerzo por llegar a un acuerdo y convertir al Protomedicato en un organismo funcional bajo estas normas reguladoras va a ser, sin embargo, inútil. El Reglamento no fue pasado a la Comisión de Legislación hasta el 5 de Mayo de 1814, solo cinco meses antes de que Fernando VII suprimiera el Protomedicato por Real Orden del 11 de septiembre de 1814²⁴⁴.

²⁴¹ A.C.D., P-01-000020-0129-0004. “Expediente sobre el reglamento del Protodemicato”. Votaciones adjuntas al Reglamento.

²⁴² A.C.D., P-01-000020-0129-0004-005. “Expediente sobre el reglamento del Protodemicato”. Votación adjunta a la Constitución con el número 7º.

²⁴³ A.C.D., P-01-000020-0129-0003. “Expediente sobre el reglamento del Protodemicato”. Proyecto de constitución de la salud pública.

²⁴⁴ Hasta el 14 de febrero de 1814 el Protomedicato se reunió en Cádiz trasladándose, a partir de esta fecha a Madrid, primero a la plazuela de la Leña, para después ocupar su puesto en el Palacio. En

2.5. La constitución de 1812 y la propuesta liberal de reestructuración sanitaria.

En este proceso de institucionalización de la sanidad que había ocupado a las Cortes desde su establecimiento en 1810 parecía no abandonarse la lógica de cambio e inestabilidad que tanto había caracterizado su gestión a finales del siglo XVIII. Sin embargo, bajo esa política pendular y llena de fracasos, –que acabó siendo la tónica después de 1814– se vislumbraba el sedimento del discurso liberal que iba penetrando en la concepción de la Sanidad pública y su estructura. Los términos en los que se restablecía el Protomedicato como órgano técnico especializado y único en la gestión de la Salud había sido uno de los primeros intentos en organizar la sanidad pública bajo el discurso reformista de los liberales.

La promulgación de la Constitución de 1812 constituyó un paso más en este proceso que lentamente iba enraizando la gestión de la Sanidad Pública en la lógica institucional del Estado liberal. Sin embargo, sus limitaciones también se hicieron palpables, sobre todo al no poder ofrecer una solución estable a los continuos enfrentamientos en los órganos que hasta el momento gestionaban la sanidad y organizar su ministerio bajo un único Código Sanitario.

Al estudiar la formulación de la cuestión sanitaria en la Constitución de 1812 es inevitable plantear el alcance de la dimensión social que se plantea en sus bases. Tengamos en cuenta que este texto no contiene ninguna referencia explícita a la protección de los derechos económico-sociales –también conocidos como los de segunda generación– que fueron una de las claves en los procesos constitutivos de los países europeos durante el siglo XIX²⁴⁵. Es hasta cierto punto comprensible, por tanto, que el desarrollo de la cuestión de la Sanidad Pública y de la asistencia no estuviera ampliamente tratado en el texto²⁴⁶.

Madrid mandó disolver la Comisión que había creado en agosto de 1812 el propio tribunal para que actuara en Madrid en su ausencia. DÍEZ, M. S. C. (1999). *El Real...*, p. 228.

²⁴⁵ CARDONA, Á. (2005). *La salud pública...*, p. 279.

²⁴⁶ En el caso americano, como ha estudiado George Rosen, Thomas Paine no incluyó la salud entre los derechos concedidos a los hombres libres, pese a que sí que existió cierta vinculación política en la salud de la población que puede deducirse de la declaración de Thomas Jefferson de que una población enferma era el producto de un sistema político enfermo. En el caso francés, sin embargo, los comités revolucionarios de salubridad y asistencia pública –cómo ha indicado Matthew Ramsey– declararon la salud como un derecho del hombre bajo la Asamblea Constituyente y la Convención Nacional entre

Sin embargo, y pese a sus límites, la cuestión sanitaria había conseguido introducirse en el seno del debate político y constitucional. Y así quedaría demostrado cuando en la Constitución de 1812 eran aprobados los siguientes puntos: en el artículo 131, en referencia a las facultades de las Cortes, se estableció como una de ellas “aprobar los reglamentos generales para la policía y la sanidad del reino”. En otra sección, perteneciente al capítulo primero del Título VI, el artículo 321 presentaba a los ayuntamientos como responsables, entre otras cosas, de la policía de salubridad y comodidad, el cuidar de los hospitales, hospicios, casa de expósitos y demás establecimientos de beneficencia. Por último, en el artículo 335, se señalaba a las Diputaciones Provinciales como las responsables de cuidar de los establecimientos piadosos y de beneficencia, proponiendo al Gobierno las reglas necesarias.

En estos tres artículos se presentaba el proyecto sanitario dibujado por la Constitución que, aunque limitado, presentaba ya signos de cierta racionalidad protectora del bienestar de la sociedad, bajo conceptos como el de policía de salubridad y comodidad. El concepto de “policía médica” era recuperado de la cultura mercantilista del Estado Borbónico²⁴⁷ y reformulado por el Estado liberal bajo el principio del bien común que, como dejaría claro Francisco Flores Moreno en una *Memoria médico-política* presentada casi coetáneamente, era el objeto de todo gobierno formado por ciudadanos²⁴⁸. Esta afirmación cobraba aún más sentido al establecerse en el nuevo texto constitucional el derecho de la vecindad a legitimar mediante el voto a las autoridades locales²⁴⁹. Teniendo en cuenta que estos puntos sobre la gestión sanitaria planteaban la protección de la salud en clave local, el concepto de policía de salubridad

1790 y 1792. Véase: ROSEN, G. (1952). “Political order and human health in Jeffersonian thought”t. *Bulletin of the History of Medicine*, 26(1), 32-44; RAMSEY, M. (1994). “Public health in France...”.

²⁴⁷ George Rosen hace una aproximación al concepto de mercantilismo -también conocido como cameralismo- en relación con el surgimiento del concepto de Policía Médica, en sus obras: ROSEN, G. (1953). “Cameralism and the Concept of Medical Police”, *Bulletin of the History of Medicine*, 27: 21-42; ROSEN, G. (1957). “The fate of the concept of medical police 1780–1890”. *Centaurus*, 5(2), 97–113; CARROL, P. (2006). *Science...* op, cit. pp. 113-146. Véase también nota 94.

²⁴⁸ A.C.D. P-01-000020-0125. “Memoria Médico-Política en que después de manifestar las causas que han influido en el atraso de la Medicina, Cirugía y ciencias auxiliares en las Américas, se proponen los medios de mejorar el estado de la salud pública, hasta elevarlo al grado de perfección a que ha llegado en Europa”.

²⁴⁹ Así quedaba establecido en los artículos 313 y 314 del texto gaditano en que se estableció que “todos los años se reunirán los ciudadanos de cada pueblo, para elegir a pluralidad de votos, con proporción a su vecindario, determinado número de electores, que residan en el mismo pueblo y están en el ejercicio de los derechos de ciudadano”. El 314 rezaba: “Los electores nombrarán en el mismo mes a pluralidad absoluta al alcalde o alcaldes, regidores y procurado o procuradores síndicos para que entren a ejercer sus cargos el primero de Enero del siguiente año”. (1812). *Constitución política de la monarquía española: promulgada en Cádiz a 19 de Marzo 181*. Cádiz: Impr. Real, p. 39.

parecía acercarse al concepto de bien común que perseguía el gobierno liberal “formado por ciudadanos”, bajo la capacidad electiva otorgada a nivel vecinal.

Efectivamente, pese a que la aprobación de los reglamentos sanitarios descansaba en las Cortes, era el poder municipal el que debía velar por la gestión y cuidado de la policía y control de temas de salud. La institucionalización de la cuestión sanitaria, por tanto, quedaba plasmada en el texto constitucional en claves del municipalismo que emanaba de aquel concepto de *pouvoir municipal* de la Revolución Francesa²⁵⁰. Un modelo que no era extraño en la administración local de la península. Si bien en los municipios controlados por el poder napoleónico, y según había quedado determinado por el Estatuto de Bayona, se había incorporado un régimen de municipalidades deudor del reformismo francés²⁵¹, existe también una vinculación de este modelo con la función tradicional de los ayuntamientos que durante los siglos XVI y XVII fueron las instituciones encargadas de mantener una organización sanitaria estable²⁵².

La Constitución gaditana dejaba, por tanto, establecidas las bases de su organización municipal y las competencias en temas sanitarios. Sin embargo, su propio articulado dejaba entrever los límites de su reforma: el texto no perfilaba las atribuciones y la organización de los poderes municipales, más allá de lo indicado previamente. A efectos prácticos, esta estructura garantizaba la inoperancia de las instituciones, al no especificar, como se haría en reformas posteriores, la configuración de los Ayuntamientos y sus funciones. Funciones entre las que se encontraba la nueva gestión de la sanidad pública, que *a priori* parecía adolecer del mismo carácter difuso a la hora de perfilar su alcance y sus organismos gestores.

²⁵⁰ Eduardo García de Enterría identificará el *pouvoir municipal*, en un área de competencias propias: la atribución al municipio de la gestión de competencias de otros órganos del Estado; la ausencia en él de representantes del poder central, la afirmación de una capacidad normativa propia, y el carácter electivo de los órganos municipales. Véase: GARCÍA DE ENTERRÍA, E. (1981). *Revolución francesa y administración contemporánea y la formación del sistema municipal francés contemporáneo*. Madrid: Taurus, pp. 80-81. Véase también: ESCUDERO LÓPEZ, J. A. (2003). “Los orígenes del municipio constitucional”. *Estudios de Deusto: revista de la Universidad de Deusto*, 51(1), 155-168; CASTRO, C. (1979). *La Revolución liberal y los municipios españoles (1812-1868)*. Madrid: Alianza.

²⁵¹ Idem, pp. 17-18.

²⁵² Los casos que más se han estudiado a nivel local son los de Valencia y Barcelona. La figura del *mostassaf*—denominación de origen árabe— (o almotacén) han recibido la atención de la historiografía de la medicina por las funciones que desempeñaba en el resguardo de la higiene pública. Por otro lado se tiene en cuenta los puestos instituidos localmente cada vez que se declaraban epidemias, cuya organización dependía del municipio. Véase: JORI, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana en España durante el siglo XVIII. Una perspectiva geográfica*. Universitat de Barcelona, Barcelona, pp. 87-88; LÓPEZ TERRADA, M. L. (2007). “El control de las prácticas médicas en la Monarquía Hispánica durante los siglos XVI y XVII: el caso de la Valencia foral”. *Cuadernos de Historia de España*, 81, 91-112.

Las únicas atribuciones que parecían estar delimitadas bajo esta nueva conceptualización de la *policía de salubridad* eran el control –a nivel local y provincial– de los establecimientos piadosos y de beneficencia, entre los que se incluían, según el artículo 321, los hospitales²⁵³.

El concepto de beneficencia, vinculado tradicionalmente al ejercicio de la “caridad” cristiana y a sus instituciones eclesiásticas, parecía adquirir en el texto gaditano un carácter público y laico²⁵⁴. Esta *desacralización de la beneficencia*²⁵⁵ suponía un afianzamiento de la idea de la responsabilidad política respecto a la sanidad como *res pública* y de sus instituciones, pero al mismo tiempo respondía a otro proceso de transformación más amplio vinculado a las políticas de desamortización. Un proceso que encontraba sus raíces en la última década de siglo XVIII con la pragmática de Carlos IV de 1798 en la que ordenaba la enajenación de todos los bienes raíces pertenecientes a hospicios, casas de misericordia, de reclusión o de expósitos, y que integrado dentro de la lógica reformista liberal²⁵⁶, establecería una condición básica para esa transformación de la beneficencia como competencia pública. De esta manera, la Constitución de 1812 dejaba esbozado un marco jurídico básico, pero nada concreto, para las actividades benéficas²⁵⁷. La falta de especificidad en las atribuciones e instrumentos para operar en este ámbito de la sanidad demostraban, una vez más, los límites de las reformas esbozadas en estos artículos de la Constitución en lo referente a la sanidad y al gobierno local.

²⁵³ Para un análisis específico del sistema hospitalario en el siglo XIX consultese el libro de Pedro Carasa Soto. Además, el trabajo de Álvaro Cardona sobre la sanidad en el Trienio Liberal también ofrece algunas claves de la actuación del gobierno liberal de la década de los veinte en este campo haciendo alguna pequeña referencia a los pasos que se dan en el ámbito de la beneficencia en el periodo de las Cortes gaditanas. Véase: CARASA SOTO, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX...*; CARDONA, Á. (2005). *La salud pública en España...* pp. 31-68.

²⁵⁴ Este proceso no solo hay que vincularlo a la emergencia de los Estados liberales, la vinculación de la Beneficencia dentro de las atribuciones del Estado es un proceso que se extiende en el tiempo y tiene un gran desarrollo durante el siglo XVIII. Véase: SECO, J. M. A., & GONZÁLEZ, B. G. (1997). *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Madrid: Boletín Oficial del Estado, BOE, p. 57; CARDONA, Á. (2005). *La salud pública en España...* pp. 31-68.

²⁵⁵ Esta expresión intenta seguir la línea discursiva de Luis Morell Ocaña en su artículo “El municipio constitucional y la instrucción de 1813”. OCAÑA, L. M. (2003). “El municipio constitucional y la Instrucción de 1813”. En *El municipio constitucional*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, pp. 142-143.

²⁵⁶ Habría que marcar y diferenciar las motivaciones de estas medidas de desamortización promovidas por Godoy que buscaban, ante todo, el beneficio económico para poder sufragar los gastos de la guerra y el déficit público frente a una lectura más comprometida con las transformaciones de la propiedad y sociales que subyacían bajo el proyecto reformista liberal. Véase: BRINES I BLASCO, J. (1978). “Reforma agraria y desamortización en la España del siglo XIX”. *Estudis: Revista de Historia Moderna*. Departamento de Historia Moderna. 7: 125-154, p. 129.

²⁵⁷ OCAÑA, L. M. (2003). “El municipio constitucional...”, p. 143.

2.5.1. La Instrucción para el gobierno económico-político de las Provincias y la cuestión sanitaria.

La reforma de la cuestión sanitaria quedaría en suspenso al publicarse el Decreto de 10 de Julio de 1812²⁵⁸ sobre la formación de los Ayuntamientos constitucionales. Éste establecía que las Juntas de Sanidad continuaran desempeñando las funciones que ejercían hasta que la Regencia, con presencia de las facultades que por la Constitución se daban a los Ayuntamientos, y formalizara el plan que debería regir este punto con la aprobación de las Cortes.

La necesidad de perfilar las atribuciones específicas con respecto al gobierno y control sanitario, así como otras funciones de los poderes municipales, llevó, más de un año después, a la publicación de la *Instrucción para el gobierno económico-político de las Provincias*, decretada por las Cortes el 23 de Junio de 1813.

Esta instrucción introducía los siguientes elementos clave para la organización de la salud pública:

En su primer artículo²⁵⁹, en línea con el 321 de la Constitución, la Instrucción definía las atribuciones que bajo el concepto de *policía de salubridad y comodidad*, se le había asignado a los Ayuntamientos. En este sentido, debían cuidar de la limpieza de los establecimientos y lugares públicos, como calles, mercados, plazas públicas y de los hospitales, cárceles y casas de caridad o beneficencia; velar además por la salubridad de los alimentos, el cuidado de los cementerios, las aguas estancadas y demás providencias que pudieran alterar la salud pública.

Con la definición de estas atribuciones se estaba incidiendo en la faceta de la salud pública más relacionada con las nuevas concepciones de la higiene urbana que conformaba las bases del movimiento higienista de finales del siglo XVIII²⁶⁰. Al fin y

²⁵⁸ Decreto CCLXIX. (1813). *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias desde 24 de febrero de 1813 hasta 14 de septiembre del mismo año. Tomo IV*. Cádiz. Imprenta Nacional, pp. 105-128.

²⁵⁹ Dentro del Capítulo I: De las obligaciones de los Ayuntamientos.

²⁶⁰ Los trabajos de Luis Urteaga y Rafael Alcaide González son un referente para estudiar los movimientos higienistas y la influencia del desarrollo del urbanismo y la industrialización, a la par que el auge de las teorías ambientalistas en el contexto de finales del siglo XVIII y el siglo XIX. Véase: URTEAGA, L. (2010). "Miseria, miasmas..."; URTEAGA, L. (1985). "El pensamiento higienista y la ciudad: la obra de P.F. Monlau (1808-1871)". In BONET CORREA, Antonio. *Urbanismo e historia urbana en el mundo hispano, Segundo simposio, 1982*. Vol. I. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, pp. 397-412; ALCAIDE GONZÁLEZ, R. (1999). "Las publicaciones sobre higienismo en España

al cabo la acción del Estado y de su policía se había definido en torno a la noción *salubridad*²⁶¹ y *comodidad*²⁶², incidiendo en conceptos que designaban el medio ambiente y la base material y social como elementos susceptibles de mejorar la salud de los individuos²⁶³. La política sanitaria definida en la *Instrucción* parecía, por tanto, condicionada por el auge de las teorías ambientalistas que fundamentaban las bases de un higienismo centrado en la preocupación por las constituciones atmosféricas y el medio ambiente de un espacio determinado, y los procesos, descomposiciones, fermentaciones, que lo conformaban²⁶⁴.

En el segundo artículo, las atribuciones del ayuntamiento recaían en la necesidad de enviar cada tres meses al Jefe político de la Provincia una nota con los nacidos, casados y muertos, extendida por el cura o párroco, especificando la clase de enfermedad que la causó, extendida por el facultativo o facultativos.

Esta idea entroncaba con los principios de la “aritmética política”²⁶⁵ que habían introducido, a partir del siglo XVII y XVIII, la estadística en el seno de la política y los problemas sanitarios. Una idea que no se podía separar de esa toma de conciencia por

durante el período 1736-1939: Un estudio bibliométrico”. *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía Y Ciencias Sociales*,(3), 32-54; ALCAIDE GONZÁLEZ, R. (1999). “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”. *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía Y Ciencias Sociales*, (3), 50.

²⁶¹ El concepto de “salubridad” aparecía definido a principios del XIX como “La buena, perfecta y sana disposición de alguna cosas” Véase: (1817). *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, quinta edición*. Madrid: Imprenta Real, p. 782. La cuarta edición de 1803 contiene la misma definición, p.772. La vinculación de este término con la *disposición* de alguna cosa, remarca su relación intrínseca con el medio que ocupa.

²⁶² El concepto de “comodidad” se definía a principios del siglo XIX como “conveniencia, copia de las cosas necesarias para vivir con descanso”. Véase: (1817). *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, quinta edición*. Madrid. Imprenta Real, p.217. La cuarta edición de 1803 contiene la misma definición.

²⁶³ Los trabajos de Gerard Jori en torno al desarrollo de la medicina urbana son referencias esenciales: JORI, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana...*; JORI, G. (2013). “Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII”. *Revista de Geografía Norte Grande*, (54), 129–153.

²⁶⁴ La teoría miasmática se vio favorecida por el desarrollo de las concepciones en torno a la putrefacción de los cuerpos que, durante el siglo XVII y hasta mediados del siglo XVIII, a través de obras pioneras como la de Francis Bacon o Johan Becher, teorizaron sobre las emanaciones volátiles que desprendían los cuerpos orgánicos en descomposición y su papel como causa de la enfermedad. Véase: CORBIN, A. (1982). *Le miasme et la jonquille: l'odorat et l'imaginaire social XVIIIe-XIXe siècles*. Paris: Aubier Montaigne.

²⁶⁵ El concepto de *aritmética política* (political arithmetic) fue formulado por el inglés William Petty en el siglo XVII y posteriormente, el filósofo francés Condorcet (1743-1794) llamó la “*Mathématique Sociale*” (Matemática social), Véase: CARROLL, P. (2006). *Science, Culture, and Modern State Formation*. Los Ángeles/Londres: University of California Press. pp. 118-119; TAPIA GRANADOS, J. A. (2005). “Economía y mortalidad en las Ciencias Sociales: del renacimiento a las ideas sobre la transición demográfica”. *Salud colectiva*, 1(3), 285–308.

parte de los Estados ilustrados, de la población como fuente de riqueza y su interés en medir y controlar la fuerza del Estado. Si bien, la estadística no alcanzaría su “madurez científica” hasta los albores del siglo XX²⁶⁶, los primeros años del siglo XIX se empieza a desarrollar el andamiaje de la estadística oficial en España²⁶⁷. Un proceso que, en el contexto de las Cortes de Cádiz, se vinculó con el nuevo discurso de la nación soberana y el control de la estadística censal para definir y fortalecer la idea de representatividad diseñada en el proyecto constitucional.

El Capítulo II de la Constitución había dejado establecido en su artículo 335 el deber de las diputaciones de “formar el censo y la estadística de las provincias”²⁶⁸. Así pues, dentro del proceso de racionalidad administrativa al que aspiraba el proyecto gaditano, la cuantificación de la población a través de la estadística se convertía en un elemento clave para la definición de las bases del estado liberal²⁶⁹. Sin embargo, la reformulación de esta política estadística en la *Instrucción*, iba un paso más allá, presentándolo además como instrumento clave para diseñar políticas de prevención sanitaria. La obligatoriedad del registro estadístico de las causas de morbilidad, función confiada a los especialistas médicos, se convertía en un elemento para establecer los medios para precaverlas²⁷⁰.

El tercer artículo de la *Instrucción* hacía referencia a las medidas dispuestas en los casos de enfermedad o epidemia, en el que se preveía que el Ayuntamiento diera cuenta al Jefe político para que se tomasen todas las medidas pertinentes, avisándole semanalmente, o con más frecuencia, del estado de la salud.

Pese a la generalidad de este artículo y la ausencia de especificaciones en las *medidas*

²⁶⁶ RODRÍGUEZ OCAÑA, E., & BERNABEU MESTRE, J. (1996). “El legítimo criterio aritmético: los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800-1936”. In RAMÍREZ, E., & SÁNCHEZ-CANTALEJO (Ed.), *Epidemiología y estadística / V Encuentro Marcelino Pascua*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 9-33.

²⁶⁷ Tengamos en cuenta que en 1802 se había establecido en Madrid la primera Oficina de Estadística oficial. Véase: BARRIOS, J. A. (2013). “Aspectos estadísticos y de demografía sanitaria en la bahía de Cádiz a partir de siglo XIX”. In J. M. Blanco Villero & J. M. García Cubillana de la Cruz (Eds.), *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: crónica sanitaria de un bicentenario* (pp. 43–66). Cádiz: Servicio de Publicaciones.

²⁶⁸ (1812). *Constitución política...*, p. 92.

²⁶⁹ Esta lectura en clave liberal no quiere decir que se pierda el concepto de “política aritmética”. El concepto de bien común o de representatividad bajo el que interpretamos las necesidades estadísticas del nuevo gobierno no excluye el interés del Estado por conocer la “fuerza” económica y social de su territorio.

²⁷⁰ JORI, G. (2012). *Salud pública e higiene...*

pertinentes a las que se refiere, las disposiciones contenidas en este punto pretendían remarcar el mecanismo de flujo de la información hacia las instancias centrales, representados por el Jefe Político²⁷¹.

Quizás el cuarto artículo es en el que más atención debiéramos fijar, pues establecía la composición de los organismos a cargo de la salud pública y que, posteriormente, suscitaría muchas dudas. En el se establecía lo siguiente:

“Para cuidar en cada pueblo de la salud pública en los casos de que habla el artículo precedente, se formará cada año por el Ayuntamiento, donde el Vecindario lo permita, una Junta de Sanidad, compuesta del alcalde o quien sus veces haga, del cura párroco mas antiguo, donde hubiese mas de uno, de uno o mas facultativos, de uno o mas regidores, y de uno o mas vecinos, según la extensión de la población y ocupaciones que ocurran; pudiendo el Ayuntamiento volver a nombrar los mismos Regidores y vecinos, y aumentar el número en la Junta cuando el caso lo requiera. Esta Junta de Sanidad se gobernará por los Reglamentos existentes o que en adelante existiesen; y en las providencias de mayor consideración procederá con acuerdo al Ayuntamiento.”²⁷²

El modelo organizativo que reflejaba este artículo planteaba varias dudas en la gestión sanitaria. En primer lugar, parecía eliminar las atribuciones que se le había conferido al Protomedicato con respecto a la organización de la salud pública.

En segundo lugar, presentaba un esqueleto institucional muy débil basado en una configuración muy abierta, cuyo control y gobernanza, y esto quizás era lo más importante, se dejaba en suspenso al confiarse a unos Reglamentos existentes *o que en adelante existiesen*. Una matización que marca cierta imprecisión con respecto a la consecución de dichos reglamentos. Por último, el fuerte carácter político-administrativo con el que se había dotado a este órgano reabría el debate sobre el papel de los facultativos dentro de los órganos de administración sanitaria.

No puede pasar desapercibida la implicación que en el tema sanitario suponía

²⁷¹ El jefe político, al contrario que los miembros dentro de la administración local de los ayuntamientos, eran elegidos desde la Asamblea Nacional. El tema de la elección y papel de los jefes políticos y alcaldes, como ha estudiado María de los Ángeles Hijano Pérez, fue origen de multitud de de discusiones ya que se trataba de un cargo que para muchos había favorecido el intervencionismo del poder central en asuntos provinciales. Véase: HIJANO PÉREZ, M. DE LOS A. (1996). “Alcaldes constitucionales y jefes políticos: bases del régimen local en la primera etapa del constitucionalismo”. *Revista de Estudios Políticos*, (93), 259–271.

²⁷² Decreto CCLXIX de 23 de Junio de 1813. Instrucción para el gobierno económico... (1813). *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes generales y extraordinarias: Desde 24 de mayo de 1812 hasta 24 de febrero de 1813*. Vol. 3. Madrid: Imprenta Nacional, p. 113.

proyectar los principios constitucionales de la propuesta liberal gaditana. La Constitución política de la nación española había restablecido a todos sus españoles “en la dignidad de ciudadanos”, y con ello había abierto las instituciones públicas y aplicando el principio de igualdad en la configuración política.

La aplicación de este principio en la composición de las Juntas de Sanidad, sin tener en cuenta los de “mérito” y “sabiduría” sobre los que también se había sustentado el ideal constitucional, suponía, según el médico Manuel Rodríguez²⁷³, uno de los grandes fracasos en la institucionalización de la sanidad. La elección de los vocales, respetando ese principio de igualdad como ciudadanos, pero excluyendo el criterio de los facultativos como expertos, se situaba como una de las cuestiones centrales en el debate sobre la institucionalización.

2.5.2. El proyecto de reforma de la Junta Suprema de Sanidad.

Los límites de las reglas para establecer las Juntas Municipales de Sanidad fueron rápidamente reconocidos por las Cortes. En consecuencia se nombró una comisión, con la mayor brevedad, para que formasen un plan que organizara la Junta Suprema de Sanidad sobre bases constitucionales y con analogía a la ley del 23 de Junio. Según la propuesta, se trataba de establecer las Juntas de Sanidad en las Provincias, estableciendo en las Cortes un centro común a todas, como era antes normalmente la Junta Suprema de Sanidad, y elaborar un decreto para organizarla²⁷⁴. El tiempo acuciaba y el miedo al resurgimiento de la epidemia en esos meses de verano, alentaban la urgencia de las medidas.

El estado de indeterminación e inoperancia y la necesidad de tomar medidas se hizo más latente cuando Juan Álvarez Guerra, al frente de la Secretaría del despacho de la Gobernación, remitió una serie de exposiciones a las Cortes con el objeto de “aclarar el choque de autoridad que actualmente se nota entre jefes políticos, Junta Suprema, Juntas Superiores, Juntas Municipales y Juntas de Puertos, destinando la autoridad y

²⁷³ RODRÍGUEZ, M. (1813). *Lazareto de Mahón: o memoria descriptiva de sus obras, reflexiones críticas sobre su estado actual y proyecto para que sea general y el puerto franco*. Mahón: Imprenta de Pedro Antonio Serra, pp. 28-29.

²⁷⁴ A.C.D., P-01-000020-0123-0001, “Expediente sobre organización de la Junta Suprema de Sanidad”. Proposición del Sr. Antillón sobre creación de una Junta Suprema de Sanidad en las Cortes a la comisión de Salud Pública (17.07.13).

atribuciones de las que haya de subsistir para que no se embaracen mutuamente en vez de auxiliarse en una época, sobre todo en que debe ser tan expedito su ejercicio”²⁷⁵. Por su parte, la Junta de Sanidad de Sevilla había dirigido un comunicado a la Regencia señalando los límites de lo estipulado por la *Instrucción*, al no haber regulado el nombramiento de vocales suplentes en los casos que no se pudiera verificar la reunión de todos los miembros en un momento que necesitara su criterio²⁷⁶. Estas exposiciones, efectivamente, ponían de manifiesto los problemas de los Ayuntamientos para poner en marcha las nuevas Juntas de Sanidad de cada provincia teniendo en cuenta las previamente existentes y los problemas que se generaban a la hora de plantear la composición de las mismas.

La respuesta de la Comisión llegaba en el mismo septiembre de 1813. EL día 7, Mejía, Castillo, Moreno Montenegro, Gayola y Antillón, presentaban en Sesión Pública un borrador de decreto para dotar a la Junta Suprema de Sanidad proyectada una organización “análoga a los principios de la misma, y preparar por de la misma el código, o reglamento general con que ha de dirigirse (...) el importante ramo de la salud pública”²⁷⁷.

La representación que acompañaba tal proyecto de decreto dejaba claro las vicisitudes que había vivido en un corto periodo la institucionalización de la sanidad pública, insistiendo en el origen oscuro de la que en ese momento se llamaba a sí misma Junta Suprema de Sanidad. Se hacía indispensable recuperar el nombre de la desprestigiada Junta para legitimar la reforma presentada. El problema residía, como ya hemos señalado previamente, en que ésta no había cesado en su ejercicio al restablecerse el Protomedicato y, por tanto, a efectos prácticos, había perpetuado la gestión de la sanidad por un organismo político administrador de Justicia.

El renovado órgano debía seguir, según los comisionados, los principios que habían inspirado la constitución y la organización de los ayuntamientos, sustituyendo las autoridades de la Corte a iguales autoridades de la capitales de provincia y la

²⁷⁵ A.C.D., P-01-000020-0123-0003. “Expediente sobre organización de la Junta Suprema de Sanidad”. Gobernación de la península/ dirigido a los Señores diputados de las cortes generales y extraordinarias (8.09.1813).

²⁷⁶ A.C.D., P-01-000018-0024 “Oficio del Gobierno acerca de los vocales de la Junta Suprema de Sanidad” (17.09.1813).

²⁷⁷ A.C.D., P-01-000020-0123-0002. “Expediente sobre organización de la Junta Suprema de Sanidad”. Proyecto de decreto.

representación nacional reunida en Cortes, a las diputaciones de provincia. Además, añadían los diputados, la propuesta había procurado dar a los facultativos el lugar y voto que debieron siempre tener en la Junta Suprema, considerando sus conocimientos imprescindibles para dictar providencias en asuntos de sanidad. Tengamos en cuenta que los ecos de protesta entre los facultativos sobre la configuración de las Juntas de Sanidad municipales se habían hecho fuertes y públicas. Circulaban a la altura de 1813 varios escritos reavivando el debate sobre la necesidad de órganos técnicos en el ámbito sanitario y criticando, por tanto, el modo de actuar de las Cortes. Las palabras del médico-cirujano Manuel Rodríguez publicadas en 1813 son ejemplo de este discurso y ataque al orden establecido por la Constitución y posteriormente por la *Instrucción*:

“El cielo no permita que en el campo de la medicina, talado asta aquí por la ignorancia, sea nueva presa en los sucesivo del despotismo! Así como se han suprimido los jueces legos, como incompetentes para administrar justicia, ni aun teniendo asesores, del mismo modo debería separarse de las Juntas de sanidad los menstrales, los campesinos y los acensados inaptos para dirigir el ramo de la salud, por más que se hayan querido cubrir con los consultores facultativos. Si ante la ley todo español es igual, no pueden desmerecer los literatos una preferencia a que les caen acreedores sus luces cuando debe ceder en incalculable beneficio de toda la nación.”²⁷⁸

(...) “Los individuos iletrados de que se forman las juntas de sanidad, no ven durante la triste escena de una ciudad contagiada por lo común, mas que con los ojos materiales que conduce a su oscura imaginación los objetos desfigurados y monstruosos. Así es que sus decisiones son desatinadas y sus obras se operan con atolondramiento y sin conexión. El físico por el contrario medita a sangre dril en su gabinete los estragos a que da lugar el descuido, la condescendencia y el desorden (...) ¡A! Mucho me temo, sino se remueven estos obstáculos en la nueva legislación, que no abramos abierto los ojos más que a medias.”²⁷⁹

Efectivamente, el proyecto de decreto especificaba en su segundo artículo que la Junta Suprema debían contar entre sus miembros con la presencia del Presidente del Tribunal del Protomedicato y un medico-cirujano del mismo organismo. Esta medida demostraba que la idea de formar un órgano científico-técnico en la administración se había consolidado en el discurso político pese a los avatares que había sufrido su debate en Cortes. Sin embargo, la proposición no quedaba exenta de generar polémica.

²⁷⁸ RODRÍGUEZ, M. (1813). *Lazareto de Mahón...*, p. 4.

²⁷⁹ Idem, pp. 8-9.

El protomedicato aún seguía en proceso de reformular sus bases y ya había formado comisiones para crear el reglamento de sanidad. Código, que según este decreto pasaba a ser potestad de la Junta Suprema según su artículo noveno.

Los temores por la posibilidad de que se perpetuara el vacío de poder, que en la práctica había reinado en la gestión sanitaria, volvían a resurgir. La necesidad de crear una estructura que sirviera de arbitrio y cohesión entre todas las juntas subalternas era, en esos momentos, una prioridad. Sin embargo, la fórmula que había adquirido planteaba la coexistencia de dos órganos con competencias entrecruzadas.

El malestar por la gestión de la cuestión sanitaria se hizo muy latente en ese mes de septiembre de 1813. Por una parte, las Cortes habían dejado sobre la mesa la posible aprobación del decreto propuesto por la comisión sin determinar una fecha para su discusión. Mientras tanto, el nuevo sistema de Juntas Provinciales se mostraba disfuncional y caótico. Coexistían al mismo tiempo diferentes Juntas que, o bien no habían sido derogadas siguiendo el decreto del 10 de julio de 1812 o no quedaba claro si tenían cabida en el nuevo sistema planteado, como era el caso de las Juntas de Puerto. Esto planteaba dos importantes cuestiones: En primer lugar, se traducía en una falta de financiación, pues solo la Junta de Puerto tenía fondos obtenidos por el cargo a los buques, de los que dependía la Suprema, y la situación de las arcas públicas arrastraba graves problemas. Por otro lado, los cauces de comunicación y de decisión entre las juntas alargaban los tiempos de decisión.

Así lo ponía de manifiesto el Jefe Superior político y Capitán General de la Provincia de Cádiz, Cayetano Valdés, en una carta al Secretario del Despacho de la Gobernación de la Península. En la misiva daba constancia de lo lento que se hacía la comunicación de los partes sanitarios que de los comandantes militares pasaban al de Guerra mientras las distintas Juntas de sanidad daban a las del Puerto y Supremas.

“Yo aseguro. a V.E. que este artículo Sanidad exige toda la atención de V.E por que lo contrario es un caos que no se entiende. Cada pueblo tiene una Junta, la cual carece de todo fondo: Si dispone de los Ayuntamientos, lejos de ser las Juntas dependientes de los Ayuntamientos, son esta tanto mayor que mandan a los Ayuntamientos: se dirigen al Jefe político y este o resuelve o no: si lo hace sin oír a los Ayuntamientos, estos quedan nulos, si los oye se pierde el tiempo, y las providencias no son oportunas. En Cádiz hay la Junta del Puerto, la de

la Ciudad, la de la Provincia y la Suprema pero no hay otros fondos que la del puerto, y estos dependen de la Suprema...²⁸⁰

Parecían repetirse los problemas que acuciaban la gestión de la sanidad antes de que haberse restablecido el Tribunal de Protomedicato. Los lentos procesos de decisión que auguraban esta organización recordaban a las consecuencias de aquel modelo administrativo-judicial que había organizado en el pasado las Juntas. La demora de este sistema y sus límites era una de las críticas más fuertes dirigidas por la clase médica en su empeño por recuperar su poder para conseguir una administración más eficiente. “¡Qué círculo tan mortífero! si los egipcios hubieran enviado veredas para avisar las riadas del Nilo, no habría vivientes en aquel país” Estas palabras de Antonio Hernández, médico en la región de Murcia, reflejaba a la perfección esta crítica al modelo de organización que seguía imperando en el otoño de 1813²⁸¹.

En este septiembre de 1813, en medio del tenso ambiente que rodeaba a la futura inauguración de la segunda legislatura de las Cortes²⁸², las noticias de un foco en Gibraltar que amenazaba a Cádiz desde el verano, había traído a la mesa de debate la necesidad de tomar medidas ante la posibilidad de quedar las Cortes aisladas. Así, la cuestión sanitaria parecía convertirse en un tema central en el seno de las Cortes que, de nuevo, vivía un contexto de asedio, esta vez ya no del enemigo²⁸³, sino solo por parte de la enfermedad que volvía a amenazar su permanencia en la ciudad y su configuración²⁸⁴. Esta situación, sin embargo, lejos de poner en evidencia la necesidad de fortalecer los marcos institucionales para organizar y optimizar una respuesta ante la epidemia, trasladó el debate a un segundo plano con la justificación de la necesidad de tomar medidas inmediatas para atajar la epidemia. Los diputados volvían, de este modo, a optar por la tradicional política de parches que había caracterizado la gestión de las epidemias.

²⁸⁰ A.C.D., P-01-000020-0124. “Expediente relativo al caracter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”. (26.09.1813)

²⁸¹ HERNANDEZ, A. (1812). *Pensamiento de policia médica para extinguir el contacto de la fiebre amarilla*. Murcia: Ramon Puchol, Impresor del ejército, p. 45 (en nota 8).

²⁸² La segunda legislatura se inicia el 1 de octubre de 1813. Véase: REIG, P., & LUIS, J. (1972). *Muerte en España: política y sociedad entre la peste y el cólera*. Madrid: Seminarios y ediciones, p. 126.

²⁸³ RAMOS SANTANA, A. (2011). "Llegar a un acuerdo con Cádiz: La bahía en guerra". In *El viaje andaluz del rey José I: paz en la guerra* (pp. 85-95). Madrid: Lunweg, Ministerio de Defensa; SOLIS, R. (2012) *El Cádiz de las Cortes...*; CASTRO, A. DE. (1864). *Cádiz en la guerra...*

²⁸⁴ Este tema será tratado posteriormente en el capítulo cuarto en torno a la construcción del discurso público sobre la sanidad.

Quizás sea este periodo donde se hace más latente la influencia de la epidemia en el devenir político y la toma de decisiones con respecto a la sanidad²⁸⁵. Los diputados comenzaron un periplo que contaba con la suspensión de las sesiones en dos ocasiones y que terminaría con el traslado a Madrid²⁸⁶, en un doloroso proceso que veía aumentar los partes de defunciones que diariamente se leían en Cortes. Huir, alejarse del riesgo... la confrontación parecía imposible cuando no existía un criterio médico unificado ante la enfermedad –que se debatía entre el origen y carácter de la enfermedad– y las estructuras institucionales habían demostrado su inoperatividad. Esta frágil situación favorecería la introducción del debate sobre la epidemia en la dialéctica política sobre el traslado de las Cortes y su justificación. A la altura de 1813, el tema del traslado de Cortes, efectivamente había levantado una discusión sobre la viabilidad del proyecto más allá del reducto liberal de la ciudad de Cádiz. La amenaza epidémica, por tanto, reabría este debate enraizándose en el discurso político y convirtiéndose en instrumento en torno al enfrentamiento dialéctico sobre el traslado y la representación nacional²⁸⁷.

La discusión sobre la organización institucional de la sanidad, relegado a un segundo plano durante este mes de septiembre, es retomada por las Cortes tras la llegada de una representación del Ayuntamiento de Granada en la que demandaba que se especificasen si habían de ser dos o una las Juntas de Sanidad que debía haber en Granada²⁸⁸. Como capital de provincia, la ciudad contaba con una Junta Superior Provincial por lo que su Ayuntamiento no había considerado la formación de una Junta Municipal. En este sentido se quejaba de la actuación de la Junta Suprema de Sanidad, que al no haberse formado la municipal había tomado providencias que no le correspondía. Esta instancia volvía a poner de manifiesto la necesidad de determinar los límites de actuación y los ámbitos de cada Junta que habían sido definidos por la *Instrucción para el gobierno económico-político de las Provincias*.

²⁸⁵ José Luis y Mariano Peset analizan este periodo de 1813 y el subsecuente traslado de las Cortes en su libro (1972). *Muerte en España...*, pp. 117-134.

²⁸⁶ A.H.N., Estado, D, nº 86. “Decreto de las Cortes de 26 de noviembre de 1813 circulado por el Consejo de Regencia a todas las autoridades del Reino en el que se anuncia la suspensión de sus sesiones entre el 29 de noviembre y el 15 de enero, con motivo de su traslado y el del Gobierno a Madrid”.

²⁸⁷ Véase capítulo 4.1.2.

²⁸⁸ A.C.D., P-01-000018-0065. “Representación del Ayuntamiento de Granada acerca de la Junta Provincial de Sanidad”.

A raíz del problema planteado, la comisión de legislación emitió un dictamen en el que proponía que “las Cortes se sirvan declarar que en Granada, como en las demás capitales de provincia, deben formarse dos Juntas de Sanidad, la municipal de la ciudad la provincial y que de consiguiente el Ayuntamiento de Granada proceda a formar la municipal”²⁸⁹. Esta determinación supuso la primera de una serie de transformaciones que, a finales del año de 1813 intentaron reencauzar la organización y la coherencia de las instituciones sanitarias y sus atribuciones. Un importante proceso de racionalización de las Juntas Sanitarias que quedaría plasmado en una Orden de las Cortes del 20 de noviembre de 1813²⁹⁰ en el que se definiría la graduación de jurisdicciones: En un primer nivel quedaban la Suprema o Central, con potestad en todo el Reino. En un segundo nivel se establecía la obligatoriedad de la existencia de Juntas Municipales de sanidad en todos los pueblos que, en las capitales de provincia coexistirían con las Provinciales²⁹¹.

En este nuevo organigrama, y en pos de conseguir una mejor eficiencia, se suprimían las Juntas de Puerto –también conocidas como marítimas– existentes hasta el momento en las ciudades costeras, cuyas atribuciones serías asumidas por las Juntas Municipales o conjuntamente con las Provinciales en las capitales²⁹². Esta disposición parecía imprimir una nueva lógica organizativa más acorde con el proyecto de racionalidad administrativa que pretendía imprimir el proyecto liberal en la nueva organización del Estado. La estructura jerárquica propuesta se mantendría hasta la amenaza de cólera de

²⁸⁹ Esta determinación venía aclarada con una interpretación necesaria de los puntos en discordia dentro de la *Instrucción*: “La comisión cree que la duda que consulta el Ayuntamiento de Granada esta decida por la ley de 23 de Junio ultimo sobre el gobierno económico político de las provincias. En el artículo 4 del cap. 1 se dispone que cada año se forme para el ayuntamiento una Junta de sanidad en cada pueblo donde el vecindario lo permita. En el artículo 11 del cap.2 de la misma ley se dice terminantemente “ En la capital de cada provincia habra una Junta de sanidad compuesta del Jefe político&c. de a que se infiere que en las capitales de provincia debe haber dos Juntas de sanidad, la municipal y la provincial, cada una con diferentes atribuciones según se colige de la citada ley”. A.C.D., P-01-000018-0065. “Representación del Ayuntamiento de Granada...”. Dictamen de la Comisión de legislación, firmada por Ximenez Perez, Rivero, Antillón, García Ramos, Villanueva y Castillo en la Isla de León. (30.10.1813)

²⁹⁰ MONLAU, P. F. (1862). *Elementos...*, p. 1154. (en nota 10).

²⁹¹ Como había establecido la comisión de Legislación ante la Representación del Ayuntamiento de Granada. A.C.D., P-01-000018-0065. “Representación del Ayuntamiento de Granada...”.

²⁹² RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud: Organización sanitaria española en el siglo XVIII”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinæ Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 7-8, 145 – 170, p. 164.

1833, con lo que parecía que las Cortes que habían establecido un esquema organizativo lo suficientemente estable²⁹³.

Esta reestructuración suponía, no obstante, solo un pequeño triunfo con respecto a los problemas que, durante los tres años de andadura de las Cortes, habían surgido en torno a la organización sanitaria. Establecida su jerarquía, quedaba sobre la mesa de debate la cuestión de la conformación de sus miembros y la posibilidad de imprimir un carácter científico-técnico a su estructura. A esto se le sumaba la inexistencia de unas normas estables que definieran las atribuciones y *modus operandi* de estas instituciones en caso de peligro epidémico, que descansaban, como había establecido de forma vaga la *Instrucción*²⁹⁴, en reglamentos existentes o que “en adelante existiesen”.

2.5.3. Últimos intentos de reforma bajo el modelo constitucional.

El inicio de las sesiones en Madrid, ya lejos de la epidemia, no trajo, sin embargo, la estabilidad en el plano institucional como se habría esperado. Un informe de Juan Álvarez Guerra como representante del Gobierno de la Península, dirigido a los secretarios de las Cortes, reavivaba el debate sobre las Juntas de Sanidad, trayendo a la mesa de debate la cuestión de la idoneidad del criterio médico en los órganos administrativos²⁹⁵. Este texto firmado el 26 de enero de 1814 arremetía contra la supuesta necesidad de protomédicos o demás profesores de medicina en las Juntas de Sanidad. Para Álvarez Guerra, el criterio médico se necesitaba a modo consultivo y no en el plano ejecutor. El cuerpo de facultativos quedaban señalados como peritos y en este sentido, la existencia de un órgano como el Protomedicato al que se pudiera dirigir las consultas, hacía innecesaria la composición de la Junta Suprema tal y como estaba diseñada.

Quizás esta representación podría ser interpretada como una vuelta atrás en el proceso de conformación de la administración de la sanidad al excluir el órgano técnico dentro de los órganos de decisión. Sin embargo, esta lectura no debe detenerse ahí. Las medidas que planteaba Álvarez Guerra eran una reacción a la inoperatividad en los

²⁹³ Véanse las órdenes del 25 y 28 de septiembre de 1833 y la del 27 de marzo de 1834. En MONLAU, P. F. (1862). *Elementos...*, pp. 1155-1156.

²⁹⁴ Decreto CCLXIX de 23 de Junio de 1813. Instrucción para el gobierno económico... (1813). *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes generales y extraordinarias: Desde 24 de mayo de 1812 hasta 24 de febrero de 1813*. Vol. 3. Madrid: Imprenta Nacional, p. 113.

²⁹⁵ A.C.D., P-01-000020-0123-0001. “Expediente sobre organización de la Junta Suprema de Sanidad” (07.1813-09.1813).

ramos de decisión y la necesidad de remarcar el carácter ejecutivo que debían tener las Juntas. Reducir los centros de decisión y mejorar los canales de comunicación entre las distintas Juntas se convertían en puntos clave para ser resolutivos. Para esto convenía en la nula necesidad de una Junta Suprema de Sanidad y con ella la del criterio de médico:

“Aunque los médicos individuos de la Suprema Junta sean los mas sanos nada o casi nada provechoso puede decir en los casos de premura y solo en los que admitan espera es en los que pueden ser útiles; pero como en tales casos es lo mismo que lo resuelva la Suprema confirmándolo el Rey o la Regencia, que el gobierno consultando al Protomedicato, parece que no hay necesidad de establecer la Junta proyectada exponiendo al riesgo de absorber el tiempo en contestaciones: *Además de que lo ultimo es más sencillo y más constitucional que lo primero* puesto que en todos los demás ramos de economía pública los jefes políticos se deben entender directamente con el gobierno.”²⁹⁶

Según su descripción, se trataba de una cuestión de ajustar el derecho por parte de los órganos ejecutivos, en este caso las Juntas Provinciales. Pero para ello era necesario crear ese derecho, es decir, elaborar un código, reproducirlo y ejecutarlo; sancionada una ley no necesitaban los médicos ser los ejecutores.

Esta observación iba en contra del juicio general de los médicos y algunos diputados que habían participado en el debate sanitario en las Cortes, cuya opinión descansaba en la concepción de las Juntas como órganos ejecutivos, pero también facultativos²⁹⁷. Sin embargo, el criterio de Álvarez Cuenca pretendía ajustarse a la inoperatividad de los ensayos realizados hasta el momento y la necesidad de reforzar el marco legal como herramienta para hacer operativas la ejecución de las medidas. El problema residía en el mismo factor que se reproducía siempre: la inexistencia de un reglamento “ni apenas cosa prevenida para el servicio de este ramo”²⁹⁸. Por lo que las resoluciones habían estado, y estaban marcadas por las circunstancias y su resolución inmediata.

Esta medida, por tanto, no significaba excluir el criterio médico en los procesos de decisión, ni tampoco renunciar a que el Protomedicato se encargara del ramo de la

²⁹⁶ A.C.D., P-01-000020-0123-0001. “Expediente sobre organización de la Junta Suprema de Sanidad”. (07.1813-09.1813)

²⁹⁷ A.C.D., P-01-000020-0121. “Exposición de Bartolomé Mellado para que en toda corporación o junta de sanidad haya un profesor de medicina como vocal de ella” (10.09.1812-21.09.12)

²⁹⁸ Idem.

sanidad pública. Según la propuesta, este Tribunal, restablecido en julio de 1811 y que aún se enfrentaba a los avatares de su configuración²⁹⁹, volvería a asumir la tarea de escribir un código sanitario, aunque quedaba fuera del órgano ejecutivo en las tareas de ese ramo. Las Juntas de cada población, que deberían unificarse, y las subsecuentes Juntas Provinciales quedaban en este caso como los interlocutores con el gobierno. Con esta propuesta, por tanto, se eliminaba el filtro de decisión que suponía la Junta Suprema de Sanidad, ante ese riesgo de *absorber el tiempo en contestaciones*, al considerarla al mismo nivel de decisión y de capacidad ejecutiva que el gobierno, en el que, en última instancia, con o sin Junta, recaía el poder de decisión.

Pese a los esfuerzos por reactivar el debate con propuestas como éstas, los últimos meses de vida de las Cortes enterraron la posibilidad de terminar un proyecto de institucionalización de la Salud Pública que durante casi cuatro años había conseguido plantear bases muy prometedoras. Por un lado, el diálogo entre las Juntas de Sanidad con el gobierno había abierto el debate hacia la búsqueda de un modelo estructural adaptado a la nueva constitución y el diseño del Estado propuesto³⁰⁰. Por su parte, el Reglamento del Protomedicato quedaba pendiente de la aprobación de la Comisión de Legislación, sin, en el fondo, quedar explicitado cuales debían ser sus atribuciones ni qué competencias delineaban a las nuevas Juntas Sanitarias Provinciales, dejando también en el aire la posible reforma de la Junta Suprema.

El debate sobre la institucionalización de la sanidad quedaba, por lo tanto, interrumpido e inconcluso tras la vuelta al trono, y por tanto del régimen absolutista, de Fernando VII. Sin embargo, no podemos dejar de resaltar los sedimentos reformistas que habían establecido en sus debates y que se retomarían posteriormente durante el Trienio Liberal³⁰¹. Los intentos por adaptar la estructura de la administración de la sanidad a la lógica racionalista del proyecto liberal, sin

²⁹⁹ Véase el apartado 2.4. de este capítulo.

³⁰⁰ En este sentido, resulta interesante replantear la afirmación de los hermanos Peset que establecía que el diálogo entre las Juntas de Sanidad con el gobierno en esos últimos meses ignoró la cuestión de su constitucionalidad y la conveniencia de su composición y actuaciones. Si bien es cierto que la urgencia de tomar medidas contra la epidemia fue una prioridad en sus relaciones, podemos ahora afirmar que paralelamente pervivió la preocupación y el interés por adaptar la estructura institucional de las Juntas a los principios constitucionales. Véase: PESET, M., & PESET, J. L. (1972). *Muerte en España...*, p. 181.

³⁰¹ Véase: CARDONA, Á. (2005). *La salud pública...*, pp. 287-399.

quedar exentos de un continuo conflicto, habían quedado plasmados en los sucesivos textos que habían intentado dar forma a las Juntas, reproduciendo el esquema de municipio-poder central. Se habían hecho, además, intentos considerables por adaptar el criterio científico dentro de los órganos de decisión de la sanidad.

CAPÍTULO 3

LA CODIFICACIÓN DE LA SALUD BAJO UNA CONSTITUCIÓN SANITARIA.

La codificación sanitaria debe ser considerada como uno de los elementos claves de la organización de la sanidad y su administración pública en la época contemporánea. Como apuntó Felipe Monlau –el gran higienista del siglo XIX–, frente a las propuestas que la ciencia higiénica pueda hacer, la legislación establece *lo que es*, resolviendo y mandando lo vigente³⁰². La necesidad de establecer un Reglamento general, como hemos podido comprobar en el capítulo anterior, era percibido como un elemento necesario para llevar a cabo el proceso de institucionalización de la sanidad y su objetivo de velar por la salud de la nación. Sin ésta, efectivamente, los intentos de organizar la sanidad bajo una administración institucional coherente se habían visto frustrados, en gran parte por la necesidad de crear una base normativa que regulara y limitara los distintos organismos de este ramo y que codificara de manera unificada las medidas sanitarias. Es por esto que debe ser tarea obligada el establecer los pasos que se dieron en el plano legislativo –correlativamente a la organización institucional– para poder entender el panorama general que vivió la administración de la sanidad pública durante las Cortes de Cádiz.

3.1. Antecedentes de la formación de un código: La lucha contra las epidemias.

Aunque identifiquemos tradicionalmente los intentos de una codificación sanitaria con el liberalismo español del siglo XIX, existen formulaciones previas que introducen tímidamente intentos legislativos en torno a la sanidad. Excluimos en esta formulación la sanidad entendida como caridad asociada generalmente a instituciones piadosas y a las redes familiares y de patrocinio; refiriéndonos, en este caso, a su concepción como parte de la administración oficial y obligaciones del Estado con respecto a la salud³⁰³.

³⁰² MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene...*, p. 1111.

³⁰³ Los trabajos de María Jiménez Salas y Pedro Carasa Soto son una referencia clásica para entender los mecanismos asistenciales previos al siglo XIX. El segundo, en su estudio sobre la evolución hospitalaria contemporánea incidirá en un elemento clave para entender este cambio de perspectiva en la asistencia y es la inexistencia, previamente al siglo decimonónico de una clara diferenciación entre el pobre y el enfermo como beneficiario de la asistencia del poder político. Una idea en la que insistirá Álvaro Cardona al ahondar en las transformaciones de la beneficencia en el Trienio liberal. Véase:

Estos intentos se deben estudiar a la luz de dos elementos: En primer lugar, el impacto que tuvo la paulatina teorización del concepto de “policía sanitaria” en el ámbito administración sanitaria. Desarrollado por el teórico alemán Johan Peter Frank, en su influyente obra *System einer vollständigen medicinischen Polizey* (1779-1819), este concepto implicaba la asunción, por parte del Estado, de su responsabilidad en la regulación y diseño de las políticas médicas y su control. Este término ya había sido desarrollado décadas antes por Wolfgang Thomas Rau, Franz Anton Mai y Johan von Justi. Sin embargo, fue Johan Peter Frank quien lo sistematizó a lo largo de seis volúmenes, proponiendo un minucioso código sanitario bajo la idea de que el bienestar físico de las poblaciones resultaba indispensable para la prosperidad del Estado³⁰⁴.

Vinculado a la filosofía mercantilista y a la política paternalista del “cameralismo” germánico, el concepto de policía médica y su discurso sobre las ventajas para el Estado del cuidado de la población se introdujeron en el corazón de la discusión sobre el valor del individuo³⁰⁵. Bajo el imperativo de “health is wealth” la cultura mercantilista y el concepto de la “policía médica” promovió el incipiente marco teórico en el que se movieron las primeras tentativas de una organización sanitaria³⁰⁶.

Aunque la práctica de la policía médica varió en Europa, podemos decir que sus principios fueron asumidos –con diferentes ritmos– a lo largo del siglo XVIII, ofreciendo a finales de la centuria un panorama dominado por la preocupación compartida por el papel del Estado en el control y el cuidado de la salud³⁰⁷.

En el caso español no sería hasta 1801, con la publicación de *Cartas sobre la policía*

JIMENEZ SALAS, M. (1958). *Historia de la asistencia social en España en la edad moderna*. Madrid: CSIC; CARASA SOTO, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX: de la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid Secretariado de Publicaciones; CARDONA, Á. (2005). *La salud pública...*, pp. 25-49.

³⁰⁴Véase el capítulo de Patrick Carroll dedicado a los discursos continentales sobre policía médica: CARROLL, P. (2006). *Science, Culture, and Modern...*, pp. 18-19; JORI, G. (2013). “Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII”. *Revista de Geografía Norte Grande*, (54), 129–153. El clásico trabajo de George Rosen identifica el desarrollo de la sanidad pública con el paralelo crecimiento de un gobierno centralizado que empezó a emerger desde el siglo XVI. Una concepción que entronca con la idea de la sanidad como síntoma y medida de la salud de un Estado. Véase: ROSEN, G. (1993). *A history...*, p. 17.

³⁰⁵ CARROLL, P. (2006). *Science, Culture...*, pp. 118-119.

³⁰⁶ ELLIS, J. H. (1992). *Yellow Fever and Public Health in the New South*. Kentucky: University Press of Kentucky, p. 3.

³⁰⁷ Dorothy Porter hace un pequeño análisis de los diferentes países, centrándose en Prusia, Francia, Suecia: PORTER, D. (1994). *The history of public health...*, p. 54.

Valentín de Foronda³⁰⁸, cuando encontremos un texto español que teorice, con aportaciones relativamente originales, sobre la policía médica. No obstante, la existencia de traducciones de los textos germánicos de Peter Frank y Johann Heinrich von Justi³⁰⁹ en el último tercio del siglo XVIII permite deducir que no eran conceptos ajenos al ambiente reformista borbónico de las últimas décadas de la centuria³¹⁰.

El segundo elemento que hay tener en cuenta, y que entronca con una de las tesis principales de este trabajo, es la vinculación intrínseca que tiene la organización sanitaria con la necesidad de establecer medidas contra las epidemias. El largo historial de enfermedades de este tipo (peste, fiebre amarilla, viruela, sífilis, lepra,...) en Europa y otros continentes, había supuesto, ya desde el siglo XIV, la introducción de medidas preventivas organizadas desde el poder; medidas que tradicionalmente se habían basado en la imposición de prácticas cuarentenarias y de aislamiento. La amenaza que suponían estas enfermedades para la sociedad había generado lo que Sheldon Watts ha denominado la *ideología del orden*³¹¹, que justificaba la intervención del poder en la vida de la gente común durante las crisis epidémicas y que se tradujo desde la gran peste de 1347, en la asunción y creación de medidas para coordinar la lucha contra las epidemias, como las establecidas por Juntas de Salud de Florencia (1348)³¹².

El trabajo de Watts, junto con el de otros como el de Wesley W. Spinks, han demostrado, al explorar la larga tradición de medidas tomadas ante la epidemia, la relación intrínseca entre la amenaza epidémica y la organización de una respuesta

³⁰⁸ DE FORONDA, V. (1801). *Cartas sobre la policía*. Madrid: Imprenta de Cano.

³⁰⁹ La obra de Johann Heinrich Gottlob von Justi, *Crundsätze der Polizeywissenschaft (1758)*, fue traducida al español por el jurista Antonio Francisco Puig y Gelabert en 1784 bajo el nombre de Elementos generales de policía.

³¹⁰ La primera referencia escrita a este concepto es situada por Álvaro Cardona en 1791 cuando el que el Dr. Mitjavila, como suplemento de su “semestre médico clínico”, apuntaba que el concepto de policía médica se dirige a cuidar la salud de la población “cuya conservación es sumamente interesante al estado” Véase nota 93.

³¹¹ WATTS, S. J. (1999). *Epidemics and history: disease, power and imperialism*. New Haven: Yale University Press, pp. 16-17.

³¹² Watts habla de la existencia de cinco medidas establecidas en Italia en los siglos XV-XVI para luchar contra las epidemias: (1) control riguroso del desplazamiento humano entre las regiones infestadas. (2) sepultura obligatoria de los muertos por peste en fosas especiales o de destrucción de sus efectos personales. (3) aislamiento de los apestados en casas especiales y encierro de su familia en su propio domicilio o en cabañas provisionales lejos de zonas pobladas. (4) la unidad local de tasación asumirá la responsabilidad de proveer servicio médico y comida de forma gratuita a las personas en aislamiento. (5) provisión de subsistencias para aquellos cuya vida se veía arruinada por el cierre de mercado y no tenían reserva de alimentos. WATTS, S. J. (1999). *Epidemics...*, p. 17.

colectiva desde el poder³¹³. Una asociación que parece encontrar una correspondencia con la realidad española de principios del siglo decimonónico, como demuestran las palabras del médico-cirujano Pedro María González en su disertación sobre la epidemia de 1800:

“Tal vez no se conoce una ciudad marítima, y comerciante, cuya historia no esté manchada con los horrores de semejantes calamidades públicas, y cuyo gobierno instruido por las desgracias, no haya tomado las mayores precauciones para evitarlas en lo sucesivo; Este ha sido el origen de los establecimientos de la salud pública.”³¹⁴

Desde los primeros intentos de sistematizar la medida sanitaria, a tenor de la formación de la Junta Suprema de Sanidad en 1721, las miradas estaban enfocadas en la sanidad marítima y al resguardo contra la epidemia: prohibiciones de comercio y permisos, vigilancia de las líneas de costa, control de introducción de géneros sospechosos o penalizaciones y multas.

Publicadas en diversas disposiciones y reales órdenes, estas medidas empezaron a esbozar las bases de una legislación sanitaria todavía muy incipiente, durante el siglo XVIII³¹⁵. Siguiendo a Monlau, una de las primeras formulaciones de legislación sanitaria se establece en 1757 para el resguardo de la salud pública y para el *resguardo del contagio*³¹⁶. Este Reglamento General de Sanidad era presentado por la Junta Superior del principado de Cataluña y había sido entregado a la Suprema el 4 de agosto de ese año. En base a este texto y teniendo en cuenta una *Instrucción* formulada por el magistrado de sanidad de Venecia, la Junta de Cádiz presenta en 1766 un nuevo Reglamento por orden de la Junta Suprema.

³¹³ SPINK, W. (1978). *Infectious diseases: prevention and treatment in the nineteenth and twentieth centuries*. Minneapolis: University of Minnesota Press, pp. 3-17.

³¹⁴ Archivo de la Real Academia de Medicina de Madrid (A.R.A.M.M.), 31-2a A, Biblioteca /10-2o : GONZÁLEZ, P. M. (1801). *Disertacion medica sobre la calentura maligna contagiosa que reynó en Cadiz el año de 1800, medios mas adequados para preservarse de ella y de otras enfermedades contagiosas y pestilenciales*. Cádiz: por don Manuel Ximenez Carreño, p. 78.

³¹⁵ VARELA PERIS, F. (1998). “El papel...”, pp. 320.

³¹⁶ Estas formulación viene precedida de otros esfuerzos de reglamentación contra la epidemia que incluyen el edicto del 15 de octubre de 1740 *Reglas que están mandadas observar para el resguardo de la salud pública en todos los puertos de estos reinos* (A.G.S., Marina, leg.522) o el *Edicto general de Sanidad* del 6 de agosto de 1753. Así como distinta medida impuestas en distintos puertos de la puertos de la Península establecidas *ad hoc* al verse amenazados por distintos focos epidémicos. Véase: RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud...”, pp.153-154; MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene...*, p. 1256 (nota 10).

El hecho de que se confiara el proyecto a la Junta Gaditana pone de manifiesto no solo su protagonismo como puerto de intercambio –de comercio, pero también de enfermedad–, sino que deja traslucir el rol de la ciudad en la configuración y renovación de la sanidad en el periodo ilustrado. Fue en este contexto cuando se creó en la ciudad el Real Colegio de Cirugía de la Armada (1748), el primero de este tipo y el centro de formación que marcará la impronta de la renovación de las ciencias médico-quirúrgicas durante el siglo³¹⁷. El compromiso del Colegio gaditano con la formación de los cirujanos de la Armada se había traducido, como hemos visto en el primer capítulo, en la asunción y perfeccionamiento de un currículo enfocado a las enfermedades asociadas al medio marítimo, contando entre sus preocupaciones principales la lucha contra las enfermedades epidémicas como la fiebre amarilla.

El control de las colonias ultramarinas suponía el contacto constante de las flotas españolas con estas enfermedades que se consideraban endémicas en los países “tórridos”, por lo que había resultado una exigencia clara en la formación de la escuela³¹⁸. El compromiso que, desde mediados del siglo dieciocho, adoptan las instituciones científicas vinculadas a la Armada en relación al estatus de Cádiz como ciudad proyectada al mar, parece concordar con el compromiso adquirido por la Junta de Cádiz en establecer un código sanitario a mediados del siglo XVIII.

Sin embargo, la falta de referencias posteriores a dicho código, y la constante publicación de ordenanzas por parte de las Juntas de Sanidad de distintos pueblos cada vez que la amenaza de contagio epidémico lo demandara³¹⁹, confirman la inoperatividad de un proyecto unificado de codificación sanitaria. La reacción política ante la enfermedad descansaba en la actuación mediata de las autoridades locales y las Juntas de Sanidad de cada ciudad.

³¹⁷ Esta pluralidad de dictámenes y ordenanzas serán recopiladas por la Junta Suprema, en un esfuerzo unificador, en la *Colección de providencias de Sanidad* que reunía las publicadas entre 1740 y 1787. Véase: MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene...*, p. 1125.

³¹⁸ El tratamiento y descripción de la fiebre amarilla va a ser uno de los capítulos fundamentales cuando se forme el primer *Tratado de las enfermedades de la gente del mar* original español, publicado en 1805 por los cirujanos de la Expedición Malaspina (1789-1894). Véase: GONZÁLEZ, P. (1805). *Tratado de las enfermedades...*, pp. 309-326.

³¹⁹ El estudio de Rodríguez Ocaña sobre las distintas medidas llevadas a cabo por las Juntas de Sanidad en el siglo XVIII dan cuenta de esta realidad. Así especifica en su trabajo la publicación de medidas que iban desde la implementación de una vigilancia extrema en el puerto de Málaga en 1753 o el decreto de cuarentena extrema en Gibraltar en 1783. Medidas que demostraban la adaptabilidad de las medidas a las amenazas concretas en puertos específicos, Véase: RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud...”, pp. 153-154.

Al aproximarnos, por tanto, a los dos ejemplos que Monlau considera los primeros ensayos o intentos de legislación sanitaria española observamos que se tratan, en ambos casos, de formulaciones hechas en la segunda mitad del siglo XVIII, donde la lógica racionalista ilustrada y sus efectos en los temas sanitarios ya eran latentes en otros ámbitos institucionales científicos³²⁰. Sin embargo, y pese a los esfuerzos de centralización de la administración de las instituciones sanitarias desde finales del XVIII, estos intentos unificadores y codificadores de la sanidad pública parecen fracasar. La organización y gestión de las medidas sanitarias eran calificadas a fecha de 1802 como resultado del capricho, el azar o el instinto de las Juntas Provinciales y sus Diputaciones. Esta crítica quedaba plasmada en la Real Orden de 24 de junio de 1802, según especifica Monlau³²¹, en la que se mandaba a la Junta Suprema de Sanidad la creación de unas *Ordenanzas de Sanidad*, que sirviesen de norma para todo el Reino. Sin duda, los efectos de la epidemia que devastó el sur y el levante español en el año 1800 y los problemas para su contención habían sido cruciales a la hora de exigir este Código. Paradójicamente fue otro brote de fiebre amarilla el que retrasaría la formación del borrador, que no será concluido hasta finales del 1804, después de que los focos epidémicos ocurridos en Málaga consecutivamente distrajeran la atención de los encargados de la tarea. Este borrador, que tomó el título de *Ordenanza de Sanidad marítima y terrestre* recibió, tras muchas correcciones y comentarios –entre ellas del “príncipe de la Paz” Manuel Godoy– la aprobación de las autoridades. Sin embargo, las vicisitudes de estos años impidieron que el reglamento obtuviera la sanción definitiva por lo que quedó solamente en un proyecto.

Así pues, comprobamos que en los albores de la Guerra de Independencia existían ya por parte de la Corona, intentos de codificar la Sanidad Pública de forma unificada. Sin embargo, parece que estos no tuvieron una influencia directa en la formulación que se plantea en el seno de las Cortes de Cádiz, pues no se haría de ellos ninguna mención.

³²⁰ Tengamos en cuenta aquí todo el proceso reformista de la profesión sanitaria que da comienzo con la formación de los Reales Colegios de Cirugía-con el de Cádiz a la cabeza. Un proceso que ha de vincularse con la política científica ilustrada asumida por la Corona borbónica y que había tomado cuerpo apoyada en dos pilares: la paulatina centralización del Estado borbónico y el soporte de las instituciones militares en el proceso de reforma. Véase: PUERTO SARMIENTO, F. (1988). *La ilusión quebrada...*; BLANCO NÚÑEZ, J. (2009). “La Marina de la Ilustración y Cádiz”. En *Estudios superiores en Cádiz desde 1748: Armada e Ilustración*. Cádiz: Servicio de Publicaciones; LAFUENTE, A., & SELLÉS, M. A. (1988). *El observatorio...*; GALERA GÓMEZ, A. (1988). *La Ilustración Española y el conocimiento del Nuevo Mundo: Las ciencias naturales en la expedición Malaspina (1789-1794): La labor científica de Antonio Pineda*. Madrid: CSIC; PIMENTEL, J. (1998). *La física...*; LAFUENTE, A., VALVERDE, N., & PÉREZ, N. V. (2003). *Los mundos de la ciencia en la Ilustración española.*; LAFUENTE, A., & PESET, J. L. (1985). “Militarización...”.

³²¹ MONLAU, P. F. (1862). *Elementos...*, p. 1129.

Es de rigor, no obstante, plantear la existencia de esta impronta previa que, pese a estar lejos de los presupuestos liberales, había planteado ya la necesidad de crear un marco legislativo coherente.

3.2. Primeros pasos de legislación sanitaria en el debate de las Cortes.

Una de las facetas más estudiadas del periodo de las Cortes de Cádiz es la legislativa, pues de ellas emanaron las bases que marcarían la formulación del liberalismo español y sus principios constitucionales –poniendo fin a las estructuras jurídicas del Antiguo Régimen³²² Sin embargo, queda aún pendiente el estudio más detallado de las implicaciones que el Congreso, en su faceta de legislador, tuvo en el ramo de la sanidad.

“Felizmente después de sucesos tan varios la Nación recobró la autoridad que fraudulentamente le arrancó de las manos el despotismo y la arbitrariedad. El Soberano que la representa no es ya un Monarca descuidado, que pueda mirar con indiferencia el bien estar de los Ciudadanos ni menos un tirano cuyos intereses estén en oposición con los de la Nación: es un Augusto Congreso compuesto de Ciudadanos respetables, que siempre atentos a llenar el primero de sus deberes, cual es el bien de la Sociedad, desean se les presenten los medios de ejecutarlo.”³²³

Con estas palabras, presentaba Francisco Flores Moreno el papel y deber de la Nación, como autoridad representada por el Congreso, con respecto al bien de la Sociedad. Así la sanidad pública, como *res publica*, quedaba descrita por Flores Moreno bajo la protección y cuidado de la nueva autoridad asumida por la Nación. El cuidado de la salud se alejaba de aquella imagen proyectada por el reformismo borbónico en el que la responsabilidad política adquirida en este ramo era una cesión de la Corona bajo sus propios intereses. La interpretación del *bien público* bajo los presupuestos liberales suponían la adopción de un discurso nuevo en el que quedaba asociado el cuidado de

³²² PÉREZ GARZÓN, J. S. (2007). *Las Cortes de Cádiz...*; ARTOLA, M. Y FLAQUER, R. (2008). *La Constitución de Cádiz de 1812*. Madrid: Iustel; FERNANDEZ SARASOLA, I. (2011). *La Constitución de Cádiz. Origen, contenido y proyección internacional*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; PORTILLO VALDÉS, J.M. (2000). *Revolución de nación. Orígenes de la cultura constitucional en España, 1780-1812*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

³²³ A.C.D., P-01-000020-0125. “Memoria médico-Política en que después de manifestar las causas que han influido en el atraso de la Medicina, Cirugía y ciencias auxiliares en las Américas ...”, fl.2-2v.

la salud con la responsabilidad y deber adquirido por los ciudadanos como miembros del Estado³²⁴.

Pese a la novedad discursiva, las Cortes gaditanas reprodujeron, sin embargo un patrón de actuación existente previamente; la reacción política y la sistematización de medidas estuvieron determinadas por la urgencia de establecer parámetros de actuación contra el foco de epidemia que se desata al tiempo de la inauguración de Cortes. Estas medidas, en un principio, seguían en la línea de la provisionalidad que tanto había caracterizado las normativas sanitarias ante las epidemias tradicionalmente.

La publicación del reglamento para prevenir el contagio de la epidemia el 7 de abril de 1810, citado en el capítulo anterior,³²⁵ constituía una de las primeras medidas que habían antecedido la inauguración del debate en Cádiz, y confirmaba muchas de las problemáticas con las que se inauguraba la gestión de la sanidad en el siglo XIX. Este breve reglamento que había sido elaborado por la Junta Suprema de Sanidad constaba de diez medidas preventivas básicas basadas en la ventilación y desinfección en los hospitales, cuarteles, casas de misericordias, en la implementación de la higiene en la ciudad con respecto a basura, en cuestiones de alimentación o afinamiento de personas. Dicho reglamento había asumido el cuidado de la sanidad desde un punto de vista localizado, reduciendo su foco de actuación a las circunstancias particulares de Cádiz y la isla de León. Un espacio en el que “una reunión excesiva de gentes en una población escasa de habitaciones, la de la mucha tropa, el descuido que podría haber en los Cuarteles y casas llenas de estas, u otras personas, sanas, y enfermas, el olvido de una policía vigilante y muy esperada, y la necesidad que muchos tendrán de privarse de algunos alimentos a que estaban acostumbrada para usar de otros que no le son familiares, puede con facilidad producir cierta enfermedad o calentura.”³²⁶

La tendencia tradicionalmente localista a la hora de asumir las medidas sanitarias se

³²⁴ Los términos “bien de la Nación” y sus sinónimos “interés general” o “utilidad pública” fueron categorías conceptuales fundamentales en la formación del lenguaje constitucional de 1812 y esenciales en el constitucionalismo contemporáneo. RUIZ-RICO RUIZ, G. J. (2012). “Lenguaje y símbolos en la Constitución de 1812: breves apuntes para comprender el futuro”. In CHAMOCHO CANTUDO (Ed.). *Sobre un hito jurídico, La Constitución de 1812: reflexiones actuales, estados de la cuestión, debates historiográficos*. Jaén: Universidad de Jaén.

³²⁵ A.C.D., P-01-000020-0124-0006. “Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”. Don Josef Joaquín Colon, del Consejo supremo de España, presidente de la Junta Suprema de sanidad que S,M, por Real Orden de tres de este mes se ha servido de aprbar un Reglamento.. (firmado 7.04.1810)

³²⁶ Idem.

había visto reforzada, en este sentido, con el ambiente bélico que reducía, y concentraba, la representación nacional y la proyección de sus medidas mediatas al espacio gaditano. Así las imposiciones circunstanciales que rodeaban la reunión en Cortes dificultaban la proyección y aplicación real de unas medidas genéricas contra la epidemia. Sin embargo, y aunque el contexto bélico es esencial para plantear la efectividad de las disposiciones médicas, no debe inferirse que no hubiera espacio para un discurso transformador integral. Así como las Cortes de Cádiz pretendían establecer las bases de un Estado que, finalizada la guerra, fuera asumido por el conjunto de los españoles, también las disposiciones de sanidad pública, pese a sus limitaciones en su aplicación, irán asumiendo este discurso integral y sistematizador.

La publicación a finales del año 1810 del *Dictamen de los tres médicos...* comisionados a la ciudad de Cádiz, había reabierto el debate sobre la necesidad de establecer unas medidas genéricas de actuación contra la epidemia³²⁷. La determinación de las Cortes de imponer a las Juntas la puesta en práctica de los medios de precaución indicados por los médicos en dicho *Dictamen*, suponía un paso decisivo a la hora de crear un marco preceptivo general contra la enfermedad, pese haber estado basado en el estudio de las circunstancias particulares de la ciudad de Cádiz. Sin embargo, el informe de la Comisión de Salud añadía que esto se haría “sin perjuicio de las demás providencias que S.M le comunicare por el conducto del Gobierno”³²⁸. Esta puntualización ponía de manifiesto la posible convivencia de estas medidas con otras disposiciones establecidas por el gobierno, demostrando los límites a la hora de establecer un marco referencial sanitario perdurable y único.

Con todo, su reimpresión y distribución por distintas provincias en el año 1819 hacía pensar que sus principios habían creado pautas genéricas de actuación de cierta permanencia y extensión³²⁹. No obstante, el análisis del documento circulado

³²⁷ A parte de la copia manuscrita conservada en el Archivo del Congreso de los Diputados (A.C.D., P-01-000020-0124-0004), existe una copia impresa por la Oficina de Don Nicolás Gómez de Requena, Impresor del Gobierno en 1811 y que Bartolomé Mellado incluye como apéndice de su obra (1811). *Historia de la epidemia padecida en Cádiz...* Véase: AREJULA, J. M., AMELLER, C. F., & COLL, J. A. (1811). *Copia del informe hecho por la comisión médica sobre la fiebre contagiosa que se padeció en Cádiz el año de 1810*. Cádiz: En la oficina de D. Nicolás Gómez de Requena.

³²⁸ A.C.D., P-01-000020-0124. “Expediente relativo al caracter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”. Dictamen de la Comisión Pública en sesión pública del 14 de abril de 1811.

³²⁹ VALDÉS, A. R. (1819). *Para corresponder esta Junta Superior de Sanidad á las diferentes solicitudes que se le hacen,... ha acordado se imprima y circule el que la Real Comisión Médica de Consultores comprendió en su sabio dictámen dado en 31 de Diciembre de 1810 sobre la enfermedad conocida con el nombre de fiebre amarilla*. Cádiz: s. n.

posteriormente demuestra estar limitado a las medidas terapéuticas recomendadas a los médicos durante las distintas fases de la epidemia, obviando las recomendaciones de policía médica, basadas en las prácticas cuarentenarias y el estricto control de patentes, tanto abiertas como selladas, para el control del tráfico de las embarcaciones³³⁰. El hecho de que fueran las medidas terapéuticas y no las preventivas las que se reprodujeran en este texto, señalaban el fracaso de este dictamen por establecer un marco referencial de policía médica. Sus criterios establecían una metodología de actuación médica para actuar cuando la enfermedad ya fuera un hecho, primando la acción curativa a la preventiva.

3.3. Bartolomé Mellado y la publicación del primer bosquejo de una constitución sanitaria.

El primer intento coherente para organizar sistemáticamente la sanidad pública viene de manos de Bartolomé Mellado, primer médico del juzgado de sanidad de Cádiz. Su obra, a la que ya hemos hecho una breve referencia con anterioridad, fue presentada en las Cortes en el mes de Julio de 1811, bajo el nombre de *Historia de la epidemia padecida en Cádiz el año de 1810, y providencias tomadas para su extinción por las Juntas de Sanidad suprema del Reyno y su superior de esta ciudad*. En ella presentaba, en sus capítulos tercero y cuarto, un *bosquejo de una Constitución General de Sanidad con los Reglamentos indispensables para el resguardo de mar, y práctica de diligencias en los puertos, y para la conservación de la salud de los pueblos, dividido todo en cuatro partes*³³¹.

La singularidad del este proyecto legislativo tiene como primer exponente la capacidad de enlazar y fundamentar los principios del discurso liberal y adaptarlos al campo de la sanidad. La enfermedad se convertía, en las primeras líneas, en un elemento igualador que situaba tanto al gobernador como al campesino bajo el mismo marco legal:

³³⁰ El *Dictamen* original estaba dividido en dos puntos fundamentales. El primero intentaba dirimir el origen de la epidemia, centrándose el segundo en los medios para atajar la epidemia. Esta segunda parte establecía, primero, unas medidas de policía médica de carácter preventivo que debían implementarse desde la administración para precaver el contagio. A parte de las medidas preventivas, establecía también los distintos procedimientos terapéuticos en las tres fases en las que diferencia la enfermedad. Estas son las medidas que se reproducen en la circular impresa en 1819.

³³¹ MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia padecida en Cádiz...* pp. 107-173.

“Son fáciles de inferir las razones de esta ley. Las enfermedades lo mismo las padece el pobre que el rico; lo mismo las conduce el jefe que el subalterno; y la observancia de una medida de Sanidad, debe exigirse con la misma igualdad en el palacio del príncipe que en la choza del labradores; en la Iglesia que en los cuarteles. *EL beneficio público deber ser la suprema ley*, y todos deben someterse a ella.”³³²

La formulación de la cuestión sanitaria en estos términos resultaba, hasta cierto punto, sorprendente si tenemos en cuenta el corto recorrido que había tenido en España la asunción de la salud como responsabilidad del Estado. Pese a la extensión del concepto de policía médica en la cultura política de la Europa de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX³³³, se puede considerar excepcional la enunciación de la sanidad pública bajo esta visión constitucionalista. Esta idea de la necesidad de establecer una ley reguladora –e igualadora– que regulase la cuestión sanitaria, solo es comprensible si tenemos en cuenta el debate sobre el proyecto constitucional que, paralelamente, estaba teniendo lugar en el seno de las Cortes.

El espíritu del constitucionalismo gaditano quedará también reflejado en su primer capítulo, en el que se establecía el principio de uniformidad con respecto a la administración del Reino al que aspiraban las Cortes liberales, de forma que el establecimiento de la Junta Suprema de Sanidad, según el proyecto dibujado por Mellado, imponía un único centro administrativo con respecto a sus organismos subalternos. El municipalismo y la división territorial de la administración política, recordemos, se convertiría en una cuestión clave, sobre todo a partir de la promulgación de la *Instrucción gobierno económico-político de las Provincias*, decretada por las Cortes el 23 de Junio de 1813. La propuesta de Mellado en cuanto a la organización institucional y la ordenación y jerarquización de los órganos competentes, como hemos podido ver, no estará exenta de crítica durante el transcurso de las Cortes. Recordemos que su propuesta se presentaba en el debate público en el mismo periodo que las Cortes tomaban la decisión de restablecer el Protomedicato³³⁴.

³³² Capítulo IV: Reglamento General de Sanidad. MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia...*, p.117. Cursiva propia.

³³³ Gracias a aportaciones como las de Johan Peter Frank (1745-1821). *System einer vollständigen medicinischen Polizey (1779-1819)*, 6 vols. Mannheim: C. F. Schwann. (“Sistema de una completa Policía médica”).

³³⁴ Decreto LXXIX, del 22 de Julio de 1811. Véase: (1811). *Cortes de Cádiz, Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes generales y extraordinarias desde su instalación de 24 de setiembre de 1810 hasta igual fecha de 1811*. Cádiz: Imprenta Real.

Desde un punto de vista estructural, el primer elemento que resulta de gran interés es el hecho de que el proyecto constitucional sanitario esté organizado como apéndice a la historia de la epidemia padecida en Cádiz durante esos años. La dependencia de la organización de la sanidad pública con respecto a las epidemias, como hemos insistido a lo largo de este texto, es presentada como un relación orgánica.

En cuanto a la organización interna, el Código quedaba dividido en dos partes diferenciadas. La primera, dedicada a la organización, composición y funciones de los tribunales designados para el resguardo de la salud. En una segunda parte, se establecía el reglamento de sanidad más propiamente dicho, que diferenciaba un Reglamento de mar y un Reglamento interior de sanidad o Reglamento de tierra.

Aunque presentado como bosquejo, la magnitud de este proyecto y el campo de actuación de su articulado convertía el proyecto de Mellado en un referente dentro de la organización sanitaria, sobre todo si tenemos en cuenta que ofrecía un corpus legislativo de las dos cuestiones que presentaban, en ese momento, la mayor preocupación sanitaria a nivel organizativo: la organización institucional –y su regulación interna– y la creación de unas pautas generales de sanidad pública aplicables a toda la península, tanto en el ramo de sanidad marítima como en la interior.

En total se componía de 235 puntos dedicados a la composición y organización de los Tribunales y el reglamento de sanidad marítima y 86 puntos centrados en el resguardo interior de sanidad o reglamento de sanidad. Una extensión que demuestra sin duda, el alcance y profundidad del proyecto presentado, pese a un cierto desequilibrio en el desarrollo de cada una de las secciones. Esta desproporción de artículos entre las distintas secciones del reglamento encuentra su explicación en la centralidad que ocupaba en esos momentos la gestión de la sanidad marítima en relación con el control de las epidemias –además del destacado papel que había ocupado el propio autor durante el foco epidémico en el Cádiz de esos años–³³⁵.

En esta línea, es comprensible el hecho de que la legislación cuarentenaria sea uno de los temas a los que más artículos dedique el Código presentado. El mar se convierte en la puerta de entrada y de *comunicación* de la enfermedad que aparece definida como endémica en los países americanos. Haciendo gala de un conocimiento extenso de la

³³⁵ MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia...*, pp. 5-48.

bibliografía internacional y nacional sobre la epidemia, citando, entre otros, a Benjamin Rush, a Gilbert Blane, William Cullen y a Juan Manuel de Arejula entre los españoles, Mellado esboza las líneas principales en torno el debate epidemiológico establecido en ese periodo en cuanto el origen de la epidemia, posicionándose en el grupo de autores que en ese periodo defendían el carácter contagioso de la fiebre amarilla. Esta postura no suponía el rechazo de la teoría miasmática de la enfermedad que habían nutrido los argumentos de los defensores de una postura anticontagionista. En su análisis, por el contrario, reproduce las principales líneas argumentales que sustentaban y defendían el origen miasmático de fiebre amarilla, considerándolas válidas. Esta explicación es utilizada por Mellado para determinar el origen de la enfermedad en las particularidades territoriales y atmosféricas de los territorios americanos³³⁶. Pese a defender el origen miasmático de la enfermedad, Mellado consideraba que la fiebre amarilla no era una enfermedad endémica en Cádiz y, por lo tanto, la calificaba como contagiosa, importada de este parajes en los que sí se producían por causas locales. La línea divisoria entre sendas teorías explicativas de la enfermedad, miasmática y contagionista, como apuntábamos en el capítulo anterior, no parecía estar tan clara como la epidemiología contemporánea nos ha presentado³³⁷., a partir de los trabajos de Ackerknecht³³⁸.

La pretensión del proyecto de Mellado de crear unas reglas generales y unificadas de precaución para evitar la importación del contagio, exigía superar el localismo de las

³³⁶ “Parte segunda. Ideas generales de la fiebre amarilla que tienden a fijar su verdadero caracter a fin de establecer en todo el Reyno reglas generales y unificadas de precaución”. Véase: MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia...*, pp. 49-52.

³³⁷ Una de las aportaciones más relevantes del trabajo de Ackerknecht, y por las que sigue siendo referente en el campo fue su capacidad de situar el conflicto sobre la etiología de la enfermedad en la vorágine de las crisis políticas y las revoluciones que atravesaron la Europa del siglo XIX. Según su trabajo, en el marco político emergente de la primera mitad del siglo XIX, las teorías explicativas de la enfermedad quedaron asociadas a una postura política: el auge del anticontagionismo (o de las teorías miasmáticas) coincidía con el ascenso del liberalismo, mientras que las teorías sobre el contagio quedaron asociadas al conservadurismo político. Dentro de la lógica liberal parecía, sin duda, más lógico rechazar las medidas cuarentenarias que imponían trabas al desarrollo económico de la burguesía mercantil y los principios del libre comercio, techando como conservador la reacción política contraria. Según su criterio, el conocimiento científico sobre la etiología de la enfermedad hasta mediados del siglo XIX fue lo suficientemente equívoco para permitir a los médicos seleccionar explicaciones viables y justificadas para los brotes epidémicos desde el contagionismo o el anticontagionismo indistintamente. Esto, efectivamente, permitió una politización del discurso ante la enfermedad pero no se tradujo, como pretendió afirmar el autor alemán, en una clara polarización de las concepciones médicas y su respuesta ante la enfermedad en dos categorías perfectamente definidas bajo el peso del contexto político. Como podemos comprobar en el caso del discurso impuesto por Bartolomé Mellado, no existe una líneas de diferenciación clara entre las dos teorías explicativas, afirmándose el origen miasmático de la enfermedad pero aceptando su carácter contagioso.

³³⁸ ACKERKNECHT, E. H. (1948). “Anticontagionism...”.

medidas impuesta y tender a la homogeneización de las pautas que regularan la administración de los distintos puertos de entrada y sus medidas. Esto lleva al autor a asumir el diseño de un código que, en el ramo de la sanidad naval, cubriera no solo los casos genéricos, sino también los excepcionales: procedimientos en cuarentenas rigurosas y de observación, su aplicación según el contenido de la embarcación y su tipología; la gestión de los Lazaretos y los procedimientos de habilitación de los buques y cargamentos. Incluso el reglamento preveía la actuación en ocurrencias extraordinarias, que contaba en su articulado con medidas ante los casos en los que un buque, aunque infectado, debía ser admitido, o en los que se daba la alarma de un buque perdido. Al fin y al cabo, con este reglamento se pretendía poner fin a la normativa establecida hasta el momento, que “además de no contener sino preceptos muy generales, les faltan muchas circunstancias y pormenores, cuya necesidad ha manifestado la experiencia en nuestros calamitosos días”³³⁹.

Por tanto, la envergadura del proyecto de Bartolomé Mellado y su importancia han de ser estudiados a la luz de esos *calamitosos días* a los que hace referencia el autor. Esta circunstancialidad es imprescindible para entender tanto la gestación de un proyecto de tal envergadura, como los problemas que surgen para su verdadera consecución.

En primer lugar queremos insistir en el sentido positivo que adquiere la enfermedad en este momento. Las funestas consecuencias de las sucesivas epidemias de fiebre amarilla son el motor principal para generar una conciencia política sobre la necesidad de codificar y estructurar los mecanismos estatales en el ámbito sanitario. Además, la enfermedad, además, se convierte –como hemos señalado– en elemento igualador, reforzando el discurso liberal bajo el signo de la protección del beneficio público. Es comprensible, por tanto, la recepción tan positiva que tiene la propuesta del médico gaditano en ese mes de julio de 1811. La necesidad de establecer medidas contra el posible resurgimiento de la epidemia y las funestas consecuencias de la gestión de la epidemia del año anterior convertían a las Cortes en un interlocutor muy receptivo a un cambio de tal envergadura.

La recomendación hecha por la Comisión de Sanidad de las Cortes, con fecha de 8 de agosto de 1811, para el estudio y revisión de su articulado para su futura aplicación,

³³⁹ MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia...*, p. 105.

corroboran este interés³⁴⁰. En ese momento la alarma de fiebre en Cartagena, pese a ser un territorio bajo control francés y haber motivado dentro de su administración medidas propias, parecía una amenaza real para el reducto gaditano, según las palabras del diputado Zorroquin en la sesión pública del 19 de agosto de 1811. En su llamamiento, el diputado por la ciudad de Madrid reforzaba este llamamiento para que se llevara a buen puerto el establecimiento de una regla fija que liberara del contagio a España y, por tanto, mandando pasar al Consejo de Regencia el código establecido por Mellado³⁴¹.

Si bien las circunstancias favorecían el surgimiento de proyectos y activaban el debate sanitario, también imponían las trabas asociadas a un contexto de conflicto, tanto militar como dialógico en el seno de las Cortes. La urgencia que imponía la toma de medidas y las disensiones internas entre los órganos rectores de la sanidad, ponían constantes impedimentos a la posibilidad de encauzar un proyecto constitucional como el planteado por Mellado.

El primer impedimento nace de la desintegración de la Junta Suprema de Sanidad a raíz del restablecimiento del Tribunal del Protomedicato. Recordemos que el proyecto de Mellado era presentado en Cortes días antes del decreto que confirma esta reestructuración institucional³⁴². Podría pensarse que la imposición de un nuevo marco organizativo en el que los procesos de decisión incluían el criterio técnico de los facultativos, ofrecía un contexto favorable a la consecución de tal proyecto. No

³⁴⁰ La fecha que refleja la introducción que antecede al *Bosquejo* corresponde al 24 de enero de 1811, en la que Bartolomé Mellado se dirige a Josef Colón, director de la Junta Suprema de Sanidad. Sin embargo, este texto no se presenta en Cortes hasta Julio de ese mismo año. Véase: ACD P-01-000020-0124. "Expediente relativo al carácter." Dictamen de la Comisión de Salud Pública sobre la exposición presentada por el doctor D. Bartolomé Mellado; MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia...*, pp.101-107.

³⁴¹ "Señor, estimo llamar la atención de V.M. hacia un punto digno de mayor consideración. Por las noticias que han circulado, y son bien sabidas llegue a cerciorarse de que en Cartagena se reproducía el contagio que en el año pasado había afligido aquella desgraciada ciudad; y oído yo del interés personal y del general que me impone mi obligación, traté de informarme de si en este pueblo había reglas o providencias acordadas para impedir la propagación; si los medios para la ejecución eran suficientes y bien establecidos, y su las penas para los contraventores eran tan rigurosas como lo exige la conservación de la salud pública: A este fin me avisté con la Junta provincial de Sanidad, y habiéndola indicado mi oposito me enteré con el mayor sentimiento de que no tenía ni se gobernaba por otras leyes o reglas que las que le enseñaba la tradición y comunicaba la Junta Suprema de Sanidad, residente ahora en esta plaza. A esta sazón se mandó pasar por V.M al Consejo de Regencia la obre que sobre este asunto ha publicado el facultativo S. Bartolomé Mellado, individuo de la Junta provincial de Sanidad...". Sesión del 19 de agosto de 1811. Véase: (1811) *Diario de las discusiones y Actas de las Cortes*. Tomo Séptimo. Cádiz: Imprenta Real, pp. 446-447.

³⁴² Decreto LXXIX, del 22 de Julio de 1811. Véase: (1811) *Cortes de Cádiz, Colección de los decretos y órdenes...*

obstante, los avatares a los que se enfrenta el Protomedicato en su génesis acentuaban el vacío de poder que se estaba dando en la gestión de la cuestión sanitaria.

La respuesta de la Comisión de Salud Pública lo dejaba claro en su representación enviada a las Cortes el 7 de agosto de 1811: el estudio y recomposición de los artículos que formaban el proyecto de Mellado –y de otras propuestas correspondían al recién reinstaurado Protomedicato–. Sin embargo, en esas fechas todavía no se había llevado a término el cumplimiento del decreto³⁴³. La solución temporal propuesta por el diputado Zorroquin al Ministro de Gracia y Justicia, en presencia del catedrático de Colegio de cirugía gaditano Juan Manuel de Arejula, fue la de formular un reglamento breve que pudiera servir interinamente hasta que el Protomedicato determinara lo más conveniente en esta materia³⁴⁴.

Junto a esta acentuada inestabilidad y enfrentamiento entre el Protomedicato y la Junta Suprema de Sanidad, sobre la que hemos insistido en el capítulo anterior, se imponía la necesidad de tomar medidas inmediatas a los focos de fiebre amarilla que amenazaban aquel verano. Parecía difícil salir de la dinámica a base de *medidas parche* con las que se venían confrontando la enfermedad, sobre todo si tenemos en cuenta la dependencia casi absoluta del debate sanitario con los ciclos de la enfermedad. La reacción y las medidas solo calaban en el discurso político en los periodos en los que la amenaza de la epidemia exigía una respuesta; circunstancia que, por otra parte, hacía difícil los cambios estructurales y de base, como era el proyecto de una Constitución Sanitaria.

3.4. El proyecto de codificación sanitaria de Flores Moreno en el contexto de la promulgación del texto constitucional de las Cortes de Cádiz.

La codificación de la sanidad pública entraba, a partir de 1812, en un complejo proceso que manifestaba una vez más la falta de consenso y la fragilidad de las instituciones pertinentes, pero que sin embargo demostraba cierto compromiso de los diputados en incluir esta cuestión en el engranaje de su política. Se daban en estos meses dos

³⁴³ A.C.D., P-01-000020-0124. “Expediente sobre el carácter..”.Dictamen de la Comisión de Salud Pública sobre la exposición presentada por el doctor D. Bartolomé Mellado.

³⁴⁴ Sesión del 19 de agosto de 1811. Véase: (1811). *Diario de las discusiones y Actas de las Cortes*, Tomo Séptimo. Cádiz: Imprenta Real. p. 446-447.

debates paralelos que iban a abordar la cuestión sanitaria desde el punto de vista legislativo.

En primer lugar, el debate abierto por Mellado sobre la necesidad de establecer una Constitución Sanitaria se incorpora a la discusión sobre la restauración del Protomedicato, que quedaba obligado a elaborar un reglamento interno y de salud publica por el mismo decreto que ordenaba su restablecimiento; un proceso, insistimos, no exento de polémica antes los problemas internos del propio organismo y su solapamiento con la, en teoría extinta, Junta Suprema de Sanidad. Contexto que sin duda, diluiría los esfuerzos por codificar la sanidad pública.

Paralelamente, la cuestión sanitaria se introducía dentro del proyecto legislativo para la conformación de la Constitución de marzo de 1812. Se materializaba en dicho texto constitucional, como hemos visto en el capítulo anterior, las bases de una incipiente –pero limitada– preocupación por la cuestión sanitaria y su administración.

Las críticas ante los límites y la insuficiencia de este marco legislativo para la gestión de la sanidad pública, pronto se harían visibles. Por una parte, desde el criterio institucional se comprueba cierta incapacidad a nivel práctico de componer y coordinar la Juntas de Sanidad provinciales, incluso después de haber sido publicada la *Instrucción gobierno económico-político de las Provincias* en junio de 1813³⁴⁵. La asunción de un modelo de policía y gobierno sanitario descentralizado y basado en el control provincial que estaba asumiendo parte de las propuestas en la administración, proponía un modelo con mayor peso político-administrativo frente a las propuestas iniciales de crear órganos científico-técnicos para el gobierno de la sanidad. A esto se le sumaba la inoperancia del Protomedicato que, a la altura de la promulgación de la Constitución de 1812–casi un año después del decreto que lo re-instauraba– todavía no había establecido sus principios rectores y su definitiva composición.

En este contexto de inoperatividad y con la limitada referencia de la Constitución como marco legislativo único, la clase médica elevaba la voz ante la urgencia de establecer un corpus normativo, reclamando, una vez más, el papel del facultativo, como especialista, en la elaboración y gestión de este ramo. Quizás el mejor ejemplo de esta crítica sean las palabras que Francisco Flores Moreno añade como apéndice a su obra titulada *Ensayo médico-práctico sobre el tifus-icterodes*. En ella encontramos un fiel

³⁴⁵ Consultar el capítulo anterior.

retrato de la situación de *impasse* en la que estaba entrado el proyecto para organizar la sanidad pública:

”¿Se dirá acaso que con lo mandado y ya empezado a establecer (según previene la Constitución política de la monarquía) de que los ayuntamientos velen sobre la salud pública, formándose sus individuos una junta especial o comisión de sanidad , está prevenido el daño y tomadas las correspondientes medidas para poner a los pueblos a cubierto de todo riesgo? ¡infundada confianza según lo que yo entiendo. La policía de salubridad exige mas práctica y conocimientos científicos, que los que de ordinario acompañan al hombre, que no ha tenido por ocupación forzosa el estudio de ciertas ciencias, en cuyo caso están los mas de los ciudadanos que han de formar los ayuntamientos. Y no se diga que la asociación de un médico, y lo mandado en algunas antiguas reales órdenes puede suplir *este* vacío : los buenos profesores son muy raros, y las órdenes á que me refiero ni son bastantes ni suficientes para formar un reglamento por falta de orden y de sistema (...).

No nos cansemos, sin un reglamento que abrace el objeto en su totalidad, (la salud pública) sabio, conciso, calculado con arreglo a las circunstancias , y cuyos preceptos generales se observen igualmente en toda la extensión de la península, con el celo y. exactitud que exige asunto de tan grande interés ,ni hemos hecho, ni se hace nada. Lazaretos, cuarentenas, observaciones, precauciones para el trato y comercio interior y exterior en tiempos de contagio, de sospechas de él etc. etc., todo debe estar modelado por unos mismos principios, todo montado sobre las mismas bases generales, y uniforme debe ser el modo de conducirse las autoridades (generalmente hablando) en todos los puntos y casos que se ofrezcan en cualquiera parte.”³⁴⁶

Aunque encontremos publicadas estas palabras ya en el año 1813, son la expresión de una preocupación que ya había elevado Flores Moreno al Congreso incluso antes de la promulgación de la Constitución. En enero de 1812, cuando en el seno de las Cortes se elaboraba y discutía el artículo 319 del proyecto constitucional³⁴⁷, el médico y cirujano gaditano ya había planteado a los diputados los límites de las medidas en sanidad pública incluidas en dicho proyecto si no se componía un reglamento. Unos principios básicos que establecieran un marco para la actuación de los ayuntamientos de tal forma que “comprendiese, aún el más ignorante, (...), el modo con que debe conducirse en

³⁴⁶MORENO, F. F. (1813). *Ensayo médico-práctico...*, pp. 158-159.

³⁴⁷ TÍTULO VI: del Gobierno interior de las Provincias y los Pueblos. Capítulo I: de los Ayuntamientos. Artículo 319: “Todos los empleos municipales serán de carga concejil, de que nadie podrá excusarse sin causa legal: (1812). *Constitución de la Monarquía Española. Promulgada en Cádiz a 19 de Marzo de 1812*. Cadiz: Imprenta Real, p. 42.

caso de que el sufragio de sus conciudadanos, lo constituya en el honroso cargo de Diputado de Ayuntamientos”³⁴⁸. Con este afilado comentario se ponía en evidencia no solo la urgencia de elaborar una constitución sanitaria, sino los límites de la politización de un cargo que por su exigencia científica, los facultativos venían desde largo reclamando como propia.

Su exposición no terminaba ahí sino que servía como introducción al verdadero objeto de su instancia: ofrecer sus servicios al Congreso para que fuera él mismo, el encargado de la tarea de la formación de dicho Reglamento de Sanidad. Con esta petición no solo dejaba claro su intención de que fuera un médico el que formara un código sanitario, sino que proyectaba sus pretensiones personales de reconocimiento político. Pretensiones que ya había demostrado desde que retornara a Cádiz de la Expedición Malaspina, en la que había sido comisionado como cirujano³⁴⁹.

Al igual que Mellado unos meses antes, Flores Moreno presentaba junto a esta instancia un “Bosquejo de un proyecto de Reglamento de Sanidad Pública”³⁵⁰. Sin embargo, en este caso se trataba de un boceto general sobre la forma de organizar y dividir el proyecto, sin ningún desarrollo de sus artículos. Con una estructura distinta a la propuesta presentada por Mellado, no obstante, los proyectos reproducían preocupaciones comunes.

³⁴⁸ A.C.D., P-01-000020-0126-000. “Representación de Francisco Flores Moreno acerca del Reglamento de salud pública” (20.01.1812).

³⁴⁹ Los avatares por encontrar el reconocimiento por su participación como coautor en el *Tratado de las Enfermedades de la gente del mar* (1805) junto con Pedro María González son estudiados por OROZCO ACUAVIVA, A. (1991). “Los cirujanos navales en la Expedición Malaspina. La Expedición Malaspina (1789-1794)”. In *Bicentenario de la salida de Cádiz* (pp. 113–127). Cádiz: Real Academia Hispanoamericana. En 1809 le fue denegado el título honorífico de Médico de Cámara, aunque se le fue concedido por la Suprema Junta Central en 1810 en reconocimiento a su actuación como comisionado de salud pública en la ciudad de Ayamonte desde 1804. Con este título, el Gobernador de la Plaza de Cádiz le nombró Facultativo de los Batallones de Voluntarios, cargo que desempeñará junto con Don Carlos Francisco Ameller y al que se incorporó el 1 de enero de 1810. En este contexto, el papel de Flores Moreno fue activo tanto en el plano médico como en el político. Por un lado, siguió combatiendo la epidemia que cada año volvía a castigar especialmente al sur y el levante español. Reseñable es su participación en la prensa de la época encontrando mensualmente, en el *Redactor General*, como veremos en el próximo capítulo, un artículo. La participación de Flores Moreno en la esfera médico-política no solo se reducirá al debate sobre el reglamento de Salud pública, como es el caso reseñado, sino que se extenderá a la cuestión profesional y formativa en el ámbito americano, como demostraría la memoria presentada entre 1811 y 1812 con el objetivo de crear *un colegio y junta superior de medicina y cirugía en Nueva España*. (Memoria analizada en el último capítulo de este trabajo). Un proyecto muy influenciado por su experiencia en la Expedición Malaspina. Terminada la guerra de Independencia Flores Moreno recibirá en 1816 la condecoración de la Flor de Lis de manos, paradójicamente, del “enemigo” francés por el servicio prestado durante la epidemia a la población francesa. Véase: A.G.M., 2898, Exp.57; A.G.P., Personal, 16920, Exp.3.

³⁵⁰ A.C.D., P-01-000020-0126-0002-GF1. “Representación de Francisco Flores Moreno acerca del Reglamento de salud pública”

En este sentido, la advertencia que precedía este bosquejo dejaba claro que su objetivo era establecer todos los ramos de la Policía en términos generales, para dar claridad a las materias tan delicadas como eran las de la sanidad pública, pues “Como para el encargo de diputado de Ayuntamiento no se exige otra circunstancia que la de ser Ciudadano Español; calidad que no supone el conocimiento de las ciencias Físico Médicas (...)”

351

³⁵¹ Idem.

Bosquejo de un Proyecto de Reglamento de Salud Pública.

Advertencia.

Este Reglamento se dividirá en seis partes, comprendiendo cada una de ellas los particulares q. deben tener presente cada uno de los diversos ramos de la Policía en general.

Como para el encargo de Diputado de Ayuntamiento, no se casó otra circunstancia, que la de ser Ciudadano Español, en el goce de sus derechos; calidad que no supone el conocimiento de las Ciencias Médico-Químicas, me ha parecido conveniente exponer por separado (en notas), las razones que se han tenido presentes, para establecer aquellos principios generales, que deben observarse en cada particular, por cuyo medio logrará dar mas claridad y enlace á mis ideas, sin perjuicio de manifestar íntegras mis opiniones, sobre materias tan delicadas, á la Comuna del Augusto Congreso y del Público.

Parte 1. ^a	Parte 2. ^a	Parte 3. ^a	Parte 4. ^a	Parte 5. ^a	Parte 6. ^a
<p>Trata de todos los objetos q. tienen relación con la Policía de Salubridad, en general.</p> <p>Alimentos. Bebidas. Aire. Contagio. Pestic. Quarantenas. Precauciones para traficar con los Pueblos sanos, ó contagiados. Pantanos. Bosques. Aguas cenagosas.</p>	<p>De los objetos q. debe tener presente la parte de Policía relativa á el aseo, ventilación y adorno de los Pueblos.</p> <p>Aseo. Calle. Cloacas. Alcantarillas. Drenajes de las Casas. Muitadares. Pisgo. Ataúdos. Inundación. Mercados. Pisos. Pavos.</p>	<p>Policia de viveres y abastos, de toda especie.</p> <p>Granos. Abastos. Ovares. Cinos. Adulterio de este licor. Modo de conocer y evitarlos.</p>	<p>De las medidas q. debe tomar la Policía con respecto á la sup. clase de empleados Públicos.</p> <p>Parracos. Medicos. Cirujanos. Boticarios. Matronas. Sangradores. Dentistas. Enfermeros. Conductor de Cadaver. Sepultureros.</p>	<p>Cuidados de la Policía p. el mejor estado de Salubridad de los Establecimientos que siguen.</p> <p>Universidades. Colegios. Carceles Publicas. Carceles. Hospitales. Navios. Lazaretos. Casas de Expositos. Hospicios. Teatros. Cementerios. Mataderos. Crueldades.</p>	<p>Otros objetos no menos interesantes de la Policía.</p> <p>Pobres. Beneficencia Pub. Expositos. Tiempo que debe mediar, despues de concluido un Edificio, para poder ser habitado, sin perjuicio de la Salud Publica.</p>

Conclusión.

Ideas generales sobre el empleo de Inspector de Salud Pública.

Imagen 1: Hoja manuscrita del Bosquejo del Proyecto de Salud Pública presentado al Congreso por Francisco Flores Moreno.

El objeto de los seis apartados que contempla este bosquejo hacía referencia a las responsabilidades que habían adquirido los Ayuntamientos, como órganos encargados del ramo de la sanidad pública. Bajo la crítica velada de su falta de preparación científica para la tarea, con esta sección se perfilaban de la manera más simplificada posible, las responsabilidades que habían adquirido estos miembros tras los cambios establecidos a través del texto constitucional y subsiguientes reformas. Por tanto, en su boceto no solo se hacía referencia al cuidado de las cuarentenas, contagios y la precauciones para traficar con los demás pueblos –preocupaciones centrales en el proyecto de Mellado– sino también al control de aseo, calles, riego, desagües o aguas cenagosas, considerado como policía de aseo, ventilación y adorno de los Pueblos. También recaía su gestión en el control de los víveres y abastos, incluyendo, además, en su cuarta parte, el cuidado y salubridad de los establecimientos públicos bajo su protección: Universidades, cárceles, hospitales, etc. Una responsabilidad que iba unida al cuidado de los establecimientos de beneficencia y de los pobres. En cierto sentido, estos elementos se habían contemplado de una forma más genérica a la hora de diseñar las responsabilidades de los Ayuntamientos, tanto en la Constitución como en la *Instrucción para el gobierno de las provincias*. Pero lo que faltaba, y este era el proyecto presentado por Flores Moreno, era constatar y diseñar un reglamento que sirviera de guía y especificara, basándose en un criterio médico, hasta la mínima responsabilidad que ahora adquirirían estos poderes locales como parte de su administración.

Esta era la segunda propuesta que se presentaba en las Cortes y que pasaba a la Comisión de Examen de Memoriales y finalmente al examen de la Comisión de Salud Pública³⁵². Sin embargo, las palabras que acompañaban a la publicación del libro de Flores Moreno en 1813, anteriormente citadas, indicaban que la vía abierta por ambos facultativos no había tenido un impacto real. Un año después de haber aportado propuestas para formar un código sanitario, como demostraban las palabras de Flores Moreno, se contaba como único marco legislativo en el ámbito de la salud pública los artículos recogidos en la Constitución.

En lo que parecía un último esfuerzo por presentar un proyecto de reforma, y pese a no haber sido, finalmente, comisionado para desarrollar el *Reglamento de Salud pública*

³⁵² El 20 de enero de 1812 es enviada a la Comisión de Examen de Memoriales y el 26 de enero de 1812 a la Comisión de Salud Pública. Véase: A.C.D. P-01-000020-0126-0001 “Representación de Francisco Flores Moreno acerca del Reglamento de salud pública” (20.01.1812)

presentado, Flores Moreno incluirá en su obra *Ensayo medico-practico, sobre el tifus-icterodes*, a modo de apéndice, una serie de precauciones en forma de reglamento contra la epidemia.

Dividido en tres partes, este proyecto incluía un primer capítulo dedicado a las *Precauciones para impedir la entrada, ya en tierra o mar de una peste cualquiera*, en el que se exponían las medidas para el establecimiento de cordones sanitarios a lo largo de las fronteras que impidiera la comunicación durante las epidemias, y en el caso de las fronteras marítimas, establecía las precauciones que había que tomar para admitir hombres y efectos procedentes de los buques.

La segunda parte estaba dedicado a las *Precauciones que deben tomarse en todo pueblo para detener los progresos de un contagio, luego que este se presente*. En esta sección hacía una diferenciación entre las precauciones que debían practicarse para que la peste no se comunicara con los pueblos vecinos, es decir, teniendo en cuenta sus relaciones exteriores, y por otra parte, las relativas al gobierno y régimen interior de la ciudad. La epidemia parecía considerarse en toda su extensión estableciendo medidas para preverla y, en un estadio superior, estableciendo medidas, también, para evitar su extensión en caso de contagio.

La última sección establecía el *Método de desinfección para las personas, casas y efectos*, donde hacía gala de los avances que se había hecho en este campo gracias al descubrimiento de Guiton de Morveau y a la experimentación en las fumigaciones con ácidos nítricos y muriáticos. Sus afirmaciones en este sentido, tomaban un camino diferente al que estaban definiendo algunos médicos coetáneos como Manuel de Arejula y Bartolomé Mellado, que habían expresado en alguna ocasión la inutilidad de las fumigaciones de este tipo³⁵³.

En términos generales las precauciones propuestas por Flores Morenos seguían las líneas principales presentadas por Mellado situando el control de las comunicaciones y

³⁵³ En el caso de Mellado, su posición con respecto a las fumigaciones y los perfumes había quedado expresada en un texto enviado a la Junta de Sanidad en 1804 bajo el título *Memoria sobre la inutilidad de los perfumes*, y completados en las *Adiccion que hice este año al remitirla*, también firmada en 1804 y contenida en su publicación (1811). *Historia de la epidemia...*, pp. 43-48. El caso de Arejula, como ya hemos apuntado en el capítulo anterior, resulta más complejo, pues resulta una de las figuras claves al introducir la nomenclatura química presentada y en las primeras experimentaciones con estos gases en España. Pese a su primera postura en defensa de los beneficios de estas prácticas, su práctica durante las epidemias que atraviesan el principio de siglo le llevaron a afirmar la inutilidad de su uso. Esta opinión le valdrá la censura de uno de sus capítulos de su obra. Véase: GARCÍA BALLESTER, L., & CARRILLO, L. (1974). “Un ejemplo de represión...”.

las cuarentenas como uno de los pilares en el control sanitario³⁵⁴. Entre los puntos propuestos en este texto debemos señalar, sin embargo, dos elementos en los que Flores Moreno hacía incidencia y que consideramos claves en su contexto: el primero tiene que ver con las referencias hechas al comercio durante las epidemias. En un reglamento en el que destaca el principio del aislamiento estricto y la cuarentena, Flores Moreno introducía sutilmente caminos que permiten el intercambio y la flexibilización de las medidas impuesta. De este modo establecía el uso de cordones sanitarios formados por tropas a lo largo de las fronteras, que impidieran toda clase de comunicación “excepto por los puntos que queden libres para el trato (que nunca pasarán de tres)”³⁵⁵, al igual que planteaba “la necesidad de evitar perjuicios al comercio y otras razones de no menos peso, podrán hacer forzosa la extracción de algunos efectos de un buque cuarentenario”³⁵⁶. Estas afirmaciones introducían un elemento clave que ya había sido considerado por Manuel Romero en el seno de la administración francesa en cuanto a las medidas impuesta a los puertos de Orán, Cartagena y Ceuta: las medidas de prevención y el control de las comunicaciones debían medirse con los intereses comerciales de los pueblos, convirtiéndose en un factor clave a la hora de diseñar las políticas sanitarias³⁵⁷. Esto no significaba rechazar necesariamente los principios explicativos que admitían el carácter contagioso de la enfermedad, sino que, como vemos en ambos casos, la preocupación comercial se proyectaba sobre una política sanitaria basada en el principio del aislamiento³⁵⁸.

³⁵⁴ Esto no quiere decir que dentro del análisis médico que establece Flores Moreno en su *Memoria sobre Tifus-Icterioides*, no se considere como esenciales en el transcurso de la enfermedad los elementos circunstanciales asociados con un lugar, el carácter de sus habitantes y la calidad de su atmósfera. Estos elementos esencialmente asociados a una explicación *miasmática* de la enfermedad refuerzan e inciden sobre la importancia de la higiene, ventilación y desinfección de los espacios, pero sin embargo, conviven con la tesis principal de que la epidemia padecida en Cádiz es de carácter contagiosa, y por lo tanto requiere el aislamiento como medidas esencial.

³⁵⁵ FLORES MORENO, F. (1813). *Ensayo médico-práctico...*, pp. 176-177.

³⁵⁶ *Idem*, p. 194.

³⁵⁷ Los vínculos entre el comercio y el diseño de las políticas sanitarias han sido un elemento clave de estudio en la epidemiología contemporánea. Mark Harrison ha explorado durante años esta relación estableciendo vínculos entre los intereses comerciales, la diplomacia y el diseño de políticas internacionales de sanidad pero, también, teniendo en cuenta el factor comercial en el desarrollo y expansión de la enfermedad en sí misma. Véase: HARRISON, M. (2012). *Contagion...*; HARRISON, M. (2010). *Medicine in an age of Commerce and Empire: Britain and its Tropical Colonies 1660-1830*. Oxford: OUP Oxford, p. 353; HARRISON, M. (2006). “Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century”. *Journal of Global History*, 1(2), 197–217; RINGEN, K. (1979). “Edwin Chadwick, the market ideology, and sanitary reform: on the nature of the 19th-century public health movement”. *International Journal of Health Services*, 9(1), 107–120.

³⁵⁸ Esta interpretación vuelve a poner en tela de juicio las líneas básicas de trabajo de Erwin Ackerknecht sobre el Anti-contagionismo y su aplicabilidad en el contexto español.

Por otro lado, y estrechamente relacionado con el diseño de las políticas cuarentenarias en las que parecía gravitar su propuesta, el texto insistía en las medidas de control de tripulaciones y efectos para su derivaciones a los lazaretos pero, sin embargo, excluía tratar sobre la distribución y establecimiento de dichos edificios de aislamiento. Consideradas por el autor como medidas análogas a las *precauciones* que proponía en su texto, quedaban excluidas por ser propias de un reglamento de sanidad. Un objeto, que en este texto –a diferencia el *Bosquejo de un Proyecto para un reglamento de salud pública*– había quedado fuera de sus pretensiones³⁵⁹.

Esta reacción por parte de Flores Moreno puede encontrar varias explicaciones: en primer lugar, hay que tener en cuenta que el año 1813 está marcado por los efectos de una epidemia proveniente de Gibraltar y que, por tanto, imponía la necesidad de poner unas medidas *in situ* para frenar sus efectos. Se repetía, una vez más, el esquema de reacción tardía que el mismo Flores Moreno criticaba en su escrito³⁶⁰, que fomentaba el diseño de medidas para enfrentar la epidemia reinante y que con cuya urgencia alejaban la posibilidad de crear un reglamento de sanidad.

La decisión de excluir las reglas y observancias que debían regir los lazaretos, puede encontrar su explicación en el hecho de que en ese mismo momento se hubiera abierto un discurso paralelo en Cortes sobre la conformación del Lazareto de Mahón.

En efecto, en verano de 1813 se publicaba la obra *Lazareto de Maón o memoria descriptiva de sus obras* (..), un texto que, como su propio subtítulo rezaba, contenía unas *Reflexiones críticas sobre su estado actual y proyecto para que sea general y puerto franco en beneficio del comercio del mediterráneo*, y que dedicaba al poder legislativo Manuel Rodríguez *por lo que pudiera convenir antes de arreglarse el ramo de sanidad*³⁶¹. Esta obra reabría un debate que se había formulado en Cortes a raíz de la exposición presentada por el Cirujano Consultor Braulio López en abril de 1812, acerca de que se nombrasen dos cirujanos *-físicos-* con sueldo fijo para el Lazareto de

³⁵⁹ FLORES MORENO, F. (1813). *Ensayo médico-práctico...*, p.185.

³⁶⁰ “Yo me acuerdo, y creo que ningún vecino de este pueblo habrá olvidado, que cuando en las inmediaciones del otoño 810 empezaron a difundirse en esta ciudad los rumores de que el contagio se había presentado, los asuntos relativos a sanidad se agitaron con el mayor calor en las Cortes extraordinarias. Mas como ya era tarde, y en las angustias de momentos críticos poco o nada se hace bueno...”. Véase: FLORES MORENO, F. (1813). *Ensayo médico-práctico...*, p. 156.

³⁶¹ RODRÍGUEZ, M. (1813). *Lazareto de Mahón: o memoria descriptiva de sus obras, reflexiones críticas sobre su estado actual y proyecto para que sea general y el puerto franco...* Mahón: Imprenta de Pedro Antonio Serra.

Mahón³⁶². Una propuesta que había acabado por ser desestimada por la Regencia alegando las recomendaciones de las Junta Suprema de Sanidad, de la Municipal y del director del Lazareto, de ahorrarse todo lo que se pudiera de gastos al erario y de constricciones a la Nación “cuyas necesidades no conviene aumentar” sin hacerse, por tanto, ninguna novedad para el adelantamiento de las obras de dicho lazareto³⁶³.

Efectivamente, desde la orden instigada por el Conde Floridablanca en 1786 para la construcción del que sería el primer Lazareto permanente en España, el proyecto había estado atravesado por continuas irregularidades y contratiempos como pudo ser la ocupación Inglesa de la isla –que no había permitido el inicio de las obras hasta 1793– o la irrupción de la Guerra de Independencia unos años después de haberse terminado las obras en 1807 a falta del departamento de patente limpia³⁶⁴.

La obra publicada por Manuel Rodríguez en 1813 recuperaba, por tanto, este debate sobre la definitiva puesta en funcionamiento del Lazareto de Mahón, incluyendo y reformulando la desestimada propuesta del cirujano Braulio López sobre la contratación de facultativos de forma fija en el lazareto. Su propuesta iba más allá y planteaba una descripción detallada de los puestos y responsabilidades que exigía la gestión del lazareto, unas recomendaciones claves para afianzar la permanencia del lazareto, así como las propuestas para la regulación de los sueldos y gastos de sanidad. Este último punto resultaba clave al haber sido la causa por la que se desestimarían las transformaciones propuestas en el debate de 1812 y resignaría cualquier reforma a una simple ordenanza de la Regencia del 3 de agosto de ese mismo año en el que se instaba a poner en funcionamiento el lazareto con los recursos que se disponía, para poder gestionar así las posibles amenazas de fiebre amarilla en Cartagena y otros lugares del

³⁶² A.C.D., P-01-000020-0128-0002. “Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón 1813”. Representación de Don Braulio López a las Cortes. Cádiz (6.04.1812); A.C.D., P-01-000020-0128-0003. “Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón 1813”. Recursos de Don Juan José del Castillo y de Don Braulio López (20.04.12).

³⁶³ A.C.D., P-01-000020-0128-0005. “Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón 1813”. Copia de los informes de la Junta Superior de sanidad de las Islas Baleares, de la de Maón y la del director del Lazareto. 03.1812; la resolución de la Junta Suprema está contenido en el primer expediente de esta serie: A.C.D., P-01-000020-0128-0001. “Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón 1813.”

³⁶⁴ Véase: BONASTRA TOLÓS, J. (2006). *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del Lazareto*. Barcelona: Universitat de Barcelona. (Tesis Doctoral <http://www.tdx.cat/TDX-0728106-122030/>) pp. 303-309; VIDAL HERNÁNDEZ, J. M. (2010). “El viaje interrumpido: la vida en un lazareto marítimo”. In PERDIGUERO-GIL, E. & HERNÁNDEZ J. M. V (Eds.), *La ciudadela de los fantasmas: Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno* (pp. 103–129). Menorca: Institut Menorquí d’Estudis.

Mediterráneo³⁶⁵.

Así pues, la gestión económica del Lazareto de Mahón dominaría la reapertura del debate en 1813 en el contexto en el que Flores Moreno presentaba sus *Recomendaciones* contra la epidemia. La creación de un *Expediente sobre la formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón*³⁶⁶, recogía en septiembre de 1813 una serie de propuestas por parte de la Junta Suprema de Sanidad para poder sufragar los gastos de la finalización y gestión que exigía el Lazareto.

No es baladí que este expediente se creara justo en el momento en el que la Comisión nombrada por las Cortes para establecer la organización de una Junta Suprema de Sanidad, presentara el borrador de decreto para su configuración³⁶⁷. Este proyecto de organización institucional que, como hemos visto en el capítulo anterior, había intentado dar respuesta a las fallas de organización sanitaria derivadas del texto constitucional y de la *Instrucción*, incluía como una de las obligaciones de la Junta Suprema proyectada, la de indicar y gestionar los medios para poner en funcionamiento el lazareto de Mahón: “ un edificio soberbio, con cuya posición local puede competir pocas en el globo, y que habiendo costado a la nación 5632000 reales en la era desastrosa de Carlos IV, no puede verse sin lástima, que luego, por nuestro descuido y por la negligencia del gobierno, estén falto de auxilios, de dotación y de los más precisos recursos haya quedado en un monumento de pura suntuosidad artística, casi tan inútil para el bien de la nación que ha costado su levantamiento, como las pirámides para los antiguos pueblos de Egipto”³⁶⁸.

De este modo, el proyecto de codificación institucional de la Junta Suprema incluiría en su artículo onceavo, la determinación de encomendar a la Junta de Sanidad de Menorca la dirección y cuidado del lazareto, adquiriendo independencia de la Junta provincial, recibiendo órdenes directamente de la Suprema³⁶⁹. De esta manera, la gestión del Lazareto quedaba, de esta manera, proyectada como una administración

³⁶⁵ A.C.D., P-01-000020-0128-0004. “Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón 1813”. Copia de la orden de la Regencia de 3 de agosto.

³⁶⁶ A.C.D., P-01-000020-0128. “Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón 1813”.

³⁶⁷ A.C.D., P-01-000020-0123-0002. “Proyecto de decreto...”, presentado en Cortes el 7.09.1813.

³⁶⁸ Idem.

³⁶⁹ Sesión del 7 de septiembre de 1813. (1870). *Diario de sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias...* Vol. 8, pp. 6134-6137.

desvinculada de la gestión provincial, mostrando, a través de esta vinculación directa con la Suprema, el papel fundamental que se le estaba dando a Mahón como esa puerta del comercio Mediterráneo que describió Rodríguez en su *Memoria*³⁷⁰. Parecía, por tanto, que la gestión y organización de los lazaretos, excluida por Flores Moreno en su proyecto, estaba recibiendo la atención de la Comisión encargada de reformar la Junta Suprema de Sanidad. El hecho de que el *Expediente para la formación de un fondo con que concurrir a los gastos del lazareto de Mahón* se formase con el fin de que fuera enviada a la Comisión encargada del reglamento de la Junta Suprema de Sanidad “por si juzgase oportuno incluir en el punto de lazaretos”³⁷¹, demostraba los esfuerzos por integrar todos los ramos y preocupaciones sanitarias en los proyectos de reforma planteados. Sin embargo, este *Expediente* sería devuelto a la Secretaría de las Cortes por la Comisión de sanidad pública con fecha de 15 de septiembre de 1813³⁷², paralizando así la consecución de una organización del lazareto de Mahón y, con ella, el diseño de un proyecto de regulación cuarentenaria de forma fija atendiendo a los intereses comerciales del mediterráneo y la formación médica del órgano de decisión sobre su gestión. El Reglamento, y consecuentemente la puesta en funcionamiento como lazareto permanente, vería la luz en 1817, bajo el restablecido absolutismo impuesto por Fernando VII.³⁷³

Los esfuerzos y propuestas en torno a la concreción de un proyecto sanitario fue derivando desde el *Bosquejo de Reglamento de Salud* publicado por Flores Moreno en 1812, pasando por el diseño de una reglas para frenar la epidemia de 1813, corriendo en paralelo a los esfuerzos por fundamentar una gestión cuarentenaria e incluirla como prioridad no solo para la sanidad sino para el comercio. Pese a las propuestas –a las que se puede sumar la de Mellado– y la urgente necesidad de tomar medidas que el contexto epidémico reclamaba, parecía que la relativa parálisis que vivía la reforma de las instituciones sanitarias se traducía en la dimensión legislativa.

En primer lugar, hay que entender la complejidad y los retos políticos que había

³⁷⁰ RODRÍGUEZ, M. (1813). *Lazareto de Mahón...*

³⁷¹ ³⁷¹ A.C.D., P-01-000020-0128-0001. “Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón 1813”. Expediente dirigido por Álvarez Guerra a los Secretarios de las Cortes Generales y Extraordinarias. Enviado el 10 de septiembre a la Comisión especial de sanidad pública.

³⁷² *Idem*, fl. 1.

³⁷³ (1817). *Reglamento interno de Sanidad para el gobierno y dirección del lazareto de Mahón*. Mahón: Imprenta de Pedro Antonio Serra.

impuesto la adopción de la Constitución gaditana. Sobre todo si tenemos en cuenta que la nueva gestión de la sanidad pública descansaba en la organización administrativa provincial, una cuestión que no fue del todo perfilada y a la que se tuvo que volver en repetidas ocasiones para darle coherencia³⁷⁴. Además, la adopción de la Constitución había producido un choque de potestades en el ámbito sanitario, coexistiendo la nueva organización sanitaria de Juntas Provinciales, con un carácter puramente administrativo, con el recientemente restablecido Protomedicato, que ya hemos visto en el capítulo anterior, presentaba unos problemas internos que daban cuenta de la inestabilidad en la que se movía el proyecto de reforma sanitaria. Teniendo en cuenta que éste había sido el órgano al que en última estancia se le había encomendado la tarea de crear un Reglamento sanitario, su incapacidad para –ni siquiera– definir sus miembros y coincidir en los principios rectores, demostraba la parálisis del sistema. Además, la promulgación había traído un nuevo problema a la mesa. El restablecimiento del Tribunal se había hecho sobre el supuesto de erigirle como único organismo a cargo de la salud pública. Sin embargo, el texto constitucional había impuesto el principio político, una vez más, por encima de la dirección técnico-científica.

3.5. La *Constitución de la salud pública para la Monarquía*: propuesta de Rafael Costa en el seno de la disensión del Protomedicato.

El uso repetido que hemos hecho del término *parálisis* como reflejo de esta situación quizás impide ponderar el flujo de propuestas que, pese a las circunstancias, estaba engrosando el debate sanitario. Puede que esta dualidad entre inmovilismo y flujo de debate se vea más claramente al analizar las confrontaciones que se estaban generando en el mencionado Tribunal del Protomedicato.

Recordemos que este Tribunal, después de un frustrado primer intento, había conseguido establecer un Reglamento para regular la organización interna de esta institución, presentándolo el día 17 de noviembre de 1812. Sin embargo, los votos de sus miembros, aunque de aprobación, habían dejado claro que no existía un juicio compartido sobre sus principios rectores. No obstante, en este contexto de enfrentamiento surgieron propuestas individuales que reactivaban el debate sobre la

³⁷⁴ Véase: (1813). *Instrucción para el gobierno económico político...*

conformación de un código sanitario.

Bajo el título de *Proyecto de constitución de la salud pública para la monarquía española o sea constitución estadística de la Monarquía española*³⁷⁵ Rafael Costa, miembro del Protomedicato, presentaba un proyecto legislativo como apéndice a su voto sobre la organización de la institución. Firmado el 17 de Octubre de 1812 esta propuesta igualaba en extensión al proyecto de Mellado. En un total de 118 hojas manuscritas, el representante del ramo de farmacia en el Protomedicato presentaba 334 artículos dedicados a la regulación de la sanidad pública. Un proyecto de grandes dimensiones que, sin embargo, afrontaba la problemática sanitaria desde una orientación bien distinta a los proyectos mencionados anteriormente. Pese a su extensión, el proyecto de Costa fundamentaba la constitución de la salud pública en la necesidad de que esta fuera dominada y controlada por la clase médica –en particular, por lo que el consideraba los físicos y farmacéuticos–.

Bajo este criterio no era tan necesario plantear un código sanitario especificando los puntos y medidas a los que se dirigía la sanidad pública, sino en establecer una gestión, una enseñanza y una aplicación de los principios sanitarios bajo el dominio de los facultativos. No olvidemos que este código se inserta dentro del debate de la conformación interna del Tribunal, y por tanto, la estructura e institucionalización serán la clave organizativa.

Anclada en la orientación provincial que, cada vez más, adquiría la administración de la sanidad, el criterio organizativo de Costa descansaba en 5 títulos que daban forma a su sistema de sanidad pública:

El primer título sentaba las bases del Código bajo un concepto de sanidad pública entendida como la física –y obligación– común de los ciudadanos y la base del bienestar político. Su segundo capítulo establecía los cinco ramos en los que se tenía que ocupar la sanidad, poniendo en la cabeza la educación del cuerpo facultativo. El título terminaba con seis artículos especificando los beneficios de la sanidad pública a la prosperidad nacional.

El título segundo establecía los requisitos de lo Colegios de salud pública, que en su proyecto alcanzaban un número de seis escuelas. Estos establecimientos eran

³⁷⁵ A.C.D., P-01-000020-0129-0003. “Expediente sobre el reglamento del Tribunal del Protomedicato”. Proyecto de constitución de la salud pública.

proyectados para la formación de físicos y farmacéuticos y su educación prevista tenía una base eminentemente experimental al ser mandatorio el establecimiento de un hospital por cada escuela y la obligada práctica de los alumnos en sus salas. Una configuración que según el artículo 27, también debería establecerse en la España ultramarina. En esta sección quedaba también establecida la organización política y jerárquica de la institución, los grados y materias implicados en la educación y los requisitos de admisión y reválida de sus asistentes.

El tercero de los títulos de este Código se encargaba de regular los destinos y ocupaciones de los Físicos y Farmacéuticos. Se buscaba con esto la mayor efectividad y mejora de la dirección de la salud pública, tanto en los pueblos como en el Ejército y la Armada, a través de la delimitación de destinos y ocupaciones de un entramado de inspectores y sub-inspectores en el ámbito local, provincial y militar. Todos ellos con formación médica.

El título cuarto proponía la formación de Académicas de ciencias médico-naturales en cada capital de provincias, presididas por el Inspector de salud pública de su provincia como director nato de ellas. Formado por un único capítulo, este título del Código establecía las atribuciones de dichas Academias y las obligaciones de cada uno de sus miembros. Entre ellas, y tal como se proponía en el artículo 221, se contaban la responsabilidad de facilitar una instrucción y la enseñanza práctica de todas las ciencias, señaladamente la médica, difundir cuanto pudiera conducir a la prosperidad nacional, por ejemplo el modo de aumentar el número de animales útiles o el de criarlos robustos, o ayudar a mejorar el desempeño de las tareas de los Inspectores de salud pública o de las Juntas Superiores de Sanidad. Una misión que venía acompañada de la obligación de realizar informes para formar planes en el ámbito de la higiene pública o policía, jurisprudencia médica, el control de cárceles, lazaretos, hospicios u hospitales.

El quinto título establecía la configuración y función de las Juntas de Sanidad proyectadas, marcando un claro límite entre las funciones y composición de las Juntas Provinciales y aquellas formadas en el ámbito militar y de campaña. Las primeras quedarían establecidas en toda capital de provincia o isla, formándose una subalterna en toda cabeza de partido y puerto de mar. Ante la eventualidad de una posible epidemia o situación de contagio el artículo 254 preveía la posible formación de Juntas provisionales en los pueblos, valles o aldeas de cada provincia. Las segundas debían ser de obligada formación en cada ejército o expedición marítima, estando presidida por el

Jefe de dicho ejército.

El sexto y último título estaba dedicado a los Tribunales de salud pública –tanto provinciales como militares– y de sus juzgados subalternos en cada cabeza de partido, cuyo cometido era el de aplicar las leyes que emanasen de la jurisprudencia médica.

Proyecto de Constitución de salud pública para la Monarquía española.

O sea
Constitución cívica de la Monarquía española.

Índice.

Título 1. ^o	Página
De la salud pública, de los ramos que abraza, y de lo que esta ha de querer para la prosperidad nacional	1.
Cap. ^o 1. ^o	
De la salud pública	1.
Cap. ^o 2. ^o	
De los ramos que abraza la salud pública	2.
Cap. ^o 3. ^o	
De lo que han de ser los ramos de salud pública para la prosperidad nacional	4.
Título 2. ^o	
De los Colegios de salud pública, de la enseñanza de la medicina y de sus ciencias propias y auxiliares, de los Colegios, y de los grados y títulos para Médicos, Farmacéuticos, y Matronas.	6.
Cap. ^o 1. ^o	
De los Colegios de salud pública	7.
Cap. ^o 2. ^o	
De la enseñanza de la medicina, y de sus ciencias propias y auxiliares	10.
Cap. ^o 3. ^o	
De los requisitos que exige la matriculación en los Colegios para Médicos y Farmacéuticos según sus clases, de los materias que esta deben enseñarse respectivamente, y por quantos años; y de la aprobación de los cursos.	12.

Cap. ^o 4. ^o	
De los Colegios	16.
Cap. ^o 5. ^o	
De los grados	20.
Cap. ^o 6. ^o	
De los requisitos	24.
Título 3. ^o	
De los deberes, y ocupaciones de los Médicos y Farmacéuticos para la mejor dirección de la salud pública en los pueblos, en el ejército, y en la Armada; y para concurrencia de las leyes, en que se ha de fundar la prosperidad nacional, de lo qual depende la constitución política.	28.
Cap. ^o 1. ^o	
De los deberes de los Médicos y Farmacéuticos en los pueblos	28.
Cap. ^o 2. ^o	
De las ocupaciones de los Médicos y Farmacéuticos establecidos en los pueblos	34.
Cap. ^o 3. ^o	
De las ocupaciones de los Médicos y Farmacéuticos de salud pública en partidos	40.
Cap. ^o 4. ^o	
De las ocupaciones de los Médicos y Farmacéuticos de salud pública de provincias	47.
Cap. ^o 5. ^o	
De los deberes de los Médicos y Farmacéuticos en el ejército, y en la Armada	53.
Cap. ^o 6. ^o	
De las ocupaciones de los Médicos y Farmacéuticos en el ejército, y en la Armada	57.
Título 4. ^o	
De las Academias de ciencias médicas, y de artes	65.

Cap. ^o único.	
De estas academias	65.
Título 5. ^o	
De las Juntas de sanidad, y de fomento nacional.	80.
Cap. ^o 1. ^o	
De las Juntas de sanidad, y de fomento nacional de las provincias	80.
Cap. ^o 2. ^o	
De las Juntas de sanidad militares, y de campaña.	88.
Título 6. ^o	
De los tribunales de salud pública, y de sus juzgados subalternos.	98.
Cap. ^o 1. ^o	
De los tribunales de salud pública, y de sus juzgados subalternos en general	98.
Cap. ^o 2. ^o	
Del supremo tribunal de salud pública	100.
Cap. ^o 3. ^o	
De los tribunales de salud pública de provincia	111.
Cap. ^o 4. ^o	
De los juzgados subalternos de salud pública de partido	115.
Cap. ^o 5. ^o	
De los tribunales militares de salud pública, y de sus juzgados subalternos	116.

Imagen 2: Índice manuscrito de la Constitución de salud pública presentada por Rafael Costa.

Lo primero que llama la atención de su propuesta es lo integrado que aparece el concepto de nación en el discurso sobre sanidad pública. Para una sociedad que daba sus primeros pasos en la formulación de un nuevo discurso nacional basado en los principios del liberalismo³⁷⁶, comprobamos que la cuestión sanitaria encontraba un buen acomodo con los principios de bien público y de “prosperidad nacional” o “fomento nacional” como lo formularía Costa en su proyecto³⁷⁷.

En sus primeros artículos ya quedaba claro la asunción que hacía el proyecto de este nuevo lenguaje liberal, quedando establecido en su primer artículo que “la salud pública es propiamente la física del común de los ciudadanos”. Por tanto, se imponía, como reza el tercer artículo, la obligación a todos los ciudadanos sin excepción de contribuir a la consecución de dicha salud pública.³⁷⁸ La ciudadanía, bajo el prisma constitucional, adquiriría una responsabilidad y un deber para con la sanidad pública que era considerada la base del bienestar político³⁷⁹.

Como podemos comprobar en las distintas secciones que ocupa la Constitución sanitaria propuesta, se trataba de un proyecto de reforma centrado en la esfera institucional, que descansaba principalmente en la creación de un entramado de organismos que fundamentaran el control de la Salud Pública a través de *especialistas*³⁸⁰. No hay que olvidar que este proyecto de Constitución sanitaria surgía dentro del debate sobre la configuración del Reglamento interno del Tribunal del

³⁷⁶ GARZÓN, J. S. P. (1999). “La nación, sujeto y objeto del Estado liberal español”. *Historia Contemporánea*, 17, 119–138; VARELA, J. (2010). “Nación, patria y patriotismo en los orígenes del nacionalismo español”. *Studia Historica. Historia Contemporánea*, 12, 31-43.

³⁷⁷ RUIZ-RICO, G. J. (2012). “Lenguaje y símbolos...”

³⁷⁸ A.C.D.,P-01-000020-0129-0003. “Expediente sobre el Reglamento del Tribunal del Protomedicato”. Proyecto de una Constitución de Sanidad.

³⁷⁹ Idem, Art. 2º: “Sin ella (la sanidad pública) serán insubsistentes las relaciones que deben sostener al Estado; es pues la base del bienestar político”.

³⁸⁰ Este concepto está muy vinculado al proceso de profesionalización en medicina que se experimenta en este periodo. En el caso español tiene que ver con la asunción de un perfil académico que va desvinculando la medicina del ambiente escolástico de las universidades a través del trabajo de unificación de la medicina y cirugía llevado a cabo en los Reales Colegios de Cirugía (con Cádiz a la cabeza), como veremos en el último capítulo. Véase: ASTRAIN GALLART, M. (1995). “Profesionales de la Marina...”; ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos, cirujanos...*; LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales...”, p.75; SIEGRIST, H. (1991). “Professionalization as a process: patterns, progressions and discontinuity”. In BURRAGE M. & TORSTENDAHL R. (Eds.), *Professions in theory and history. Rethinking the Study of the professions*. Londres: Sage Publications, pp. 177-202; El trabajo de Ricardo González Leandri supone una base necesaria para aproximarse al estudio historiográfico de las profesiones, en especial de la médica: GONZÁLEZ-LEANDRI, R. (1999). *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Catriel.

Protomedicato³⁸¹.

Ya no se trataba solo de formar un Reglamento de Sanidad como tal. Eso solo sería necesario si, teniendo en cuenta las dos propuestas anteriores, la administración de la sanidad pública era delegada a gente sin la formación científica necesaria. El sistema defendido por Costa, tenía por tanto que sustentarse en la formación de un cuerpo facultativo que sirviera de Inspector de la Salud Pública en todas las partes de la Península. El eje de actuación debía partir de la creación de “Colegios de salud pública” que formaran el cuerpo de médicos y cirujanos que sustentara el proyecto propuesto, para que, como rezaba el artículo 10: “hasta en las más ocultas Aldeas habrá excelentes profesores del arte de curar y de Farmacia, previniéndose que aquellos sean de aquí en adelante, Físicos, o Médicos y Cirujanos”³⁸².

Esta institución colegial de facultativos de la salud pública se completaba con la formación de *Academias de ciencias medico-naturales, y de artes* en todas las provincias en las que, entre otras cosas, se discutiría entre los profesores asociados, sobre la higiene pública o policía médica; las enfermedades comunes de hombres, la jurisprudencia médica, la topografía medico-natural-estadística de las provincias, de las cárceles, lazaretos, hospicios, hospitales, casa de expósitos; puentes, canales, calzadas..., y por último, de la agricultura y la industria en general para fomentar la opulencia y el comercio recíproco en la Monarquía³⁸³. Por último, su propuesta no desechaba la idea de crear Juntas Superiores en cada provincia y que estas fueran presididas por miembros del gobierno político. Esta idea, más en línea con los presupuestos de la Constitución gaditana era perfilada, sin embargo, con una pequeña anotación que establecía que esta Junta “obedecerá al Tribunal Supremo de Salud Pública”, un órgano, evidentemente, formado por profesores³⁸⁴.

Aunque la arquitectura del proyecto parecía proyectar una estructura organizada y detallada en todos sus niveles institucionales, los límites de esta propuesta se hacían evidentes a medida que avanzaban sus formulaciones. En primer lugar, asumía el reto de una reforma de la educación científico-médica de dimensiones pantagruélicas,

³⁸¹ Véase capítulo anterior.

³⁸² A.C.D., P-01-000020-0129-0003. “Expediente sobre el reglamento del Tribunal del Protomedicato”. Proyecto de constitución de la salud pública.

³⁸³ *Idem*, artículo 233, fl. 74.

³⁸⁴ *Idem*. capítulo 2 (título 5): Del Supremo Tribunal de Salud Pública.

aspirando a crear un cuerpo de profesores que tuviera representación en cada población, por pequeña que fuera; un proyecto que a la altura de 1812 era prácticamente inconcebible.

Harto discutida ha sido la situación de aparente parálisis que sufrían los Reales Colegios de Cirugía en esta etapa revolucionaria, como veremos en un capítulo posterior³⁸⁵. En este sentido, esta propuesta nos obliga a poner en duda esta imagen estática. La pretensión de formar “Colegios de Salud Pública” demostraba el compromiso de este catedrático del Real Colegio de San Carlos³⁸⁶, con los principios reformistas que habían inspirado, desde el siglo XVIII, la creación de los Colegios de Cirugía. El contexto bélico y de inestabilidad política, social y, como no, presupuestaria, hacía, no obstante, tambalear el pilar base de su propuesta.

Por otra parte, la confianza de la sanidad pública en un cuerpo científico-técnico había dejado en un segundo plano la elaboración de un reglamento. Es cierto que al conceder a las *Academias de ciencias medico-naturales, y de artes* el papel de discutir medidas en todos los ramos que la sanidad pública, había dejado abierta la puerta al establecimiento de ciertas medidas. Sin embargo, el artículo 157 del Proyecto Constitucional cerraba la puerta a una propuesta en firme y la abría a la indeterminación: “Podrán consultar y encargar la formación de planes de preservación de enfermedades a la academia de ciencias médico-naturales y de artes de su provincia para su ilustración y descanso; pero sin obligación de sujetarse a ellas”³⁸⁷.

Pese a su insostenibilidad, este proyecto introducía elementos al debate de la sanidad pública que son interesantes de tener en cuenta. El primero tiene relación con la utilización del concepto de estadística y estudio poblacional como elemento constitutivo de la sanidad. El propio título alternativo del proyecto denotaba el interés por establecer una “constitución estadística de la Monarquía española”³⁸⁸. Tengamos en cuenta que el andamiaje de la estadística oficial en España se estaba realizando, como ya hemos anotado en el capítulo anterior, en esos primeros años del siglo XIX y,

³⁸⁵ Véase: ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos, cirujanos...*; FRÍAS NÚÑEZ, M., & HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2012). “La sanidad y los espacios marítimos...” CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad de la Armada: (génesis, perspectiva de siglos, ruta de libertad, sus celebridades)*. San Fernando: Tipografía de Fernando Espín Peña.

³⁸⁶ Rafael Costa era Catedrático de Medicina teórico-práctica del Real Colegio de San Carlos.

³⁸⁷ A.C.D.P-01-000020-0129-0003, fl.51.

³⁸⁸ Título exacto: *Proyecto de Constitución de salud pública para la monarquía española o sea Constitución estadística de la Monarquía española*.

aunque tendrá una consolidación ya avanzado el siglo, planteaba esa preocupación económica y política por la aritmética del Estado y sus elementos. Y si bien la primera Oficina Estadística oficial se había establecido en Madrid en 1802, la Constitución gaditana introducía la obligatoriedad de las diputaciones de “formar el censo y la estadística de las provincias”, en su artículo 335 (Capítulo II).

El análisis cuantitativo poblacional se convertía en un elemento esencial en la formulación de un Estado constitucional y representativo, pero además empezaba a adquirir y ver sus implicaciones como herramienta en la sanidad pública, como se había demostrado en la *Instrucción para el gobierno económico-político de las Provincias* de 1813, en la que se establecía la necesidad de mandar al jefe político las estadísticas de los nacidos, casados y muertos especificando las causas de la muerte³⁸⁹. Aunque, como afirma Bernabeu-Mestre, los primeros esfuerzos por crear una “estadística médica” se puedan asociar a la figura de Mateo Seoane y el surgimiento, a mediados de siglo, de la higiene pública como disciplina independiente³⁹⁰, no hay que dejar de lado la importancia de estos incipientes intentos y formulaciones como el de Costa.

En relación con este punto, el proyecto de Constitución Sanitaria propuesto por Costa incluirá, entre otras obligaciones de los facultativos a cargo de la Inspección de la salud de las diferentes provincias, el análisis del estado “topográfico-médico-natural-estadístico”³⁹¹. Junto a este análisis, se proponía además hacer observaciones meteorológicas, para aplicarlas, como convenga, a las clínicas³⁹². Estas propuestas ponían el acento en los razonamientos ambientalistas heredados de la tradición

³⁸⁹ Véase el capítulo anterior el punto: 2.5.1 La *Instrucción para el gobierno económico-político de las Provincias* y la cuestión sanitaria.

³⁹⁰ BERNABEU MESTRE, J. (2007). “Estadística y salud pública: el argumento del método numérico”. *Gaceta Sanitaria*, 21(5), 416–417.

³⁹¹ A.C.D.P-01-000020-0129-0003. “Proyecto de una constitución...”, art.119. fl. 37; en el artículo 120 se especifica: “Esta descripción abordará los cinco puntos siguientes:

Primero: el terreno con todos los seres naturales debidamente analizados y clasificados.

Segundo: El estado atmosférico ordinario, y el extraordinario y periódico.

Tercero: Las historias de las enfermedades comunes periódicas sean endémicas, o epidémicas; de las epizootias, también periódicas, y de las plagas de este orden, como de la langosta; expresándose si han sido inevitables u ocasionadas por la malicia o la ignorancia,

Cuatro: los productos de arte, y su relación con la industria y el comercio.

Quinto: las deducciones, o que den lugar, estos cuatro puntos antecedentes.

³⁹² Idem. art. 32. fl.11.

hipocrática, y por tanto, centraban la atención en las variables del medio físico – temperatura, clima o humedad– como condicionantes de las enfermedades. La construcción de topografías médicas, como la que proponía el protomédico, había tenido cierto impacto en España durante el siglo XVIII, sobre todo después de que se hubieran difundido por toda Europa la doctrina de las constituciones de Sydenham³⁹³.

Frente a las medidas cuarentenarias que habían imperado en los modelos de legislación sanitaria propuestos por Flores Moreno y Mellado, parecía primar la atención al control y estudio de los condicionantes específicos de cada territorio y localidad. Esto proyectaba una atención clave al diseño de políticas higiénicas y las condiciones de salubridad de cada enclave, cuya práctica pasaría a ser responsabilidad de los físicos y farmacéuticos establecidos en los pueblos, a los que además se les atribuía el control estadístico de las condiciones del medio. Esto no quiere decir que las propuestas previamente presentadas en Cortes no prestaran atención a la implementación de las medidas higiénicas como la salubridad de las aguas estancadas, la limpieza de las calles o la disposición de los cementerios. Todos estos elementos, como veíamos en el *Bosquejo* presentado por Flores Moreno, habían quedado ya proyectados como responsabilidad de las autoridades dentro de los nuevos planteamientos de sanidad pública y convivían con las medidas cuarentenarias. Sin embargo, esta propuesta presentada por Costa hacía especial incidencia en los condicionantes del medio como uno de los principales objetivos de preocupación para las autoridades médicas, pero no solo para ellas, sino también para los ciudadanos. Como rezaba el artículo 9: “sabrán todos los ciudadanos como se ha de portar para no contraer enfermedades por sus respectivas ocupaciones, destinos u oficios, y lo necesario para no solamente no repugnen el cumplimiento de las providencias dirigidas a evitar males, sino que procuren auxiliarlas”³⁹⁴.

Este artículo no solo recalca la responsabilidad adquirida por los ciudadanos bajo el

³⁹³ Los trabajos de Luis Urteaga sobre las topografías médicas son un claro referente en este campo: URTEAGA, L. (1998). *El higienismo en España durante el siglo XIX y el paradigma de las topografías médicas*. Tesis de licenciatura dirigida por Horacio Capel. Barcelona: Universidad de Barcelona.; URTEAGA, L. (1980). “Miseria, miasmas y microbios...” ; URTEAGA, L. (1999). “Las topografías médicas como modelo de descripción territorial”. In BERNABEU MESTRE, J.; *et al.* (Coord.). *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis, p. 73-85; También hay que destacar los trabajos más recientes de Gerard Jori: JORI, G. (2103). “Población, política sanitaria...” ; JORI, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana...*: Véase también: CASCOS SOLIS J. (2001). “Las topografías médicas: revisión y cronología”. *Asclepio*, (LIII), 1, 213—244.

³⁹⁴ A.C.D., P-01-000020-0129-0003. “Proyecto de una constitución de sanidad...”, art. 9.

nuevo código, sino que relacionaba su deber con la influencia del medio en el que se desarrollaba su actividad laboral. El texto de Costa, por tanto, llevaba un poco más allá el concepto de la influencia del ambiente, vinculándolo al ámbito y condiciones de trabajo y siguiendo, de esta manera, la estela de la tradición científica de “la medicina e higiene del trabajo”³⁹⁵. Un nuevo campo en medicina que generalmente se había asociado a las transformaciones derivadas de las exigencias de sociedades más o menos industrializadas y que señalaba como uno de sus pioneros a Bernardino Ramazzini (1633-1714) con su obra su obra *De morbis artificum diatriba* (“Tratado de las enfermedades de los artesanos”). Esta línea de trabajo sería continuada a lo largo del siglo por autores como Samuel Auguste André David Tissot que establecería las enfermedades más comunes a la gente del campo en contraste con una obra dedicada a las enfermedades de los literatos y los que llevan una vida sedentaria ³⁹⁶. La industria, las nuevas formas de producción y sus problemas derivados, darían lugar también a la elaboración de discursos médicos sobre la higiene en torno a las nuevas condiciones de vida, como demuestran los capítulos del médico francés Étienne Tourtelle, al hablar de la salubridad de las ciudades edificadas, de las aguas, etc.³⁹⁷

Costa abordaba un campo que había sido poco explorado en las propuestas de Constitución sanitaria anteriormente presentadas en Cortes, estrechando el vínculo entre la nueva sociedad del trabajo y su incidencia en las patologías de las enfermedades. Una relación que iba más allá al establecer una relación intrínseca entre los progresos que la ciencia había hecho en medicina, con los progresos análogos que se había hecho en la agricultura y en la industria³⁹⁸. La formación que debieran adquirir los nuevos miembros de las Juntas de Sanidad Pública, según el esquema institucional marcado por el vocal de farmacia del Protomedicato, no solo tendría que repercutir, por tanto, en la salud pública, sino también en la industria, las artes y la agricultura de la

³⁹⁵ RODRIGUEZ OCAÑA, E., & MENÉNDEZ NAVARRO. (2005).” Salud, trabajo...”, p. 6.

³⁹⁶ TISSOT, S. A. D. (1767). *Avis aux gens de lettres et aux personnes sédentaires sur leur santé, traduit du latin de M. Tissot*. Paris: J.-T. Hérisant fils; TISSOT, S. A. D (1761). *Avis au peuple sur sa santé*. Laussane: De l’imprimerie de J. Zimmerii.

³⁹⁷ TOURTELLE, É. (1797). *Elémens d’hygiène ou De l’influence des choses physiques et morales sur l’homme, et des moyens de conserver la santé*. Vol. 1. Strasburgo: F-G- Levrault. (capítulo V:Des eaux et des localités. p.184-223; cap VI. De la salubrité des villes des edifices, pp- 223-240.

³⁹⁸ A.C.D., P-01-000020-0129-0003. “Expediente sobre el Reglamento del Tribunal...”. Proyecto de una constitución..., art.8.; “Ha de resultar la instrucción general de las ciencias que no son menos indispensables para hacer los progresos en la Medicina que en la Agricultura, artes e Industria; y de las que conducen a sostener el orden social por principios moral-naturales”; así mismo el artículo 268, respecto a las obligaciones de las juntas de partido establece que”discutirán las proposiciones, que hicieren sus vocales para fomento de la Agricultura, de las Artes, y de la industria”.

nueva Monarquía y el proyecto institucional que estaba proyectando.

Con este *Proyecto de Constitución de salud pública para la monarquía española* Manuel Costa diseñaba, en medio del debate sobre el restablecimiento del Protomedicato, una organización institucional que iba más allá de la necesidad de coherencia interna de dicha institución sanitaria. Pese a los límites señalados a lo largo de sus 344 artículos, el farmacéutico introducía propuestas claves para la organización de la Sanidad Pública, perfilando las atribuciones de sus físicos y farmacéuticos, no solo siguiendo la dialéctica liberal introducida por la constitución gaditana, sino además adoptando un discurso médico relativamente innovador y contrastado con las propuestas anteriores.

Con la de Costa, ya eran tres las propuestas recibidas en Cortes para el establecimiento de un código general de sanidad, demostrando el dinamismo subyacente frente a la aparente parálisis funcional de las instituciones. La salud pública parecía ocupar, efectivamente, un lugar importante dentro del debate parlamentario de las Cortes, creciendo bajo la sombra de la constitución gaditana y el interés político de velar por el bien común. En 1813, junto a su memoria sobre el Lazareto de Mahón, Manuel Rodríguez incluía las siguientes palabras:

“Un sabio código de sanidad, dispuesto de concierto con las leyes fiscales, políticas y mercantiles abreviaría en gran manera esta época venturosa. ¡Quiera Dios que conservemos la constitución, que todo nos lo podemos prometer de ella.”³⁹⁹

Efectivamente, bajo la sombra de la Constitución existían propuestas prometedoras que habían abordado este problema desde distintas perspectivas, casi siempre acuciados por la amenaza epidémica y por la necesidad de dar forma a las instituciones sanitarias. Paradójicamente, menos de un año después de este canto esperanzador hacia las posibilidades abiertas por la Constitución en el campo sanitario, el rey Fernando VII asumía el poder absoluto en mayo de 1814, ordenando que quedaran sin vigencia las disposiciones adoptadas por Cádiz.

Se ha insistido en señalar el periodo del Trienio Liberal (1820-1823) como el verdadero escenario de ensayo de la política sanitaria que culminaría a mediados de la centuria con la publicación del *Real Decreto Orgánico de Sanidad* de 1847 y la *ley*

³⁹⁹ RODRÍGUEZ, M. (1813). *Lazareto de Mahón...*, p. 11.

*Orgánica de Sanidad de 1855*⁴⁰⁰. El *Proyecto de Ley Orgánica de Sanidad Pública de la Monarquía española (1822)*⁴⁰¹, debe ser considerado, en efecto, un hito clave en la conformación y organización de la salud pública como función plena del Estado desde una perspectiva del pensamiento liberal.

Sin embargo, han quedado relegadas a un segundo plano, las formulaciones e intentos de codificación de la Sanidad Pública en el debate liberal de las Cortes reunidas en Cádiz. La inexistencia de mención alguna por parte de Felipe Monlau sobre las aportaciones del periodo liberal gaditano, en su tratado sobre Legislación Sanitaria Española, es un claro ejemplo de esta situación de olvido⁴⁰². Por otro lado, las voces que se han elevado para señalar las aportaciones de este periodo en materia sanitaria, lo han hecho, sin embargo, omitiendo muchos de los aportes que se hicieron en torno a la formación de un Código Sanitario, llegándose a afirmar que la Sanidad pública no recibe ningún tipo de impulso en los primeros años del periodo constitucionalismo⁴⁰³.

Es en este periodo, sin embargo, en el que se identifican y establecen las líneas básicas de la organización moderna de la salud pública, que servirán de base para el posterior proyecto liberal planteado durante el Trienio y en las formulaciones posteriores.

⁴⁰⁰ CARDONA, Á. (2005). *La salud pública en España...*; VIÑES, J. J. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX...*

⁴⁰¹ Recordemos que existen tres proyectos diferentes presentados en Cortes.

⁴⁰² MONLAU, P. F. (1862). *Elementos...*, pp. 1128-1130.

⁴⁰³ CARDONA, Á. (2005). *La salud pública...*; CARDONA, Á. (2003). “Las ideas sobre salud pública...”; VIÑES, J. J., & RUEDA, J. J. V. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX...*; MUÑOZ MACHADO, S. (1995). *La formación ...*, pp. 17-18; LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1984). *M. Seoane...*; ALCAIDE GONZÁLEZ, R. (1999). “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”. *Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía Y Ciencias Sociales*, (3), 50.

CAPÍTULO 4

LA CONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO PÚBLICO SOBRE LA SANIDAD

“It is not deaths that make a plague,
it is fear and hopelessness in people”
J.H.Powell: *Bring out your dead.*⁴⁰⁴

La lucha contra la enfermedad y la génesis del discurso político en temas sanitarios no se pueden limitar a la capacidad de reacción e imposición de medidas por parte del Estado. La introducción del discurso sanitario en el debate parlamentario está también estrechamente relacionada con el control de la información y capacidad de intervenir en la reacción de la población.

Esta idea se puede interpretar desde una doble perspectiva: en primer lugar, la información podía ser utilizada como instrumento para educar y perpetuar costumbres que favorecieran la conformación y aplicación de medidas higiénicas y de lucha contra la enfermedad. Sin embargo, por otro lado se podía ver como instrumento de control y mitigación de las consecuencias en aras de conseguir reducir la alarma o las posibles reacciones contrarias al interés del Estado. El gobierno, habiendo asumido la representación popular, debía prestar cada vez más atención a la respuesta pública ante sus actuaciones.

La experiencia a raíz de la gran epidemia de fiebre amarilla de 1793 en la ciudad de Filadelfia, serviría como un claro precedente del papel clave que iba a jugar el control de la información para establecer mecanismos sanitarios. Considerada como la capital médica de los Estados Unidos, por acoger uno de las más relevantes universidades, Filadelfia era, además, el centro político de la República de los Estados Unidos de América. El estallido de la epidemia en la ciudad se introdujo en el seno del debate político entre los demócratas y Thomas Jefferson por un lado, y los federalistas y Alexander Hamilton por otro, convirtiéndose en una pieza clave sobre la que debían posicionarse. Encontramos, así, asociado el pensamiento demócrata de los seguidores de Jefferson con la defensa del origen local de la enfermedad y a los federalistas con la

⁴⁰⁴“No son las muertes lo que hace (define) a la peste sino el miedo y la desesperanza”. POWELL, J. H. (1949). *Bring Out Your Dead: The Great Plague of Yellow Fever in Philadelphia in 1793* Philadelphia: University of Pennsylvania Press, p. 265.

creencia de la importación de la fiebre⁴⁰⁵. En un contexto en el que, recordemos⁴⁰⁶, los debates sobre la etiología de la enfermedad permanecían latentes e irresueltos entre la clase médica, la defensa de una u otra explicación se convirtió en un argumento político, y la prensa en un medio clave en este juego.

La gestión de la información epidémica permitía generar costumbres dentro de la población para mejorar la salud pública pero, al mismo tiempo, su control se hacía necesario para proteger el orden público y la política. Louis K. McAuley ha abordado en un reciente estudio la relación de la epidemia de fiebre amarilla con una prensa tendente a ese sensacionalismo tachado de “amarillismo”⁴⁰⁷. Por otro lado, el trabajo ya clásico de Benjamin Spector⁴⁰⁸ sobre la serie de cartas publicadas por Noah Webster a William Currie en la prensa, muestra el papel de la difusión del discurso médico sobre la epidemia dentro de este juego político. En un país en el que se publicaban treinta y siete periódicos en el momento del estallido de la enfermedad, la mayoría de ellos seguían la política de apoyar o atacar al poder, incluso con el arma que suponía la información sobre la epidemia. Estas cartas, como expresa Spector, van, sin embargo, “beyond political consideration”⁴⁰⁹, priorizando el interés de informar al público sobre la enfermedad. El caso de Noah Webster y las cartas publicadas en la prensa americana pusieron de manifiesto el peso de la voz del médico como autoridad, para generar una opinión y una reacción ante la epidemia.

El frágil y excepcional contexto en el que se inicia y desarrolla el debate parlamentario entre 1810 y 1814 en España, va a marcar las complejas dinámicas que se establecen en relación a la gestión de la información. La constante amenaza epidémica y su protagonismo a la hora de establecer la agenda político-sanitaria, serán uno de los ejes que marcarán la construcción de un discurso público. Un discurso que va a estar íntimamente relacionado con la capacidad de controlar el miedo y la reacción de la gente ante una enfermedad sobre la que existían demasiados interrogantes. Como bien

⁴⁰⁵ ABRAMS, J. E. (2013). *Revolutionary Medicine: The Founding Fathers and Mothers in Sickness and in Health*. New York: New York University Press, pp.192-193; PERNICK, M.S. (1972). “Politics, Parties, and Pestilence: Epidemic Yellow Fever in Philadelphia the Rise of the First Party System”, *William and Mary Quarterly*, 29(3), 559-86.

⁴⁰⁶ Véanse notas 92 y 337 de este trabajo.

⁴⁰⁷ MCAULEY, L. K. (2007). “‘Periodical Vistitations’: Yellow Fever as Yellow Journalism in Chalres Brockden Brown’s Arthur Mervyn”. *Eighteenth Century Fiction*, 19(3), 307–340.

⁴⁰⁸ WEBSTER, N. (1947). *Letters on Yellow Fever Addressed to Dr. William Currie: With an Introductory Essay by Benjamin Spector*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

⁴⁰⁹ “Más allá de las consideraciones políticas”.

expuso J.H. Powell en su estudio de la fiebre amarilla en la Filadelfia de 1793: “A plague is compounded not of the disease alone, but people's reaction to disease, how they recognized the pestilence, how they fear it or flee from it or fight it, how they unnerved or gather resolution to conquer it”⁴¹⁰. Por tanto, la magnitud y los efectos devastadores de una epidemia no dependían solo del número de muertes o de la buena o mala asistencia médica, sino que también recaía en el efecto devastador que generaba esta enfermedad en el imaginario colectivo. El miedo se va a convertir en un elemento definitorio de la epidemia y de su gestión; consecuentemente, los mecanismos para controlarlo discursivamente fueron claves. Como escribía el médico Ventura Salinas en 1816:

“Es evidente que solo el rumor de una enfermedad epidémica, como la voz de un contagio, amilana de tal suerte la imaginación que la pone débil, la abate, fulmina el terror con el espanto, y mucho mas si es herida de repente por los aparatos del eminente peligro. Vemos pues á cualesquier desgraciado pálido, despavorido y huyendo sin saber de que. Vemos las providencias amontonarse, y que en un día se quiere hacer con la mayor precipitación lo que de antemano debiera estar prevenido; y vemos por fin atropellarse las órdenes, de modo que sin previsión se trata de evitar el mal, creciendo”⁴¹¹.

El pánico causado por la enfermedad aparecía descrito no solo como un catalizador de la enfermedad y sus efectos devastadores, sino también como una de las causas principales de la urgencia y atropello con las que se implementaban las medidas. Luchar contra la enfermedad y prevenirla suponía, en cierto sentido, lidiar con el miedo. La epidemia, como han definido autores como Charles R. Rosenberg en su clásico trabajo: “What Is an Epidemic: Aids in Historial Perspective”⁴¹², ha sido, y sigue siendo una narrativa social en la que toman parte muchos más elementos que la enfermedad como afección física. El reciente estudio de Philip Alcabes explora esta narrativa del riesgo y el miedo en torno a las epidemias y su gestión social y política, tanto en la época pre bacteriana —remontándose a la peste negra e incluso a la sociedad hipocrática— hasta la actualidad: “Uneasy people will be easy to convince that there is something wrong. The epidemic requires no clear idea as to what the malaise is (although a diagnosis is essential) or what causes it. The rhetoric of risk

⁴¹⁰ “Una epidemia no está compuesta únicamente de enfermedad, sino también de la reacción de la gente a la epidemia, de cómo la reconoce de cómo la temen, huyen de ella o luchan contra ella, de cómo buscan solución para conquistarla”. POWELL, J. H. (1949). *Bring Out Your Dead...*, p. 26.

⁴¹¹ SALINAS Y GUTIERREZ, V. (1816). *Prophilasis trabajos hechos en la plaza de Gibraltar para precaverse de la fiebre amarilla*. Sevilla: Imprenta de Aragon.

⁴¹² ROSENBERG, C. E. (1989). “What is an epidemic?...”, pp.1-17.

and danger are sufficient to start the epidemic engines”⁴¹³. Como el propio título de su libro puntualizaba el miedo y la fantasía, desde la Muerte Negra hasta la Gripe Aviar, han alimentado –o más correctamente: dado combustible– a las epidemias con su retórica. Este discurso generado por la sociedad ha sido, y sigue estando en la actualidad, igualmente perpetuado, controlado o modificado por la política o por los medios de comunicación, ya sea para atenuar los miedos de la sociedad o para reconducirlos y amoldarlos con un interés en mente⁴¹⁴.

El debate e introducción de la cuestión sanitaria en el discurso político va a mantener, por tanto, cierta dependencia de la regulación de la información y del desarrollo de unos mecanismos de control. Ya en la epidemia de 1800, según ha estudiado Diego Ferrer, se prohibieron las rotativas públicas y entre otras cosas, el tañido de las campanas⁴¹⁵. El contexto de libertades que iba tejiendo el texto constitucional gaditano al tomar forma, suponía un reto para poner en práctica mecanismos de control. En primer lugar, desde el inicio del debate parlamentario se había debatido el libre acceso de la ciudadanía a las sesiones de las Cortes, estableciéndose por Real Decreto, pero abierto a modificación, su apertura al público hasta que fuera aprobada en el Reglamento⁴¹⁶. Este principio de “publicidad” o transparencia era relativamente reciente en la cultura política Europea, que antes de las revoluciones burguesas habían basado el discurso político en el secreto de los miembros parlamentarios. La libre asistencia de los espectadores a los debates o el registro oficial de sus sesiones

⁴¹³ “La geste intranquila sera fácil de convencer de que hay algo mal. La epidemia no requiere una idea clara de cual es la enfermedad (aunque un diagnóstico es esencial) o qué la causas. La retórica del riesgo y el peligro son suficientes para encender los motores de la epidemia”. ALCABES, P. (2010). *Dread: How Fear and Fantasy Have Fueled Epidemics from the Black Death to Avian Flu*. New York: PublicAffairs, p. 215.

⁴¹⁴ Idem. Como explica Phillip Alcabes, la historia de las epidemias es una historia de crisis. Y una pandemia *se convierte* en pandemia cuando la pandemia es relatada por los medios “As is so often true, the epidemics is a story of crisis. And a pandemic *becomes* a pandemic as the crisis story is recounted by the media”. El libro elabora un diálogo muy interesante entre las distintas narrativas en torno a la epidemia, sobre todo en la época actual, aproximándose a su visión como un elemento de crisis social y su gestión; Aunque sin estar centrado específicamente en las epidemias: VIRILIO, P., & RICHARD, B. (2010). *L'administration de la peur: entretien mené par Bertrand Richard*. París: Textuel; Mucho se podría decir de la crisis mediática provocada en torno a la reciente epidemia de ébola del 2014 y los usos del discurso sobre dicha enfermedad por países como Estados Unidos o por España. Un trabajo que, con la distancia y perspectiva necesaria puede dar lugar a un debate en términos parecidos al caso decimonónico estudiado.

⁴¹⁵ FERRER, D. (1962). *Un siglo de cirugía en España: (Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz*. Barcelona: Pentágono.

⁴¹⁶ En la sesión del 26 de septiembre de 1810 se acuerda: Que se niegue la entrada a las mujeres; que no se admita el público sino en las galerías; que en las galerías se admitan los hombres sin distinción alguna; que el uso de la primera división de la galería baja, a la derecha del dosel, quede a la disposición del Cuerpo diplomático extranjero con las personas de distinción que él traiga.

mediante un diario —cuestiones planteadas por el filósofo del liberalismo político Jeremy Bentham en 1791 en sus *Tácticas parlamentarias*— se convirtieron en una base fundamental de la nueva realidad política⁴¹⁷. Según el análisis realizado por Fernando López Durán, la idea de que las deliberaciones y los acuerdos de una asamblea representativa han de ser públicos es parte del concepto ilustrado y liberal del Estado, dentro del nuevo valor otorgado a la publicidad —entendida en la manera de Habermans (1986)— como eje de la vida colectiva de los ciudadanos⁴¹⁸.

Con el decreto del 10 de noviembre de 1810⁴¹⁹ se imponía además la libertad de imprenta, y con ésta la difusión del debate político en la esfera pública. La prensa, ese cuarto poder (“Fourth State”) cuya definición se atribuyó a Burke en el contexto del parlamentarismo británico de finales del XVIII⁴²⁰, se perfilará como pieza clave en esta dinámica en la que los políticos y sus políticas estaban más expuestos al juicio público. Esta expresión no llega a acuñarse en estos años en España, pero sí aparece con frecuencia la idea: “En una monarquía moderada, además de los tres poderes: legislativo, ejecutivo y judicial, es indispensable que haya otro inherente al pueblo que sirva de freno a aquellos tres [...]. Que los ciudadanos ilustrados sepan que están en el caso de escribir cuanto convenga para dirigir la opinión pública” (El Duende, nº 2)⁴²¹.

Así, la utilización y gestión de estos medios de comunicación y difusión del debate político van a ser una pieza fundamental en la creación de un discurso sanitario y en la asunción de una actitud política ante el miedo epidémico.

⁴¹⁷ ALGUACIL PRIETO, M. L., MACIÀ, M., & MARTÍNEZ-CAÑAVATE, M. DEL R. (1996). *El Diario de sesiones del Congreso de los Diputados (1810-1977)*. Madrid: Congreso de los Diputados Departamento de Publicaciones; DURÁN LÓPEZ, F. (2007). “Prensa y Parlamentarismo en Cádiz en el primer año de las Cortes: El Conciso (septiembre de 1810-agosto de 1811)”. *El Argonauta Español. Revue Bilingue, Franco-Espagnole, D’histoire Moderne et Contemporaine Consacrée À L’étude de La Presse Espagnole de Ses Origines À Nos Jours (XVIIe-XXIe Siècles)*, (4), (Consultado online: <http://argonauta.revues.org/1296>).

⁴¹⁸ CASENAVE, M. C., LÓPEZ, F. D., & FERRER, A. R. (2008). *La guerra de pluma: Estudios sobre la prensa de Cádiz en la tiempo de las Cortes (1810-1814)*. Tomo segundo: Política, Propaganda y opinión pública. UCA: Cádiz, p. 41.

⁴¹⁹ Decreto IX, de 10 de noviembre de 1810. (1820). *Colección de los Decretos y Órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias*. Tomo 1. Madrid: Imprenta Nacional.

⁴²⁰ CARLYLE, T. (1841). *On Heroes, Hero-worship, and the Heroic in History, Six Lectures Reported, with Emendations and Additions, by Thomas Carlyle*. Londres: J.Fraser, p. 189.

⁴²¹ Así mismo encontramos testimonios parecidos en el periódico *El Conciso* en el contexto de la aprobación de la libertad de prensa: “Atendiendo las Cortes generales y extraordinarias a que la facultad individual de los ciudadanos de publicar sus pesamientos e ideas políticas, es no solo un freno de la arbitrariedad de los que gobiernan, sino también un remedio de ilustrar a la nación en general, y el único camino para llegar al conocimiento de la verdadera opinión pública; han declarado losiguiente”. *El Conciso extraordinario* nºXXXX, miércoles 7 de noviembre de 1810.

En este sentido, se hace indispensable en nuestro trabajo aproximarse a la elaboración de los discursos públicos sobre la enfermedad desde esta doble perspectiva: la generada desde el foro político y sus sesiones, y la mediática.

4.1. Control de la información y uso político de la enfermedad.

4.1.1. Que no cunda el pánico, Cádiz resiste: El discurso sanitario se modula en las Cortes

Desde el mismo momento de su inauguración, las Cortes gaditanas se vieron ante la situación de gestionar la amenaza de la epidemia de fiebre amarilla. Las circunstancias que rodeaban el inicio de estas sesiones convirtieron el peligro ante la enfermedad en una cuestión no solo clave en el desarrollo de una respuesta sanitaria, como hemos apuntado en los capítulos anteriores, sino en una cuestión política.

La frágil situación que atravesaba el conflicto bélico y el valor estratégico —y simbólico— que había adoptado la ciudad de Cádiz, colocaron en una posición clave la gestión de la información sobre el peligro de la enfermedad. El miedo ante la epidemia se convertía en un arma política, y su gestión iba a ser fundamental para la estabilidad del proyecto político⁴²².

La apertura del debate al público —únicamente masculino— en el mes de septiembre de 1810 supuso un avance en la construcción de los cimientos de la soberanía nacional en la que se sustentaba el proyecto gaditano⁴²³. Sin embargo, planteaba un primer reto a la hora de gestionar la información y su difusión pública. La necesidad de generar un espacio de discusión paralelo, fuera del alcance y el juicio del ciudadano medio, tuvo una inmediata respuesta con la formación de sesiones secretas⁴²⁴. Las motivaciones y el equilibrio en la gestión de lo que debe ser público o privado durante el debate político, se convierte en un elemento de partida clave para poder profundizar sobre el control de la información, y en el caso de la gestión de la epidemia va a ser una fuente de información clave.

⁴²² Esta idea ha sido previamente introducida en el capítulo primero: “Cádiz como espacio singular de cambio”.

⁴²³ Artículo 3: (1810). *Reglamento para el gobierno interior de las Cortes*. Cádiz: Imprenta Real. p.3.

⁴²⁴ ÁLVAREZ JUNCO, J., DE LA FUENTE MONGE, G., & DE CÁDIZ, A. DE LA P. (2009). *El Nacimiento del periodismo político: la libertad de imprenta en las Cortes de Cádiz, 1810-1814*. Madrid: Ediciones APM.

Solo doce días después de haber comenzado las sesiones, conscientes de la amenaza epidémica, se plantea por primera vez la posibilidad de trasladar el emplazamiento de las Cortes a la ciudad de Cádiz. Esta propuesta, presentada por Antonio Oliveros, se discutió en sesión secreta: un primer indicio de la cautela con la que se decidió tratar el tema. El temor a la publicidad de este hecho se confirmaba al plantearse abiertamente si este tema debía continuar tratándose al margen de las sesiones públicas.

Aunque la primera reacción de los diputados fue la de mantenerlo oculto, la cuestión sobre su publicidad volvería a replantearse en repetidas ocasiones. Uno de los discursos más polémicos sobre la cuestión fue el presentado por el diputado Argüelles en la sesión secreta del 6 de noviembre de 1810⁴²⁵. A solo un mes de haber surgido el debate sobre el traslado de las Cortes, y después de haber sido tratado en diversas sesiones secretas⁴²⁶, el debate se intensificaba a la par que lo hacía la epidemia, generando controversias sobre la posibilidad de reubicar el debate parlamentario. En este ambiente, la medida de ampliar la discusión sobre el tema en las sucesivas sesiones secretas, provocó la reacción de Argüelles, que planteó la necesidad de hacer públicas este tipo de cuestiones por tratarse de un problema de interés general. El diputado asturiano alegaba que uno de los medios más importantes para adquirir la confianza nacional residía en la publicidad de las sesiones⁴²⁷. Un discurso que ya había reiterado en la sesión celebrada esa misma mañana al votarse que las reuniones diarias convocadas para tratar los apuros que atravesaba la Hacienda Pública se hicieran en sesión secreta⁴²⁸.

La cuestión sanitaria se introducía en el seno de un debate en torno a los límites de la soberanía nacional y el acceso de la ciudadanía al debate político; discusión que también había suscitado la cuestión de la imprenta y de la independencia americana⁴²⁹.

⁴²⁵ Sesión secreta de la noche del día 6 de Noviembre de 1810: (1874). *Actas de las sesiones secretas de las Cortes Generales Extraordinarias de la nación española*. Madrid: Imprenta de J. Antonio García, p. 46.

⁴²⁶ Se tratará en las sesiones secretas del 6 de octubre de 1810, en la de 15 de octubre, en la de 19 de octubre (donde se leyó el informe de los comisionados a Cádiz para evaluar el estado de salud de la ciudad): (1874). *Actas de las sesiones secretas de las Cortes Generales Extraordinarias de la nación española*. Madrid: Imprenta de J. Antonio García, pp. 10, 20 y 27.

⁴²⁷ VILLANUEVA, J. L. (1860). *Mi viaje á las Córtes...*, p. 36.

⁴²⁸ Sesión secreta de la mañana del día 6 de Noviembre de 1810: (1874). *Actas de las sesiones secretas de las Cortes Generales Extraordinarias de la nación española*. Madrid: Imprenta de J. Antonio García, p. 45.

⁴²⁹ “Entre las graves materias que se examinaron en estas primeras deliberaciones, merecieron atención muy especial la libertad de la imprenta, y el estado político de las colonias. La discusión de estas cuestiones tan importantes pereció en la mayor parte; por no estar aún establecido el diario de las cortes,

El argumento de Argüelles apelaba, como después él mismo insistiría en su *Examen histórico de la reforma constitucional*, a la necesidad de buscar el apoyo de la opinión pública para mantener un cuerpo representativo como el que se había creado en Cádiz: “Un cuerpo representativo sin el apoyo y guía de la opinión pública”, escribía Argüelles, “pronto se hallaría aislado, pronto se vería reducido a sus propias luces”⁴³⁰. Sin embargo, esta opinión no quedaba exenta de generar debate. Sus palabras encontrarían la confrontación directa de diputados como Antonio Capmany y Ramón Lázaro de Dou –entonces presidente de las Cortes– que defendían que la confianza nacional no solo nacía de la publicidad de las sesiones sino de las providencias enérgicas y favorables que sus representantes tomaban a favor de la causa nacional⁴³¹.

La postura adoptada por el presidente de las Cortes y el diputado catalán Capmany ponía de manifiesto los filtros con los que se iba delimitando el concepto de soberanía nacional y la confianza pública. El control de la información y su limitación en los debates quedaban justificados por la defensa de la causa nacional. En el caso de la sanidad pública, parecía considerarse de mayor provecho para el bien general la actuación de la cámara al margen del debate público.

Las circunstancias que rodean en ese momento el transcurso de las discusiones parlamentarias son la clave para comprender el recelo de los diputados. En primer lugar, el día en el que tuvo lugar el debate protagonizado por Argüelles y los otros dos diputados catalanes, el 6 de noviembre de 1810, moría el primer diputado de las Cortes aquejado de fiebre amarilla. El fallecimiento de Ramón de Sanz y Sánchez de Barutell⁴³², diputado también por Cataluña, convertía el tema en una cuestión interna para el desarrollo de las Cortes; no solo por constituir una amenaza para la salud pública, sino por incidir directamente en el estado de salud de sus miembros y amenazar al *status quo* de la composición de la cámara y su continuidad. El riesgo que podía comprender el contagio entre los individuos del Congreso ya había sido

y por haber sido secretas las sesiones en que se trató de la América”. ARGÜELLES, A. (1835). *Examen histórico de la reforma constitucional que hicieron las Cortes generales y extraordinarias desde que se instalaron en la isla de León... hasta q. cerraron su Cádiz sus sesiones*, 1. Londres: Woods hijo, p. 310.

⁴³⁰ Idem, pp. 321-322.

⁴³¹ VILLANUEVA, J. L. (1860). *Mi viaje á las Cortes...*, p.36. Estas declaraciones se hacen en torno al debate surgido en la sesión secreta de la mañana día 6 de noviembre de 1810 en torno a la privacidad de las sesiones para gestionar la crisis de la Hacienda pública.

⁴³² *Hace 200 años. Diario de las Cortes de Cádiz*. Congreso de los Diputados (www.congreso.es): http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Hist_Normas/200/H1810_11.

planteado por algún diputado en sesiones anteriores⁴³³, y la muerte de Sanz y Sánchez de Barutell intensificaba los recelos de la Cámara. El hecho de que uno de los periódicos de referencia, *El Conciso*, no hiciese mención alguna a la muerte del diputado en los días sucesivos al suceso, pone de manifiesto el celo por no hacer público el alcance de la epidemia⁴³⁴.

Esta preocupación por la repercusión pública de la alarma epidémica está vinculada tanto al contexto bélico como a la precaria situación en la que se encontraban las tropas españolas y, por supuesto, el proyecto político que entonces daba sus primeros pasos en el sur de la península. Cádiz era, en esos momentos, —como hemos apuntado en el primer capítulo— una ciudad sitiada por el ejército francés⁴³⁵, y un claro baluarte de la resistencia del pueblo español. La alarma generada por una epidemia podría tener consecuencias funestas no solo para unas Cortes recién inauguradas, sino también para la resistencia de la plaza y el ánimo de las tropas.

Como hemos apuntado en el primer capítulo, la amenaza que suponía un éxodo masivo por el miedo a una epidemia en un Cádiz asediado por las tropas y en el que se concentraba el grueso de la resistencia nacional, podía tener desastrosas consecuencias. Al mismo tiempo, el perjuicio que suponía la declaración abierta de la existencia de una epidemia para el comercio, resultaba un elemento más a tener en cuenta, sobre todo en las circunstancias económicas en las que se encontraba el gobierno español⁴³⁶ y el papel clave de Cádiz como centro comercial⁴³⁷.

Bajo este supuesto, parecía comprensible el recelo de los diputados a hacer pública la preocupación de las Cortes por la cuestión sanitaria en esos momentos. La necesidad de atenuar el discurso sobre la existencia de una epidemia se convertía, por tanto, en una cuestión que rodeará la discusión de los temas sanitarios desde que se propone por

⁴³³ Según el testimonio de Villanueva, en la sesión del 5 de noviembre de 1810 un diputado catalán eleva esta preocupación al Congreso. VILLANUEVA, J. L. (1860). *Mi viaje á las Córtes...*, p. 35.

⁴³⁴ *El Conciso*, días 6,7,8 y 10 de noviembre de 1810.

⁴³⁵ Argüelles propone la declaración del *Estado de sitio* en la sesión secreta del 24 de Noviembre de 1810. (1874). *Actas de las sesiones secretas...*, p. 71.

⁴³⁶ Los trabajos de Josep Fontana i Làzaro son una referencia en este ámbito: FONTANA, J., & GARRABOU, R. (1986). *Guerra y hacienda: la hacienda del gobierno central en los años de la guerra de la independencia, (1808-1814)*. Alicante: Instituto Juan Gil-Albert; FONTANA, J., & GARRABOU, R. (1979). *La crisis del antiguo régimen: 1808-1833*. Barcelona: Edit. Crítica.

⁴³⁷ Como ya hemos apuntado en el primer capítulo Cádiz había sido considerado, y seguía siendo en el periodo de las Cortes, uno de los puertos más importantes de entrada y distribución para el comercio desde Ultramar pese al descenso de flujo de intercambios. Véase: RUIZ RIVERA, J. (1988). *El Consulado de Cádiz...*; GARCÍA-BAQUERO GONZÁLEZ, A. (1976). *Cádiz y el Atlántico (1717-1778)*...

primera vez el traslado de las Cortes y que explicaría el tratamiento de mucha de sus cuestiones en las sesiones secretas. Sin embargo, esta tarea resultaba difícil si tenemos en cuenta que no se podía ocultar la epidemia a una población que la estaba sufriendo. Con unos partes que registraban alrededor de veinte muertes diarias en el mes de noviembre de 1810⁴³⁸, la negación de la evidencia no podía ser una forma de abordar la cuestión.

Por tanto, la gestión de la información sanitaria respondía a un complejo equilibrio de anuncios públicos y silencios que permitieran cierto margen de actuación sin causar la alarma epidémica. Una de las herramientas utilizadas con este fin va a ser la orquestación del discurso público/privado en el seno de las Cortes, de tal forma que la cuestión sanitaria estuviera presente en las sesiones públicas, dejando las cuestiones más polémicas o alarmantes para las sesiones secretas –como fue en el tema del traslado de las Cortes–.

Este equilibrio era, sin embargo, difícil de conseguir cuando se trataba de llevar a cabo medidas o publicar reglamentos que eran una declaración directa de la existencia, o por lo menos del peligro, de una epidemia. El ejemplo más claro lo encontramos en el reglamento de prevención sanitaria publicado por la Junta Suprema de Sanidad ante los primeros indicios de la epidemia y el peligro del hacinamiento que experimentaba la ciudad gaditana. La normativa comenzaba con la siguiente afirmación:

“Procurando, pues, desempeñar esta confianza, y bien persuadida de que la existencia de Cádiz es de mucho interés para la Nación toda, ha creído que en las críticas circunstancias del día deben *alejarse hasta las mas remotas sospechas de que pueda introducirse ni formarse ninguna enfermedad contagiosa*, para que sus habitantes no se distraigan ni un solo momento de su objetivo principal, contraído a rechazar y prender el enemigo.”⁴³⁹

La negación de cualquier sospecha de la existencia, o de la posibilidad de que se formase una epidemia contagiosa en la ciudad, contrastaba con el contenido de un

⁴³⁸ El 9 de noviembre de 1810 registraba veinte muertos y diez enfermos, el 19 eran veintitrés cadáveres y doce convaleciente y el 22 el balance quedaba en seis enfermos y 26 fallecidos (*Hace 200 años. Diario de las Cortes de Cádiz*. Congreso de los Diputados Consultado online: http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Hist_Normas/200/H1810_11..

⁴³⁹ A.C.D., P-01-000020-0124-0006. “Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz” . Don Josef Joaquin Colon, del Consejo supremo de España, presidente de la Junta Suprema de sanidad..... que S,M, por Real Orden de tres de este mes se ha servido de aprbar un Reglamento.. (firmado 7.04.1810) Cursiva del autor.

reglamento que, en última instancia, perseguía el control del *mal*, como el mismo texto dejaba claro en su articulado. La dificultad de mitigar el impacto de la noticia de la amenaza epidémica, que había sido anunciada por el médico Bartolomé Mellado en ese mismo mes de abril⁴⁴⁰, creaba estas ambigüedades en el lenguaje.

La creación de un discurso oficial iba a influir en la relación y flujo de información entre las Juntas Provinciales, que acudirían a la Junta Suprema de Sanidad para contrastar la actitud oficial en esos primeros meses de andadura política. De este modo, en las semanas en los que se mantenía el debate sobre la posibilidad del traslado de las Cortes durante las sesiones secretas, encontramos una consulta de la Junta Superior de Sanidad a la Suprema del Reino, con fecha de 1 de octubre de 1810, sobre qué respuesta habría que dar a la Isla de León, que preguntaba por el estado de salud de la ciudad y si era cierta la existencia de una epidemia. Pese a la evidencia cada vez más notable de un foco epidémico, la Junta Suprema acordó responder — como se señala en el *Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre*, entregado a las Cortes haciendo referencia al 10 de octubre de 1810⁴⁴¹— que la salud del pueblo era buena pese haberse experimentado enfermedades agudas contagiosas y que ante todo, se habían tomado las providencias oportunas para evitar la propagación de una epidemia.

La modulación del discurso oficial a partir de los propios mecanismos que permitía la arena política del Congreso y sus instituciones, pretendía no poner en peligro el ya de por sí frágil desarrollo de las Cortes. El tema del traslado del debate por la amenaza epidémica —y bélica—, como hemos podido comprobar, se convirtió en una de las primeras cuestiones que planearían esta instrumentalización del discurso sanitario. Un problema que vertebraría, prácticamente en su totalidad, el transcurso del debate parlamentario, y que acabaría con el traslado de las Cortes en varias ocasiones: el 24 de febrero de 1811, fecha en la que, tras un largo debate que se había iniciado en octubre de 1810, se inauguran las sesiones en el templo de San Felipe Neri. En un

⁴⁴⁰ MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia* "...", pp. 15.

⁴⁴¹ A.C.D., P-01-000020-0124-0005. "Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla.padecida en Cádiz". Representación dirigida a D. Manuel de Lardizabal con fecha del 5 de febrero de 1811: "El 10 de octubre consultó la Junta Superior de esta ciudad a la Suprema, qué respuesta se daría a la de la Isla que preguntaba por el estado de la salud de esta ciudad, y si era cierto que en la cárcel y alguna otra casa se padecían enfermedades contagiosas: a lo que se acordó responder que la salud de este pueblo era buena en general pero que algunos individuos experimentaban enfermedades agudas contagiosas y de malignidad: y que se habían tomados las providencias oportunas para evitar su propagación".

segundo momento, ya iniciada la segunda legislatura de las Cortes de Cádiz⁴⁴², por decreto del 26 de noviembre de 1813 se ordena el traslado del debate a la capital, Madrid, que se haría efectivo el 15 de enero de 1814⁴⁴³. Como pasó en el inicio de los primeros debates sobre el traslado en octubre de 1810, la amenaza epidémica y el control de su repercusión política, serán claves para entender el contexto que rodea el complejo periplo al que se enfrentan las Cortes en los últimos meses de su existencia.

4.1.2. El traslado de las Cortes a Madrid: miedo al aislamiento político.

Si durante el primer traslado de las Cortes a la ciudad de Cádiz, el control del discurso había estado principalmente orientado a evitar el impacto que pudiera tener la amenaza epidémica en una ciudad sitiada y un país en guerra, las circunstancias que rodean su traslado a Madrid en 1813 van a modificar este discurso. En una España prácticamente liberada del yugo francés y coincidiendo con la clausura de las Cortes generales y extraordinarias el 14 de septiembre de 1813, la alarma de un foco de fiebre amarilla en Gibraltar convirtió el tema sanitario en una suerte de debate sobre la supervivencia de las Cortes y la representación nacional.

El estudio realizado por Mariano y José Luis Peset, en su libro *Muerte en España*, sobre las motivaciones que rodean la huida de las Cortes, es un punto de partida esencial para comprender la influencia de la epidemia en el discurso político y el traslado de la sede gaditana⁴⁴⁴. Sin embargo, tras esta cuestión se desprenden una serie de lecturas claves que solo aparecen esbozadas en la citada publicación y que requieren una revisión para poder ofrecer un análisis más profundo de las implicaciones de la modulación del discurso epidémico y sanitario en Cortes.

El inicio del foco epidémico de 1813 coincide con un momento clave en el desarrollo del debate político –y la construcción de la nación liberal–. A dos días de darse por concluidas las sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias, establecida la diputación permanente en Cádiz desde el día 9 de septiembre, las noticias sobre la

⁴⁴² La segunda legislatura se inicia el 1 de octubre de 1813. Véase: REIG, P., & LUIS, J. (1972). *Muerte en España...*, p. 126.

⁴⁴³ A.H.N., ESTADO, 11, D. “Decreto de las Cortes de 26 de noviembre de 1813 circulado por el Consejo de Regencia a todas las autoridades del Reino en el que se anuncia la suspensión de sus sesiones entre el 29 de noviembre y el 15 de enero, con motivo de su traslado y el del Gobierno a Madrid”.

⁴⁴⁴ PESET, M., & PESET, J. L. (1972). *Muerte en España ...*, pp. 117-135.

existencia de la fiebre amarilla en Gibraltar llegaron a un Cádiz en el que ya empezaba a instalarse algunos de los diputados que formarían las nuevas Cortes ordinarias. La capacidad de reacción de las Cortes quedaba, pues, limitada a un escaso número de dos sesiones antes de ceder el relevo a la Comisión Permanente, en espera de la inauguración de las sesiones ordinarias.

La cautela en el discurso había sido el modo de proceder desde el mes de junio, fecha en la que el diputado Ramón Power había muerto a causa de la epidemia⁴⁴⁵. Cuando en septiembre saltaba la alarma en Gibraltar, la confianza de los diputados –entre ellos el Marqués de Espeja– era que la Regencia aprobara la propuesta de decreto para dejar organizada institucionalmente la sanidad antes de que terminaran las sesiones de las Cortes⁴⁴⁶. El plan para la formación de una Junta Suprema de Sanidad, como hemos señalado en el segundo capítulo, había quedado sobre la mesa desde su presentación en Cortes el 7 de Septiembre por la comisión formada por Mejía, Castillo, Moreno Montenegro, Gayola y Antillón⁴⁴⁷. Sin embargo, las Cortes Generales Extraordinarias se clausurarían el día catorce sin tomar ninguna resolución al respecto.

El testigo era tomado por la Diputación Permanente en espera de la reunión de las Cortes Ordinarias previstas para el primero de octubre; y si bien su primera reacción fue tomar la cuestión con la cautela con la que se había llevado en los meses anteriores, omitiendo el discurso en las sesiones públicas⁴⁴⁸, a partir del 16 de septiembre el problema de la epidemia y su tratamiento discursivo sufrirían un cambio sustancial que pondría de manifiesto la dimensión y las distintas lecturas políticas que podía adquirir el tema sanitario.

El temor epidémico se hacía público en la sesión de la noche del dieciséis; adquiriendo un cierto tono de auto-disculpa. El rumor de la fiebre amarilla era ya noticia en los periódicos, como demuestran *El Conciso* y el *Redactor General*⁴⁴⁹, y parecía obligar a los diputados de la Diputación Permanente a tomar una actitud

⁴⁴⁵ PESET, M., & PESET, J. L. (1972). *Muerte en España...*, p. 121.

⁴⁴⁶ (1874). *Diario de sesiones de las Cortes...* Vol. 8, p. 6213.

⁴⁴⁷ A.C.D., P-01-000020-0123-0002. “Proyecto para la organización de la Junta Suprema de Sanidad”: Proyecto de decreto.

⁴⁴⁸ PESET, M., & PESET, J. L. (1972). *Muerte en España...*, p. 122.

⁴⁴⁹ *El Conciso*, nº8, miércoles 8 de septiembre de 1813 y nº14, martes 14 de septiembre de 1813; *El Redactor General* nº 823. miércoles 15 de septiembre de 1813, p. 336. Notemos que la noticia publicada en el *Redactor General* es un extracto de la noticia de *El Conciso*.

pública:

“La Diputación Permanente ha tomado este asunto en sus anteriores sesiones en la mas seria consideración; pero jamás se resolvió a tomar alguna providencia, que no solo podría ser inoportuna no habiendo recibido noticias oficiales del Gobierno, sino también podrían inquietar la tranquilidad pública, confirmando los ya hartos generales temores del pueblo sobre el peligro de la peste.”⁴⁵⁰

Con estas palabras la responsabilidad de la reacción política sobre la epidemia recaía en el Gobierno –y en su silencio–, al que se le mandaba una comisión para averiguar el estado de la salud pública. El resultado de las pesquisas confirmaban a la diputación que había aumentado el número de muertos. Sin embargo, la cuestión era aún más grave. La diputación recibía la noticia de que la Regencia había determinado convocar las Cortes Extraordinarias con urgencia para determinar la salida del Gobierno y de los diputados de Cádiz. A este respecto, conviene recordar que la Diputación Permanente no se consideraba un órgano de representación nacional con capacidad legislativa, sino un órgano transitorio hasta el establecimiento de las Cortes ordinarias, y en ausencia de estas, la necesidad de tomar la decisión del traslado exigía la convocatoria de una sesión extraordinaria de las Cortes con los diputados que hubiera en Cádiz.

Ya desde la primera sesión de las Cortes Extraordinarias, celebrada esa misma noche del 16 de septiembre de 1813, quedaba de manifiesto que la cuestión epidémica no se movía solo en el plano de la preocupación médica, sino que se convertiría en hilo conductor de un áspero debate político en torno a la representación nacional y el futuro del proyecto constitucional.

El silencio del Gobierno y su repentina convocatoria de Cortes para autorizar el traslado, venían justificados, según una representación del Consejo de Estado leída en esa primera sesión de Cortes Extraordinarias, por la confirmación de la existencia de una epidemia en Gibraltar. En Cádiz, sin embargo, solo se confirmaba la presencia de “una enfermedad de calenturas pútrido malignas, con visos de la amarilla”⁴⁵¹ que los facultativos no habían calificado, hasta el momento, como contagiosa, lo que daba un

⁴⁵⁰Sesión primera celebrada en la noche del 16 de septiembre de 1813: (1813). *Diario de las Actas y Sesiones extraordinarias...* Tomo XXIII, p. 3.

⁴⁵¹Idem., p. 5.

margen mínimo para organizar un traslado del Gobierno antes de quedarse aislados por la enfermedad.

La cuestión parecía recaer en la necesidad de tomar una rápida decisión para proteger la representación nacional ante esta posibilidad de quedar aislados; sobre todo cuando los rumores que llegaban eran de que los diputados que venían de otras provincias para la pronta reunión de las Cortes ordinarias en la ciudad de Cádiz, se habían detenido por las noticias que recibían de la epidemia en la ciudad. Junto a esto se sumaban unos partes médicos que, según el diputado Espiga, habían visto aumentar en un solo día los enfermos por la epidemia y sus víctimas, que habían pasado de once a dieciocho.

Sin embargo, la manera de proceder del Consejo de Estado y la Regencia había sido vista con suspicacia por algunos diputados. Su silencio previo se sumaba a los rumores de que el Gobierno ya había dado orden a varios órganos de empezar el traslado antes de convocar la sesión extraordinaria que se estaba celebrando, por lo que parecía que no era tanto la epidemia la que ponía en juego la representación nacional, sino la iniciativa del propio Gobierno. Esta postura tomada por diputados como Isidoro de Antillón quedaba reflejada de la siguiente manera:

“ (...) La voz pública es de que efectivamente se han dado (las ordenes de traslado), y lo comprueba el que varios empleados del Gobierno han estado empaquetando todo el día.... Y es muy extraño señor, que si se han dado estas ordenes para la traslación, no se ha contado con los diputados de las Cortes extraordinarias que están en Cádiz, ni con los de las ordinarias que han venido ya; por lo menos ninguna noticias se les ha dado de semejante traslación. Enhorabuena que los diputados sacrificase aquí sus vidas por la patria, víctimas del contagio si lo hubiese: esto era lo que menos para un representante de la nación española ¿pero quien no ve , que quedándose aquí esto diputados y trasladándose el Gobierno a otra parte se comprometía la existencia de las nación?”⁴⁵²

Se trataba de una cuestión áspera que comprometía la existencia de la representación política, y no solo por la amenaza de la epidemia. Los enfrentamientos y distintas posturas que poco antes se habían confrontado a la hora de votar en contra del traslado

⁴⁵² Sesión primera celebrada en la noche del 16 de septiembre de 1813: (1813). *Diario de las Actas y Sesiones extraordinarias...* Tomo XXIII , p. 9.

de las Cortes ordinarias a Madrid⁴⁵³, tomaban ahora un nuevo cariz, revividos bajo el peligro del aislamiento político por la enfermedad. La necesidad de tomar una disposición contra la epidemia, determinar su magnitud y, en última instancia, aprobar, o no, el posible traslado de las Cortes se entremezclarían, durante la cuatro sesiones que duró esta convocatoria extraordinaria de las Cortes, con los conflictos internos de unos diputados que se debatían sobre las repercusiones que podía tener para el proyecto constitucional abandonar Cádiz.

La preocupación por la epidemia quedaba instrumentalizada por las distintas posturas, liberales o conservadoras, que veían de manera diferente la continuación del proyecto constitucional. Frente al riesgo al aislamiento político, que había servido de argumento a la Regencia para tomar las primeras medidas de traslado, posturas como las de Mejía Lequerica o Calatrava dejaban traslucir una cierta inclinación a defender la situación de “aislamiento” de Cádiz para defender la integridad del edificio constitucional que circunstancialmente se había construido en la ciudad gaditana durante esos tres años. Etiquetados ambos como liberales, quizás sea en su postura en la que mejor veamos esta instrumentalización del discurso epidémico, en un debate en el que el traslado de las Cortes se mezclaba con la búsqueda de responsables entre el Gobierno y la Regencia. En palabras de José María Calatrava, la cuestión perdía cualquier connotación médica, convirtiendo la epidemia en un instrumento político al servicio de aquellos que querían llevar, a toda costa, las sesiones ordinarias fuera de la ciudad de Cádiz:

“Yo que considero que según el expediente resulta culpable en alguna cosa la conducta del gobierno, o sea de algunos de sus principales agentes, creo firmemente también que la buena fe del Gobierno ha sido comprometida por aquellos que tanto empeño han tenido en arrancarlo; por aquellos que aun antes de cerrar sus sesiones las Cortes generales y extraordinarias fraguaban epidemias aquí y en Gibraltar para alarmar a los nuevos diputados, y lograr lo que anteriormente no pudieron conseguir.”⁴⁵⁴

La enfermedad era, en sus palabras, una creación política, un instrumento para generar el miedo entre los diputados, para poder consolidar el traslado de las Cortes, que unos

⁴⁵³ Véase: Sesión del 9 de agosto de 1813. (1874). *Diario de sesiones de las Cortes...* Vol. 8, pp. 5899-1915; 15 de agosto de 1813. En: (1874). *Diario de sesiones de las Cortes...* Vol.8, p. 5493.

⁴⁵⁴ Sesión del 20 septiembre de 1813. (1813). *Diario de las Actas y Sesiones extraordinarias...* Tomo XXIII, p. 103.

meses antes se había visto rechazado por la falta de apoyos políticos. No muy alejado quedaba el criterio del médico quiteño Mejía Lequerica, que defendió la continuación de las sesiones en la ciudad de Cádiz amparado en la experiencia que había tenido previamente la ciudad con la enfermedad y la firme creencia que no ofrecía ninguna novedad la actual situación⁴⁵⁵.

El discurso político que mediatizó el traslado de las Cortes fue crudamente descrito media década después por el erudito, y también falsificador literario, Adolfo de Castro, que no encontrando razón para no trasladar las Cortes en una España casi pacificada, señaló a estos políticos liberales como culpables de las consecuencias funestas de la fiebre en el seno de las Cortes:

“La explicación tal vez haya que encontrarla, aparte del contumaz empeño de las autoridades sanitarios por no despertar ningún alarma en la población, en una razón meramente política, motivada por el miedo de los liberales de que las Cortes se ubicaran en un lugar alejado de Cádiz, habida cuenta de los poco apoyos que en el resto de la Nación, según se iba sabiendo, encontraban las ideas que ellos propugnaban.”⁴⁵⁶

Esta incisiva lectura de las circunstancias y motivaciones políticas ulteriores que operaban bajo el problema de la grave crisis epidémica de 1813, señalaba como culpables de las consecuencias de la epidemia a los liberales acérrimos, como Mejía o Calatrava, que no habían querido comprometer las reformas constitucionales al apoyar la permanencia en las ciudad gaditana.

La inexistencia de un dictamen claro por parte de los médicos en torno a la enfermedad fue uno de los elementos sin los que es difícil comprender el grado de utilización política de la cuestión epidémica y la polarización de opiniones en la elaboración discursiva en Cortes.

Solicitados en un primer momento los informes que habían sustentado el criterio de traslado de las Cortes, la Junta de Sanidad de la ciudad y el Protomedicato se encargarían de presentar por escrito su parecer sobre la epidemia en la segunda sesión

⁴⁵⁵ Sesión del 17 de septiembre de 1813: “yo por mi parte puedo asegurar que en el día en que estoy hablando, no hay más enfermedad en Cádiz que la que ha habido en los años anteriores. Pues si en los años anteriores no se ha hecho novedad, muriendo quien muriese, pues todos somos mortales e hijos de Adan y Eva, Por qué esta novedad ahora que se pueda propagar?”. (1813). *Diario de las Actas y Sesiones extraordinarias...* Tomo XXIII, p. 42.

⁴⁵⁶ CASTRO, A. DE. (1864). *Cádiz en la guerra de la independencia*. Cádiz: Revista Médica, p. 358.

de las Cortes Extraordinarias, el 17 de septiembre de 1813. Junto a él se había solicitado, además, el dictamen de los encargados de la administración de los hospitales de la ciudad gaditana. Lo que de ellos se desprende es la ambigüedad del discurso médico, que en el primer informe defendía unánimemente la inexistencia de la enfermedad contagiosa en la ciudad, para después confirmar el creciente número de enfermos de la fiebre que ocupan los hospitales. Esto generaba aún mayor suspicacia cuando se comprueba que los facultativos que firman los informes hospitalarios eran, en su mayoría, los mismos miembros del Protomedicato y de la Junta de Sanidad que habían firmado el primer informe. El hecho pasó desapercibido para los diputados que se apoyaban en estos titubeos científicos para subrayar el trasfondo político de la cuestión.

El irresoluto debate científico sobre la etiología de la fiebre amarilla y la naturaleza contagiosa de la enfermedad tuvo una fácil e inmediata lectura política. Efectivamente, como señalará años más tarde Modesto Lafuente en su reflexión personal sobre este episodio del debate en Cortes: “Inciertos y perplejos andaban los médicos, a quienes se consultaba; ¿ni como podían tampoco emitir un dictamen que no fuese, o científica o políticamente arriesgado? Porque el pueblo de Cádiz no perdonaba a los que opinaban por la salida de la ciudad (...)”⁴⁵⁷.

Por tanto, la ambigüedad en el discurso médico respondía tanto a la carencia de un sustento teórico claro en el juicio médico respecto a la epidemia y el riesgo de posicionarse, como a las consecuencias políticas que su dictamen pudiera causar y el impacto que pudiera tener en la opinión pública. Declarar como contagiosos los casos de fiebre amarilla que se habían dado en la ciudad comprometía la decisión política de trasladar las sesiones, y podría animar el ya caldeado foro público que había demostrado en sendos artículos en *El Redactor General* y *El Diario Mercantil de Cádiz*, su postura crítica ante la actuación de la Regencia⁴⁵⁸. Los médicos, opinaba Mejía Lequerica, parecían haberse convertido en diplomáticos, al utilizar tales palabras e ideas generales en sus dictámenes⁴⁵⁹. La resolución del Congreso en torno al asunto de la fiebre amarilla debía reposar, como insistía el diputado —y médico—

⁴⁵⁷ LAFUENTE, M. (1865). *Historia general de España: desde los tiempos más remotos hasta nuestros*. Madrid: Establecimiento Tipográfico de Mellado, p. 444.

⁴⁵⁸ Sesión de las Cortes Extraordinarias del 18 de septiembre de 1813: (1813). *Diario de las Actas y Sesiones extraordinarias...* Tomo XXIII, pp. 46-56.

⁴⁵⁹ Idem., p. 42.

quiteño, en bases sólidas y conocidas y no en cálculos dudosos como los ofrecidos hasta entonces por los facultativos en sus dictámenes.

No era la primera vez que en el transcurso de las Cortes Generales y Extraordinarias, los médicos habían demostrado este recelo a declarar abiertamente la epidemia. La diplomacia facultativa criticada por Mejía en 1813 había sido también mantenida, como hemos señalado, ya en los primeros meses de la epidemia en 1810, al tiempo que se hacían los preparativos para el inicio de las sesiones parlamentarias. El miedo a las implicaciones que podía tener la alarma de una epidemia en el frágil contexto político de la ciudad gaditana en aquel momento, habían frenado a los médicos a adoptar una postura clara, limitando la capacidad de reacción de las autoridades sanitarias. Las palabras de Bartolomé Mellado, en su *Historia de la epidemia gaditana*, explican con claridad la delicada posición del galeno llegado el momento de anunciar públicamente los primeros casos de fiebre amarilla:

“Suplico al lector pare un poco su consideración sobre el estado de agitación de mi espíritu, previendo el golpe grande que iba a dar con mi anuncio: veía por una parte tanto millares de españoles refugiados en Cádiz; a las tropas de nuestra aliada Inglaterra; y por último al congreso de las Cortes que debía reunirse muy pronto, y a una corta distancia de esta ciudad: reflexionaba por otro el estado de asedio de la plaza; los males que nos podía ocasionar esta noticia, abultada siempre por los maliciosos o indecentes...”⁴⁶⁰

La línea de continuidad en la actitud de cautela por parte de los médicos, refleja en gran parte la interdependencia que se genera en estos años entre el discurso médico y el contexto político. La fragilidad del contexto político-social, la excepcionalidad del proyecto constitucional gaditano y el miedo a ponerlo en jaque, habían repercutido en la manera de afrontar el discurso médico y su formulación. El riesgo y los posibles efectos de posicionarse con respecto a la epidemia se apreciaron tanto en el terreno político como en el científico, dando lugar a esa cauta manera de actuar, subrayada por Bartolomé Mellado en su dubitativo y en ocasiones ambiguo proceder durante los sucesivos focos epidémicos: después de haber entonando el *mea culpa* ante su tardía reacción al declarar los primeros casos de fiebre amarilla en 1810, presentaba un dictamen ambiguo el 17 de septiembre de 1813, sosteniendo no haber asistido a ningún

⁴⁶⁰ MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia...*, p.8.

enfermo por enfermedad contagiosa⁴⁶¹, para acto seguido afirmar que había visto “como cuarenta individuos de mucha sospecha, y de ocho a diez caracterizados de esta enfermedad (...)”⁴⁶². El margen de indeterminación que había dejado abierto el dictamen médico sobre la enfermedad, en los últimos meses de 1813, había favorecido la politización del discurso sobre la fiebre amarilla en momentos tan controvertidos como este del traslado de las Cortes a la capital⁴⁶³.

Las Sesiones Extraordinarias de las Cortes concluirían el día 20 de septiembre de 1813 sin una posición en firme sobre el traslado de los diputados ni tampoco sobre el carácter de la fiebre amarilla. Cuando dieron comienzo las Sesiones Ordinarias el 1 de octubre, la amenaza por la epidemia seguiría siendo una cuestión central, pero muy mediatizada y filtrada por el discurso político. Los partes sanitarios habían quedado instaurados como práctica obligada desde el 17 de septiembre de 1813⁴⁶⁴ pero sin embargo no se resolvía salir de la Isla de León. Una decisión que seguía enfrentando a unos diputados que, principalmente divididos entre realistas y liberales, parecían posicionarse frente a la epidemia no tanto por la situación sanitaria como por su intención partidista de permanecer o abandonar Cádiz⁴⁶⁵.

Resulta complejo medir las consecuencias directas de esta politización del debate sanitario a la hora de plantear el traslado de las Cortes en 1813, si no es aproximándose al efecto mortal de la epidemia en el seno de las Cortes. En estos meses caracterizados por la indeterminación e instrumentalización del debate epidémico que retrasó el traslado hasta el 29 de noviembre de 1813, ocho diputados engrosaron la lista de víctimas mortales causadas por la epidemia; Ramón Power (10 de junio), Alfonso Vera y Pantoja (12 de septiembre), Mexía Lequerica (2 de octubre), Juan José Guereña y Garayo (10 de octubre), Manuel Mateo Luján y Ruiz (30 de octubre), Andrés Ángel de

⁴⁶¹ “Declaración de los facultativos que han asistido a la sesión mantenida en casa del Exmo: Sr. Jefe política de esta provincia hoy 17 de septiembre de 1813”: (1813) *Diario de las Actas y Sesiones extraordinarias...* Tomo XXIII, p. 29.

⁴⁶² “Declaración de los mismos facultativos, acerca de los casos que en el curso de este presente año les han ocurrido de enfermedades sospechosas de contagio”. Idem, p. 30.

⁴⁶³ Otros autores que hablan sobre este episodio: SUÁREZ, F. (2002). *Las Cortes de Cádiz*. Madrid: Ediciones Rialp, pp. 171-172.

⁴⁶⁴ Esto se demuestra en la sesión secreta del 22 de octubre de 1813 ante la queja de no haberse cumplido en todas las sesiones: (1874). *Actas de las sesiones secretas de las Cortes Generales Extraordinarias de la nación española...*, Madrid : Imprenta de J. Antonio García, p. 894.

⁴⁶⁵ Las votaciones del 4 de octubre respecto al traslado de las Cortes siguen mostrando esa polarización: (1876). *Actas de las sesiones de la Legislatura ordinaria de 1813 : dieron principio el 1º de Octubre de 1813 y terminaron el 19 de Febrero de 1814*. Madrid: Vda. e Hijos de J. Antonio García, pp. 77-81.

la Vega Infanzón (14 de octubre), Manuel Aróstegui Sáez de Olamendi (7 de noviembre de 1813), Antonio de Capmany y Montpalay (15 de noviembre de 1813). Mientras se tejía un discurso alrededor de la epidemia, retrasando la salida de Cádiz, la enfermedad se cobraba el precio de esta instrumentalización del debate. Quizás el caso de Mejía Lequerica sea el más paradigmático de esta contradicción discursiva: desde su estatus de médico defendió la necesidad de permanecer en Cádiz para proteger el proyecto liberal afirmando que la epidemia de fiebre amarilla no era una amenaza, pero muriendo una semana después víctima de la epidemia.

4.2. La construcción mediática del discurso sobre la epidemia.

“ La presse, si bavarde dans l'affaire des rats, ne parlait plus de rien. C'est que les rats meurent dans la rue et les hommes dans leur chambre. Et les journaux ne s'occupent que de la rue.”

Albert Camus: *La peste*⁴⁶⁶

El poder de la pluma de aquellos que iban configurando la cultura periodística española de principios del siglo decimonónico va ser un elemento clave en la conformación del discurso público de la enfermedad. La prensa recibió en este contexto tan particular como es el de las Cortes de Cádiz el sobrenombre de política, y con ella, como han señalado Alejandro Pizarroso Quintero, José Álvarez Junco, Gregorio de la Fuente o Ramón Solís —entre otros—, surgía la opinión pública⁴⁶⁷. El periódico se convertía, idealmente, en un intermediario entre la Nación y sus representantes, transmitiendo y generando opiniones sobre las discusiones políticas. Como ha señalado Fernando Durán, este proceso comunicativo adquirió un sentido bidireccional, al crear un flujo de información de las Cortes al público y, en sentido opuesto, reflejar las inquietudes y opiniones de la sociedad⁴⁶⁸. En este caso, el tratamiento de la cuestión epidémica y

⁴⁶⁶ “La prensa, tan habladora en el asunto de las ratas, no decía nada. Porque las ratas mueren en la calle y los hombres en sus cuartos y los periódicos sólo se ocupan de la calle”. CAMUS, A. (1947). *La peste*. Paris: Gallimard, p. 37.

⁴⁶⁷ ÁLVAREZ JUNCO, J. (et. al) (2009). *El Nacimiento del periodismo político...*; PIZARROSO QUINTERO, A. (2008). “Apuntes sobre la propaganda de guerra, 1808-1814”. In CANTOS CASENAVE M., DURÁN LÓPEZ F., & ROMERO FERRER A. (Eds.), *La guerra de pluma: Política, propaganda y opinión pública*. (Vol. 2, pp. 19–36). Cádiz: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz, p. 28; SOLÍS, R. (1971). *Historia del periodismo gaditano, 1800-1850*. Cádiz: Instituto de Estudios Gaditanos.

⁴⁶⁸ DURÁN LÓPEZ, F. (2008). “Diputados de papel: la información parlamentaria en la prensa en la etapa constituyente (septiembre de 1810-marzo de 1812)”. In CANTOS CASENAVE M., DURÁN LÓPEZ F., &

sanitaria en la prensa será un elemento crucial para entender el discurso de la enfermedad que llega a la opinión pública y se genera en ella, permitiéndonos ahondar en los mecanismos que se crean en este momento para controlar los efectos de la epidemia, no solo como amenaza real, sino también como amenaza discursiva.

Como señalaba Tuñón de Lara, “el periódico es una fuente multivalente de carácter privilegiado en la historia contemporánea. Puede ser una fuente de información sobre cuestiones precisas, una fuente para expresar corrientes de opinión, actitudes políticas e ideológicas; también una fuente que recoge las mentalidades de una época (...) En fin, la prensa es, en sí misma, objeto de una historia, en este último caso el periódico es objeto y fuente a la vez”⁴⁶⁹. Es en este sentido en el que tenemos que contar con la prensa para ahondar en el discurso público que se elabora sobre la cuestión sanitaria: no solo como recurso sino como radiografía de un momento.

El tratamiento de la epidemia por parte de la prensa ha sido parcialmente estudiado por Fernando Durán y Ramón Solís⁴⁷⁰. Aún siendo trabajos de referencia en la materia, dejan cuestiones abiertas, que sobre todo en el ámbito de la construcción del discurso mediático sobre la epidemia, necesitan una revisión. La multiplicidad de publicaciones periódicas que surgen en este momento histórico —llegada a ser calificada en la época, en tono humorístico, como *diarrea de las Imprentas*⁴⁷¹— nos obligan a realizar una selección para poder hacer un análisis más exhaustivo y profundo. En este sentido, hemos optado por *radiografiar* dos de los periódicos de referencia: el Redactor General y el Conciso. Ambas publicaciones han sido consideradas como piezas claves y representativas de la prensa política de la época, diferenciándose del resto, entre otras cosas, por mantener una cobertura detallada de todo el debate en Cortes. Esto permite hacer un análisis más aproximado a ese doble flujo informativo, explicado por Durán, en el que quedaba proyectado el discurso político a través de las crónicas de Cortes y la opinión crítica de la sociedad dibujada por el filtro periodístico. Resulta, además, clave el hecho de que en ambas publicaciones se haga un seguimiento bastante regular de las

ROMERO FERRER A. (Eds.), *La guerra de pluma: Estudios sobre la prensa de Cádiz en la tiempo de las Cortes (1810-1814)* (pp. 37–286). Cádiz: Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz, p.42.

⁴⁶⁹ TUÑÓN DE LARA, M. (1973). *Metodología de la historia social de España*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, p. 174.

⁴⁷⁰ SOLIS, R. (2012). *El Cádiz de las Cortes...*

⁴⁷¹ DE TIRTE AFUERA, R. (1811). *Diarrea de las imprentas. Memoria sobre la epidemia de este nombre, que reina actualmente en Cádiz, se describe su origen, sus síntomas, su índole perniciosa, su terminación, y su curación*. Cádiz: Viuda de Comes.

discusiones en torno a la sanidad y la epidemia, utilizando sin embargo recursos compositivos y discursivos relativamente diferentes, que dan lugar a dos aproximaciones cruciales en el estudio del tratamiento mediático de la cuestión sanitaria.

4.2.1. La amenaza epidémica a través de las páginas de *El Conciso*.

Existe cierta coincidencia entre los historiadores dedicados a los medios de comunicación en señalar *El Conciso* como una de las principales referencias en el contexto político gaditano, por su influencia, duración, espíritu batallador y concepto periodístico⁴⁷². La inclusión entre sus páginas de una sección dedicada a la Crónica de las sesiones de Cortes lo convirtieron, desde el inicio del debate parlamentario, en un referente y vehículo del discurso político y la sociedad; sobre todo si tenemos en cuenta que durante los dos primeros meses de debate en Cortes, hasta que se empezara a publicar el *Diario de Cortes* en el mes de diciembre de 1810 desde el propio Congreso de los Diputados, su crónica parlamentaria imponía, en cierto modo, el tono y ritmo de la información sobre el debate político. Un margen de unos meses que no solo sirvió para que se consolidase en el ámbito de la prensa política gaditana, sino que, además, lo situó como una de las únicas crónicas político-periodísticas del foco epidémico que sorprendió a la ciudad al inicio del debate parlamentario.

Las primeras menciones sobre la epidemia realizadas en las crónicas de Cortes de *El Conciso* aparecen a mediados del mes de octubre. Coinciden con las fechas en las que el médico gaditano Bartolomé Mellado declaraba ya como contagiosa la epidemia y daba partes de enfermos sospechosos de la fiebre, no solo en las cárceles y pontones, sino en casas de la Calle de los Capuchinos, del Mesón Nuevo, de Santa María, en la Callejuela de los Piratas o en el Convento de San Francisco, entre otras⁴⁷³. La fiebre amarilla parecía *pasearse* por las calles de la ciudad a la vista de la población,

⁴⁷² SEOANE, M. C. (1968). *Historia del periodismo en España. II. El siglo XIX*. Madrid: Alianza editorial, p. 41-42; GALÁN, J. L. DE LERMA. (2011). *Prensa y Poder Político En La Cortes de Cadiz: El Proceso de Aprobación de Los Primeros Decretos Sobre La Libertad de Imprenta En España Durante El Periodo 1810-1813*. Madrid: Congreso de los Diputados, Departamento de Publicaciones; CANTOS CANTOS CASENAVE, M., DURÁN LÓPEZ, F., & ROMERO FERRER, A. (2008). *La guerra de pluma... Vol.2*, p. 60.

⁴⁷³ “Estado de los enfermos que se ha avisado a este Juzgado como sospechosos, que comprende desde el 21 de Septiembre de 1810 hasta el 4 de Octubre, enviado por Bartomé Mellado a José Colón el 4 de octubre de 1810” en MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia padecida en Cádiz...* pp. 38-43.

haciendo, por tanto, difícil de ignorar los rumores de la posible epidemia por los medios, que parecían reacios a mencionar la amenaza.

Las primeras noticias sobre el asunto aparecieron el 14 de octubre en *El Conciso*, en el que se anunciaba a través de un parte leído en Cortes por el Inspector General de Salud Pública, que había enfermos y que las enfermedades esporádicas habían disminuido sobre manera. La intencionalidad de este parte quedaba claramente expresado en el artículo: calmar los temores a los que habían dado lugar algunas voces sin fundamento⁴⁷⁴. En un momento en el que paralelamente en Cortes ya habían surgido las primeras propuestas de traslado por los rumores de la epidemia, como había sido el caso de Capmany el 6 de octubre, *El Conciso* rompía el silencio que había mantenido sobre los rumores de la fiebre optando por la cautela al reproducir estas palabras del doctor Llorente y no mencionar ninguno de los temores que habían surgido en el seno del Congreso, justo cuando cuestionaban las consecuencias de la publicidad de las sesiones. La prensa, como vínculo entre el discurso político y las inquietudes de la sociedad, adoptaba la postura de cautela asumida por los diputados, como quedaba de manifiesto en una nota al pie de página de dicha crónica de la sesión de Cortes:

“Antes de este lisonjero anuncio del distinguido profesor Llorente tenían ánimo el Conciso y el Concisin de prevenir a este publico y a cuantos países puedan llegar sus voces: que creen hijas de la malevolencia y en parte de la aprehensión las que corren de manifestarse síntomas de enfermedades epidémicas: En prueba de ello sépase que en estos mismos días ha habido alguno en que solo han salido por la puerta de tierra siete cadáveres chicos con grandes, que son menos de los que debían salir proporcionalmente a la actual población de Cádiz aun en la estación mas sana del año.”⁴⁷⁵

Tomando consciencia del impacto que sus palabras podían tener en la opinión pública, *El Conciso* mostraba esta puntualización personal como inciso a la reproducción de las sesiones parlamentarias⁴⁷⁶ para hacer también suyo este discurso *oficial* que clamaba contra esas voces, hijas de la malevolencia, que hablaban de la existencia de un foco epidémico. Una imagen que no solo era perjudicial para el control y estabilidad del Congreso y de la ciudad de Cádiz, sino que podía llegar “a cuantos países puedan

⁴⁷⁴ *El Conciso* nº XXVII. Domingo 14 de octubre de 1810, p. 1.

⁴⁷⁵ Idem.

⁴⁷⁶ Marcando con este gesto una línea divisoria con respecto a la pretendida objetividad de la reproducción de los debates de las Cortes.

llegar esas voces”, repercutiendo en la proyección internacional de la situación bélica y política de España en un momento en el que era crucial el apoyo exterior⁴⁷⁷.

Siguiendo esta línea, en su editorial se mostraban partes sanitarios que evitaban las cifras y que tendían a la mejoría constante: “Se leyó el parte de sanidad que sigue en buen estado”⁴⁷⁸, “(...) que sigue a satisfacción”⁴⁷⁹, “Cádiz continua bien”⁴⁸⁰, “se leyó con suma satisfacción que solo habían muerto aquel día 19, la mayor parte niños”⁴⁸¹, “cada día mejor”⁴⁸². Estos partes mostraban cierto contraste con la preocupación que se empezaba a generar en las Cortes, donde ya se habían presentado varias propuestas para el traslado de las sesiones y la formación de una comisión para evaluar el estado de la ciudad, y se había producido la muerte de uno de los diputados a causa de la epidemia, que quedó omitida en la prensa⁴⁸³.

El Conciso, como uno de los pocos medios que se instauró como portavoz del debate político de esos primeros meses⁴⁸⁴, estableció y delimitó el discurso epidémico en términos vagos, para mitigar el impacto que podía causar la noticia en la ciudad sitiada y, por otra parte, filtrando la información de la discusión de Cortes. En un estudio realizado por Fernando Durán sobre este periodo, aplicando el mismo modelo pero tomando como referencia el *Diario Mercantil de Cádiz*, se concluye que no encontraba en sus páginas un reflejo nítido de que la enfermedad dominara la ciudad de septiembre a diciembre de 1810⁴⁸⁵. El miedo a alarmar a la población en un momento

⁴⁷⁷ Sobre todo teniendo en cuenta los problemas financieros que empieza a presentar Gran Bretaña en 1810 y el decaimiento del entusiasmo aliado con el que se inaugura el año de 1811 cuando la situación del asedio francés se veía agravada por la situación en las colonias, como ha señalado Alicia Laspra en: LASPRA RODRÍGUEZ, A. (2005). “La intervención británica: ayuda material y diplomática”. *Revista de historia militar*, (2), 59–78.

⁴⁷⁸ *El Conciso*, nº XLVIII, domingo 18 de noviembre de 1810 (en referencia al día 14); *El Conciso*, nº LI, Sábado 24 de noviembre de 1810 (en referencia al día 20); *El Conciso*, nº. LVII, jueves 6 de diciembre de 1810.

⁴⁷⁹ *El Conciso*, nº LII, lunes 26 de noviembre de 1810 (en referencia al día 21); *El Conciso*, nº LVIII, sábado 8 de diciembre de 1810 (en referencia al 4).

⁴⁸⁰ *El Conciso*, nº L, jueves 22 de noviembre de 1810 (en referencia al 17).

⁴⁸¹ *El Conciso*, nº XLIII, lunes 12 de noviembre de 1810 (en referencia al día 9).

⁴⁸² *El Conciso*, nº LXII, Domingo 16 de diciembre de 1810 (en referencia al día 12).

⁴⁸³ La muerte de Ramón Sans de Barutell tuvo lugar el 6 de noviembre de 1810, no habiendo encontrado ninguna mención a esta defunción en *El Conciso* ni en *El Diario Mercantil de Cádiz* desde el martes 6 al sábado 10 de noviembre de 1810.

⁴⁸⁴ Entre los que destacan *El Conciso* y *El Diario Mercantil de Cádiz*.

⁴⁸⁵ RAMOS SANTANA, A. (2008). “La vida cotidiana en el Cádiz de las Cortes. El recurso a la prensa como fuente para su estudio”. In CANTOS CASENAVERA M., DURÁN LÓPEZ F., & ROMERO FERRER A.

tan crítico parece la opción más plausible a la hora de interpretar este silencio informativo.

El discurso sanitario elaborado por *El Conciso* sufrió cambios en los años 1811 y 1812. Durante este periodo, la epidemia parecía no tener un impacto muy visible en la población española, pese a haber saltado la alarma en varias ocasiones sobre la existencia de fiebre amarilla en todo el Levante. Así lo comunicaba la Comisión de Sanidad Pública a las Cortes el 19 de agosto de 1811⁴⁸⁶. La amenaza seguía siendo real, pero el debate sanitario giraba en torno a dotar de una organización coherente a las instituciones encargadas de la sanidad pública, para poder establecer medidas preventivas que evitase los efectos perjudiciales que había tenido la epidemia en 1810. Este tema, junto a las controvertidas luchas de poder entre la Junta de Sanidad y el Protomedicato, no parecía tener un interés mediático importante. La epidemia parecía no ser noticia; sobre todo en 1812: año en que los frentes de guerra van ofreciendo resultados favorables a las tropas españolas, y se publica la Constitución que va recibiendo el reconocimiento por las distintas provincias ya liberadas del yugo francés. Como parte de la reproducción del debate de Cortes, sin embargo, encontramos escuetas referencias en *El Conciso* a la entrega de memorias médicas, la formación de las Comisiones de Salud Pública y la colaboración médica en ellas o alguna referencia a la formación del protomedicato y la posibilidad de rehacer su reglamento⁴⁸⁷.

Existe sin embargo una polémica en el mes de abril de 1811 en torno al Hospital militar de San Carlos, donde el eco del discurso mediático de *El Conciso* va a ser crucial en el ámbito sanitario. El 20 de abril de 1811, en el número 20 de dicho periódico, se publicaba una carta firmada por el médico del hospital militar de San Carlos, J. A. Villarino, dirigida como un *Aviso a los hombres sensibles*. En ella se hacía eco de las condiciones de miseria e inanición en las que se encontraban los militares, “esos héroes de la patria”, ingresados en ese hospital. A raíz de esta noticia se generó un debate que no solo tendría un impacto en la opinión pública –dedicándole

(Eds.), *La guerra de pluma. Estudios sobre la prensa de Cádiz en el tiempo de las Cortes (1810-1814)* (Vol. 3, pp. 21–101). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz, pp. 66-67.

⁴⁸⁶ A.C.D. P-01-000020-0124-0001. “Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz”.

⁴⁸⁷ *El Conciso*, nº12, Jueves 24 de enero de 1811. Se nombraron para la Comisión de Sanidad Pública a Mexía, Oliveros y Teran; *El Conciso*, nº36. Martes 12 de marzo de 1811. Lorente, inspector de sanidad pública, entregó un ensayo relativo al objeto de su inspección; *El Conciso*, nº37. Jueves 14 de marzo de 1811.

más de seis números de *El Conciso* en los subsiguientes días— sino que trascendería al debate político de las Cortes.

Al día siguiente de ser publicado este artículo, el diputado Villanueva hizo la proposición en el Congreso de que se pidiera cuentas al Consejo de Regencia sobre la verdad de lo contenido en sus líneas. El asunto se resolvió con el nombramiento de una comisión formada por los diputados Joaquín Lorenzo Villanueva y Andrés Esteban para inspeccionar el hospital y con la recaudación de un fondo para el reabastecimiento y reforma de la institución. Dicha inspección, la primera de una serie, la harían los diputados acompañados del oficial del periódico, como relataba Villanueva en su diario, y quedaría plasmado en las páginas del periódico⁴⁸⁸. Este episodio, aunque aislado, debe considerarse como un elemento de gran relevancia a la hora de la creación de un discurso público sobre la sanidad y el papel de la prensa. El periódico deja de ser simplemente un transmisor del discurso oficialista de las Cortes proyectado a la opinión pública, para convertirse en un medio que, además, proyecta hacia los diputados las preocupaciones surgidas dentro de la opinión pública, generando y motivando el debate político. Ese flujo de información en sentido bidireccional —del público a las Cortes y viceversa— del que ha hablado Fernando Duran⁴⁸⁹ tiene un impacto no solo a la hora de generar un discurso sobre la sanidad, sino que además, como es en este caso, situaba la cuestión de la gestión sanitaria en el debate político.

Diluido el debate sanitario entre los avatares políticos que dominan la prensa y la arena pública en el año de 1812, la alarma sobre una epidemia reactivó el discurso mediático en torno a la enfermedad a principios de la estación calurosa. En marzo, una noticia aislada de cinco líneas sobre la fiebre amarilla en Tenerife aparece publicada sin que parezca trascender en la prensa de los subsiguientes días⁴⁹⁰. Sin embargo, en el mes de junio parece haber saltado la alarma en Sevilla y en Cádiz sobre la existencia de peste. En este caso, *El Conciso* adquiere de nuevo la función de mitigador de rumores y de portavoz del discurso público adoptado por el poder político:

“Creemos conveniente llamar la atención pública sobre este punto, recordando que el Gobierno, la Junta de Sanidad, la policía y la vigilancia sabrán muy bien emplear dobles esfuerzos, si fuesen necesarios, por la conservación de la salud pública, y mucho más en una

⁴⁸⁸ VILLANUEVA, J. L. (1860). *Mi viaje á las Córtes...*, p. 219.

⁴⁸⁹ Véase nota 468.

⁴⁹⁰ *El Conciso* nº5, miércoles 25 de marzo de 1812, p. 6.

época a en las que las calamidades del resto de la Península amenazan con mayores estragos.”⁴⁹¹

El artículo señalaba como culpable de la presunta epidemia reinante en Sevilla a la mayor de las pestes: *la necesidad*, que, aunque no era contagiosa, se había llevado a mucha gente durante el conflicto. La huella del hambre y los estragos económicos y demográficos derivados del conflicto bélico servían, en este caso, para derivar la atención de la epidemia hacia otro de los problemas que experimentaba la nación⁴⁹².

Sin embargo, el caso de Cádiz era diferente. Aquí los rumores de epidemia no podían ser desmentidos por el periódico. No obstante, esta vez no se trataba de fiebre amarilla sino de la viruela, que parecía haberse extendido por la ciudad. La polémica residía en este caso, en el hecho de que, a diferencia de la primera, existía una vacuna para luchar contra la enfermedad, siendo España —paradójicamente— el país que había llevado a cabo una de las mayores empresas científicas para la difusión de la vacuna por todos sus territorios. La Real Expedición filantrópica de la vacuna puesta en marcha por Xavier Balmis y José Salvany en el año 1803 había conseguido, entre otras cosas, establecer Juntas de Vacunación por todo el territorio español para difundir su tratamiento, tal y como establecía el Real Decreto del 21 de abril de 1805. Sin embargo, como demostraba el foco epidémico que vivía la ciudad de Cádiz en 1812, el efecto de la difusión de la vacuna no había sido el esperado⁴⁹³. “Vergüenza da —apuntaba *El Conciso*⁴⁹⁴— que el mundo sepa que cuando la Providencia nos ha dado medios de preservarnos de esta peste por medio de la vacuna, la ignorancia se empeñe todavía en oponerse al disfrute de tan gran beneficio”. El silencio asumido por *El Conciso* posteriormente en referencia a las viruelas, da a entender que el impacto de la

⁴⁹¹ *El Conciso* n°4, jueves 4 de junio 1812, p. 2.

⁴⁹² La crisis de subsistencia que se da de forma generalizada en España durante la guerra de Independencia, más específicamente en 1812, y su impacto demográfico ha sido trabajada por autores como Ronald Fraser y Esteban Canales. Véase: CANALES, E. (2002). “El impacto demográfico de la Guerra de la Independencia”. In *Enfrontaments civils: postguerras i reconstrucció* (pp. 211–230). Lleida; FRASER, R. (2006). *La maldita guerra de España: historia social de la guerra de la Independencia, 1808-1814*. Barcelona: Crítica, pp. 759-760.

⁴⁹³ RAMÍREZ MARTÍN, S. M. (2004). “El legado de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1810): las Juntas de Vacuna”. *Asclepio*, 56(1), 33–62; RAMÍREZ MARTÍN, S. M., & TUELLS, J. (2011). “Francisco Xavier Balmis y las Juntas de Vacuna, un ejemplo pionero para implementar la vacunación”. *Salud Pública de México*, 53(2), 172–177; FRÍAS NÚÑEZ, M. (1992). *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del antiguo régimen: Nueva Granada en el tránsito del siglo XVIII al XIX, las epidemias de viruelas*. Madrid: CSIC.

⁴⁹⁴ *El Conciso* n°4, jueves 4 de junio 1812, p. 3.

epidemia no fue tan grave. Aun así fue una cuestión que ocupó a los periódicos de referencia de la época y que seguiría generando debates científicos y políticos sobre los límites de la actuación para detenerla⁴⁹⁵.

Asemejándose a las epidemias, que seguían ritmos cíclicos desapareciendo en invierno para reactivarse con el calor, el interés mediático por los asuntos sanitarios parecía seguir idéntico mecanismo. Hubo que esperar hasta la primavera de 1813 para ver reactivado el debate en la prensa. El primer artículo que reabre la discusión lo hace con una pregunta provocadora: *¿la epidemia retoña?* El redactor, presentando una investigación que parece sacada del archivo del propio *El Conciso* —el “mamotreto del Conciso”, como lo puntualiza él mismo—, trae a la mesa un debate que, tanto en el plano científico como en el popular resultaba una cuestión clave en ese periodo. ¿Fue la epidemia de 1810 la misma que las de 1800, 1803 o 1804?, ¿debería preocuparse la gente de que retornase la epidemia? La cuestión enfrentaba a renombrados médicos sobre el carácter y origen de la enfermedad⁴⁹⁶, convirtiéndose en un asunto clave del componente mediático. En primer lugar, porque los rumores de la estacionalidad de la epidemia, tras los que se ocultaba el sentimiento de impotencia ante el inevitable resurgimiento anual de la enfermedad, generaban miedo en la sociedad; y el miedo, como ya hemos apuntado previamente, era una amenaza peligrosa en ese periodo de turbulencias políticas. En un segundo plano, la estación calurosa y el peligro de la epidemia coincidía en esos momentos con el debate sobre el traslado de las Cortes, convirtiéndose en un factor y argumento clave, como hemos podido comprobar previamente, en el posicionamiento ante dicha cuestión.

La postura de *El Conciso*, va a mantener la línea de cautela que lo había caracterizado durante la epidemia de 1810, con la diferencia de que asistimos a una mayor politización del discurso epidémico, paralelo al que estaba ocurriendo en Cortes en ese momento con respecto al traslado. Si en un primer momento el tema sanitario era tratado desde el espacio relativamente parcial que ofrecía la reproducción de los

⁴⁹⁵ A.C.D., P-01-000017-0019. “Memoria de Felix González acerca de la inoculación de la vacuna.1813”; GONZÁLEZ, F. (1814). Discurso médico-político sobre el Estado de abandono en que se halla la práctica de la vacuna, y los medios que pudiéramos emplear en España para hacerla permanente, hasta la extinción del contagio de la viruela. Madrid: Imp. de Sancha

⁴⁹⁶ Mariano y Jose Luis Peset exploran en su libro *Muerte en España* las dificultades en el diagnóstico que confrontaron las distintas visiones sobre el contagio en España desde la epidemia de 1800, incluyendo la ocurrida a partir de 1810 y que ofreció diferentes puntos de vista y tratamiento propuestos por médicos como Tadeo Lafuente, Arejula o Bartolomé Mellado. Véase: PESET, M., & PESET, J. L.. (1972). *Muerte en España...*, pp. 155-168.

debates de Cortes, en años posteriores —y sobre todo a raíz del debate del traslado— lo encontramos desplazado a un espacio editorial más abierto al intrusismo de la opinión y posicionamiento político de sus redactores.

De corte abiertamente liberal, parece lógico pensar que las palabras de *El Conciso* considerando “cuentos de viejas” la opinión del retoño de la epidemia en un artículo titulado *¿En qué quedaremos? Piensa el Gobierno en salir de Cádiz*⁴⁹⁷, son un claro reflejo del uso político-mediático del discurso sobre la epidemia. Este debate iba subiendo de tono con el paso de los meses coincidiendo con el tiempo en que el que el rumor de epidemia parece más extendido, y su discurso se ve del todo instrumentalizado por la clase política. Así en septiembre, en el momento en el que debate sobre el traslado de las Cortes se encuentra en el momento más álgido, aparecen las siguientes declaraciones en *El Conciso*:

“Todos los medios para instalar las Cortes en Madrid han salido hueros: aun el *espantar* con la peste de Malta de nada sirve, pues que en septiembre ya habrá en Cádiz mas de 100 diputados de las futuras Cortes: esta voz de *existir epidemia* aquí, es muy *política*, mucho; pero llega tarde y no producirá el efecto deseado: llegarán los diputados; verán el engaño y el embrollo; y se nos reirán más en nuestras barbas.”⁴⁹⁸

Las voces que propagan el rumor de la epidemia se trataban, según este medio, en constructos políticos, y siguiendo su asumida responsabilidad de apaciguar el miedo y su impacto, *El Conciso* seguirá la línea editorial de modelar el discurso para desmentir y apaciguar la opinión pública, aunque en este periodo lo haga politizando sus palabras y marcando su posicionamiento⁴⁹⁹. En este sentido, no es de extrañar que el formato en el que quedaban expresadas estas palabras citadas previamente sea el de una Carta remitida por el mismo *El Conciso*. El formato epistolar era el más abierto y con menos filtros a la hora de publicar las opiniones, críticas, preguntas o cualquier otro tipo de texto, que a título personal y subjetivo, enviaban los lectores. El hecho de auto-remitirse a una carta demuestra los medios que estaba utilizando el periódico para posicionarse, y introducir un discurso más crítico en el tema de la epidemia y el

⁴⁹⁷ *El Conciso* nº10, lunes 10 de mayo de 1813, pp. 2-3.

⁴⁹⁸ *El Conciso* nº8, miércoles 8 de Septiembre de 1813, p.4-5. *Carta que el Conciso se remite a sí mismo*.

⁴⁹⁹ Véase el artículo de *El Conciso* nº14, del 14 de Septiembre de 1813 bajo el título: *Algunas ideas médico-político-concisaes*.

traslado de Cortes sin comprometer la línea editorial y el rigor periodístico pretendido por la prensa política emergente.

A lo largo del análisis de *El Conciso* hemos podido comprobar cómo la cuestión sanitaria, principalmente epidémica, adquiría distintas facetas dentro del lenguaje mediático. Aunque en términos generales este hacía las veces de filtro del discurso público de la enfermedad en aras de evitar las consecuencias políticas del miedo generalizado, hemos podido apreciar también cómo invertía la dirección de la información, siendo el origen e instigador del debate, como fue el caso del hospital de San Carlos. Sin embargo, la prensa sirvió también como herramienta para fomentar actitudes de prevención e instigador y foro para la difusión de medidas y la denuncia de actitudes nocivas en la lucha contra la epidemia. Esta faceta, aunque poco visible en los tres primeros años de tirada del periódico fue, sin embargo, apreciable durante la epidemia que en 1813 parecía amenazar toda la península desde Gibraltar. El artículo publicado en el número del 30 de junio de 1813 bajo el título *Todo se necesita y aun más*⁵⁰⁰, en el que se habla de las medidas tomadas por el ayuntamiento de Cádiz y se exhorta a hacer lo mismo a las demás provincias, es un claro ejemplo de ello; así también lo demuestran sus palabras en el artículo *Abrir el ojo*⁵⁰¹, al fomentar la seguridad y evitar –también denunciar– a los que trampeaban con la entrada de barcos provenientes de zonas infectadas, como Malta, desde Gibraltar.

El complejo equilibrio de mantener la postura de que la epidemia era un ilusorio rumor político junto con la amenaza real que cada vez se hacía más palpable, muestra un complejo panorama mediático en este momento que nos ayuda a comprender estos artículos fomentadores de actitudes preventivas. Todo parece quedar en una posibilidad —nunca admitida— de la que hay que precaverse: Así encontramos indicaciones como: “Nos aseguran hoy en Mahón se siente ya síntomas de dicha peste: *sea cierto o deje de serlo* repetimos (y acaso haremos un artículo diario en nuestro periódico sobre este asunto) que el gobierno, la sanidad, la policía y los particulares deben estar todos con cien ojos abiertos”⁵⁰², o “si realmente la hay en Gibraltar (la epidemia), solo resta tomar medidas mas rigurosas: el cordón es lo mas esencial: la menor infracción (...)

⁵⁰⁰ *El Conciso* n° 30, miércoles 30 de junio de 1813, pp. 2-3.

⁵⁰¹ *El Conciso* n° 20, domingo 20 de junio de 1813, pp. 5-6.

⁵⁰² *El Conciso* n° 21, sábado 21 de agosto de 1813, p. 7.

debe ser un crimen irremisible”⁵⁰³.

La utilización de este lenguaje ambiguo es una clara muestra del difícil equilibrio del discurso y posicionamiento de la prensa en torno a la cuestión epidémica. Informar pero al mismo tiempo medir el impacto y las consecuencias de esas palabras; evitar negar la realidad, pero al mismo tiempo no alentar los rumores. Pero el discurso también se construye con la interpretación del que lo lee y la política discursiva por la que opta *El Conciso* —admitiendo “posibles”— va a servir de herramienta lingüística para generar aquellas murmuraciones que pretendía desalentar. El lenguaje se presenta, por tanto, como un arma peligrosa, tal como se pone de manifiesto en un artículo del día 20 de septiembre:

“No investigaremos si ha habido epidemia en Cádiz desde que se cacarea tanto que la hay: el tiempo ha respondido a esto: tampoco trataremos de si realmente existe en el día; no somos para decidir de este punto; solo remitiremos a los lectores a cuanto queda publicado en nuestros números anteriores en las sesiones; (...) a los que les baste la *posibilidad* para tomar medidas lo dejamos en su opinión; pero no callaremos contra ello, si se valen de esta *posibilidad* para esparcir rumores perjudicialísimos, y mucho menos si llegamos a traslucir que de ellos como de instrumentos se valen los malévolos para sus inicuos fines. En esta duda solo diremos que la *posibilidad* existe, y habremos dicho una necia verdad. Por si acaso hubiese la tan deseada (por algunos) epidemia, advertimos a los *deletreadores* que mastiquen nuestras expresiones o no abran su boca para nada.”⁵⁰⁴

No podemos ignorar que estas palabras aparecen escritas el mismo día en el que se procede a cerrar las Sesiones Extraordinarias después de cinco días de un debate centrado en la cuestión del traslado y su vinculación con la amenaza de la epidemia. Habiéndose clausurado las sesiones sin determinar el traslado a Madrid, la sombra de la epidemia que empezaba a hacer grandes estragos entre los diputados, mantenía vivos los rumores y parecía señalar a medios como *El Conciso*, poniendo en duda su capacidad de informar sobre esta epidemia sin entrar en el juego político de rumores y posicionamientos. Es en este contexto en el que hay que entender estas palabras insertas en un artículo que dedica seis de las ocho páginas del número a la fiebre amarilla. Un número de páginas ejemplarmente largo para un solo tema en prensa, lo que mostraba hasta qué punto la cuestión epidémica se había mediatizado en esos

⁵⁰³ *El Conciso* nº 14, martes 14 de Septiembre de 1813, p. 1.

⁵⁰⁴ *El Conciso* nº 20, lunes 20 de Septiembre de 1813, p. 4.

momentos. En ellas, a modo de auto-justificación, se revisaba la línea discursiva del periódico ante la fiebre amarilla desde finales del mes de agosto, bajo la premisa de que “ningún periódico ha estado más vigilante que *El Conciso* en investigar y hablar acerca de la salud pública para llamar la atención del gobierno y Juntas de Sanidad sobre este punto tan interesante”⁵⁰⁵. Ante la conmoción de la decisión política de permanecer en Cádiz, *El Conciso*, como parte de su estrategia editorial, abría la puerta a la *posibilidad* de la existencia de la epidemia y a su papel divulgador del estado sanitario, frente a las críticas aparentemente dirigidas a su periódico por aquellos a los que llama *deletreadores*, a los que acusa de no saber leer su periódico. El “murmullo” lleno de intereses y pasiones que se había generado en torno al traslado y la epidemia, se confrontaba en el artículo con la tranquilidad pública que “nada padece”⁵⁰⁶; sin duda, uno de los objetivos que había perseguido la prensa.

La cuidada composición del artículo y la selección del lenguaje, como podemos apreciar en el fragmento citado, nos permiten comprobar hasta que punto la elaboración del discurso en torno a la fiebre amarilla se convirtió en un elemento central y lleno de complejos equilibrios a la hora de enfrentar el problema epidémico, tanto mediática como políticamente, en un momento tan crítico como el del traslado de las Cortes. De una forma magistral, este número 20 de *El Conciso* cerraría con el epigrama compuesto por Francisco Sánchez Barbero, editor del periódico desde 1812, sobre el lugar de importancia que ocupaba en esos momentos la fiebre amarilla en el debate político español:

“Como el Corso está *jugando*
Al Congreso en la Bohemia,
Así en Gibraltar y en Cádiz
Jugamos a la epidemia”⁵⁰⁷

⁵⁰⁵ Idem, p. 1.

⁵⁰⁶ Idem, p. 5. “Es casi general la conmoción de los animos con tan inesperada resolución. Murmuran los unos según sus intereses; murmuran los otros según sus pasiones; murmuran estos porque oyen murmurar a aquellos; pero la tranquilidad pública nada padece:(...)”.

⁵⁰⁷ Idem, p. 7 (cursiva del texto original); Ana María Freire López ha ubicado este epigrama en la publicación del *Diario Crítico de Sevilla*, del 25 de septiembre de 1813 (Vol.249. p.252), por lo que la del 20 de septiembre en *El Conciso*, periódico en el que además el autor era editor, podría ser la publicación original. Su publicación posterior en otros medios es un reflejo de la popularidad que tiene el epigrama en ese periodo en el que la cuestión epidémica sigue estando a la orden del día. FREIRE LOPEZ, M. (1993). *Poesía popular durante la Guerra de la Independencia española (1808-1814): índice de las composiciones publicadas en la prensa periódica y en folletos de la Colección Documental del Fraile*. Boydell & Brewer Ltd, p. 44.

Efectivamente, en un momento en el que en el norte de Europa se dirimía la situación de las tropas napoleónicas en el reino de Bohemia tras haberle declarado Austria la guerra a Napoleón —apoyada por la llamada “sexta coalición” —, en España la arena pública y mediática habían sido invadidas por la epidemia, que monopolizaba los debates del traslado de las Cortes. Un problema que, como apuntaba en tono humorístico Sánchez Barbero en su epigrama, se había convertido en un *juego* en el que participaba tanto la clase política como los medios con su discurso. Y al que continuarían *jugando* durante los meses que anteceden al traslado definitivo de las Cortes a Madrid, convirtiendo el tema sanitario en una constante en las publicaciones periódicas⁵⁰⁸.

4.2.2. Preocupación sanitaria al amparo del lenguaje científico: *El Redactor General*.

Si bien *El Conciso* marcó una pauta clave en este proceso de construcción del discurso mediático de la enfermedad y de la sanidad pública, existieron otras publicaciones periódicas que se valieron de distintas estrategias a la hora de configurar el lenguaje y la recepción de las ideas sanitarias. Uno de los casos más paradigmáticos, en contraste con la línea editorial seguida por *El Conciso*, es el del *Redactor General*. Considerado también un periódico de corte liberal, apareció en escena en junio de 1811, tras la aprobación de la libertad de imprenta, constituyéndose como una clara competencia para *El Conciso* en el ámbito de la prensa política⁵⁰⁹.

Nacido casi un año después de la epidemia de fiebre amarilla padecida en 1810, *El Redactor General* parecía haber asumido desde su primer número, la importancia mediática que adquiriría el problema de la salud en el ámbito social y político. Al igual que lo hiciera *El Conciso*, se erigiría como transmisor del debate político en su sección de *Cortes*, incluyendo también los partes sanitarios que manejaban los políticos. A diferencia del primero, *El Redactor General* ofrecía las cifras concretas de muertos

⁵⁰⁸ Se realizan tablas casi diarias de la evolución del número de muertos en los meses de septiembre y octubre de los distintos años; aparecen además constantes reflexiones “imparciales” sobre los debates que se habían iniciado el día 16.

⁵⁰⁹ SÁNCHEZ HITA, B. S. (2010). “El Redactor General (1811-1814) de Pedro José Daza o cómo hacer un gran periódico en el Cádiz de la”s Cortes”. *Cuadernos de Ilustración y Romanticismo* Revista Digital del Grupo de Estudios del Siglo XVIII Universidad de Cádiz, 16, p. 12.

frente a los partes sanitarios difusos de *El Conciso* que, además, había dejado de publicar dichos partes una vez que la amenaza epidémica se había considerado desaparecida.

Escasamente estudiado desde el punto de vista sanitario, *El Redactor* ofrece, sin embargo, una particularidad en la construcción del discurso público de la enfermedad⁵¹⁰: desde el primero hasta el último de sus números, este periódico dedicaría una sección mensual al estado meteorológico de la ciudad, que incluía un apartado sobre el *Estado de las enfermedades que reinaron en ese mes*, acompañado de una tabla necrológica completada, a veces con datos censales de la población⁵¹¹. Firmado por Francisco Flores Moreno, esta sección constituía una auténtica novedad tanto desde el punto de vista formal como de contenido.

En primer lugar, a través de esta sección fija mensual, el tema sanitario dejaba de estar sujeto a la estacionalidad que había caracterizado tanto el ciclo de ciertas enfermedades como el interés por ellas en la prensa. La preocupación sanitaria pasaba a formar parte integral del periódico y se convertía en un asunto cotidiano del sumario de la publicación. La segunda particularidad, y quizás la más importante a la hora de analizar la configuración del discurso, es la utilización de un lenguaje técnico-científico a la hora de tratar la cuestión sanitaria. Tengamos en cuenta que se trata de una publicación periódica no especializada y dirigida a un público general. Así, la introducción de este tipo de lenguaje establecería, como podremos comprobar, unos parámetros únicos de aproximación discursiva y de interpretación del problema sanitario.

Este elemento está relacionado, además, con la autoría de los artículos: la discusión y la elaboración de la información sobre la salud pública no quedaba reducida al criterio del editor o la opinión de un redactor acostumbrado a analizar la información política, sino que quedaba sustentada bajo el criterio y análisis de un miembro del cuerpo médico-quirúrgico, con las implicaciones que esto pudiera tener en la configuración de una relación de confianza.

Desde el día 29 de junio de 1811, cuando aparece la primera de estas secciones

⁵¹⁰ Citado puntualmente en alguna ocasión, no existe un estudio sistemático de su publicación mensual de la información sanitaria y meteorológica de la ciudad de Cádiz.

⁵¹¹ Esta sección era generalmente publicada en la última semana del mes y contenía el análisis del mes anterior.

firmadas por Francisco Flores Moreno, el discurso sobre la salud se fue configurando, por lo tanto, bajo el amparo del lenguaje científico elaborado por el médico-cirujano y desde el reconocimiento de su posición: médico de Cámara del rey y Catedrático de un Real Colegio, honores con los que era presentado en el artículo⁵¹² y a los que luego se le sumaría el de protomédico de la ciudad⁵¹³. El flujo de información se establecía desde una posición superior de autoridad revistiendo el discurso de cierta aura de veracidad.

⁵¹² Con estos datos queda presentado el autor de esta sección en el primero de sus número (*El Redactor General* n.15, sábado 29 de junio de 1811, p.56)

⁵¹³ Flores Moreno había sido nombrado Protomédico de la ciudad de Cádiz el 13 de octubre de 1811, puesto que desempeó hasta el 17 de 1813, en el que dimitió por ser incompatible con la nueva forma del Ayuntamiento constitucional. Véase: Archivo General de la Marina. (A.G.M.), Expedientes personales, 2898, Exp. 57. Expediente de Francisoc Flores Moreno.

DIARIO METEOROLOGICO CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 1811.

Días.	Horas.	Baromet.	Termo- metro.	Tiempos y Estacion.	Vientos.	Días.	Horas.	Baromet.	Termo- metro.	Tiempos y Estacion.	Vientos.
1	9 12 5	28.1 28.2 28.1	16. 16. 16.	sereno.	E. E. N. E.	17	9 12 5	28. 28.1 28.1	14. 15. 15.	ser. no. id. id.	O. O. O.
2	9 12 5	28.1 28.1 28.1	16. 17. 18.	id.	N. E. E.	18	9 12 5	28.1 28.1 28.1	14. 15. 15.	nublado. celages. sereno.	N. O. O. S. O.
3	9 12 5	28.2 28.2 28.2	16. 17. 19.	id.	E. N. E. N. E.	19	9 12 5	28.1 28.1 28.1	14. 15. 14.	id. id. id.	O. O. O.
4	9 12 5	28.2 28.2 28.2	17. 18. 18.	id.	N. E. E. E.	20	9 12 5	28.1 28.1 28.1	14. 15. 15.	id. id. id.	O. O. O.
5	9 12 5	28.2 28.2 28.2	17. 19. 19.	id.	N. E. N. E. N. E.	21	9 12 5	28.1 28.1 28.1	14. 14. 15.	nublado. id. sereno.	S. O. O. O.
6	9 12 5	28.2 28.2 28.1	17. 19. 19.	id.	N. O. N. O. N. O.	22	9 12 5	28.1 28.1 28.1	14. 14. 15.	id. id. id.	S. O. O. O.
7	9 12 5	28.2 28.1 28.1	18. 19. 19.	id.	O. O. O.	23	9 12 5	28.1 28.2 28.2	15. 16. 16.	id. id. id.	O. O. O.
8	9 12 5	28. 27.11. 27.11.	17. 18. 19.	id.	S. O. O. O.	24	9 12 5	28.1 28.2 28.2	16. 16. 16.	id. id. id.	O. O. E.
9	9 12 5	28. 27.11. 27.11.	18. 19. 19.	id.	O. O. S. O.	25	9 12 5	28.1 28.1 28.1	17. 17. 17.	id. id. id.	O. E. E.
10	9 12 5	28.1 28.1 28.1	16. 16. 17.	id.	S. O. O. O.	26	9 12 5	28.1 28.1 28.2	16. 17. 17.	id. id. id.	S. O. S. O. S. O.
11	9 12 5	28. 27.11. 27.11.	16. 16. 17.	celages. nublado.	S. O. O. O.	27	9 12 5	28.2 28.2 28.2	16. 16. 17.	id. id. id.	S. O. O. O.
12	9 12 5	27.11. 27.11. 27.11.	16. 17. 17.	id.	S. O. S. O. S. O.	28	9 12 5	28.1 28.1 28.1	15. 16. 16.	id. id. id.	O. O. O.
13	9 12 5	27.10. 27.10. 27.10.	16. 16. 16.	Huvia.	S. S. S. S. S. S.	29	9 12 5	28.1 28.2 28.2	17. 18. 19.	id. id. id.	E. E. E.
14	9 12 5	27.10. 27.11. 27.11.	14. 14. 15.	id.	S. O. S. O. S. O.	30	9 12 5	28.2 28.2 28.1	17. 18. 18.	id. id. id.	O. E. S. E.
15	9 12 5	28.1 28.1 28.1	14. 14. 14.	sereno.	S. O. S. O. S. O.	31	9 12 5	28.2 28.1 28.1	16. 17. 18.	id. id. id.	S. O. S. O. S. O.
16	9 12 5	28.1 28.1 28.1	14. 15. 15.	Huvia.	S. O. S. O. S. O.	31	9 12 5	28.1 28.1 28.1	16. 17. 18.	id. id. id.	S. O. S. O. S. O.

ESTADO

DE LOS QUE HAN FALLECIDO EN ESTA CIUDAD DE CADIZ
EN EL MES DE MAYO DE 1811.

Ferros- quetas.	Sacerdo- tes y Re- ligiosos.	Deporti- zo.	S. Juan de Dios.	Hospital Real.	Hospital de muer- tes.	Parvu- los.	Puerta de tier- ra.	Hospital de fran- ceses.	Total.
1	2		1	2	1	1			8
2	2		2	2	1	1			6
3	1		2	2	1	3		1	9
4	6		1	2	1	2			13
5	2			2	1	2			6
6	2			1	1	2			6
7	2		1	1	1	2			6
8	2			1	1	2			6
9				1	1	2			4
10	1				2	5			11
11	5				2	2			9
12	1			2	3	4			10
13	1		1	1	1	1			6
14	2		2	1	1	1			7
15	2				1	3			6
16	2		1	1	5	1			11
17	2				2	4			8
18	1				2	1			4
19	3			1	1	3			8
20	1			1	1	6			9
21	1			1	2	3			6
22	2				1	2			5
23	1				1	2			4
24	2				1	2			5
25	1				1	5			7
26	2				2	3			7
27	3			2	1	3			9
28	1				1	1			3
29	6				1	2			9
30	2				6	1			9
31	2				6	1			9
65	1	12	22	21	11	51	1	2	220

munas, pero de éxito feliz. Se han visto algunas fiebres pútridas y malignas, mas han sido muy raras, del mismo modo que las fluxiones de pecho y pleuresias biliosas. Cádiz 1. de junio de 1811.
N. Debemos estas observaciones al Dr. D. Francisco Flores Moreno, Médico de S. M. y Catedrático de Botánica del Real Colegio de S. Fernando, cargo laboriosidad y conocimientos son bien notorios. Iguaes trabajos se publicaran cada mes.
Nacidos en el mes de mayo 192. — Matrimonios celebrados en dicho mes 77.

Imprenta del Estado Mayor general.

Enfermedades que han reinado durante el mes de mayo de 1811.

Segun resulta del diario met. orológico adjunto, la constitucion actual ha sido mucho menos seca y mas calida que la del mes anterior, sin embargo de los brizos del O. y O. N. que han reinado, especialmente de parte de tarde, en que han refozado demasiado. Esta temperatura ha acarreado un nuevo orden de enfermedades, en las que el caracter bilioso ha dominado sensiblemente. Las fiebres intermitentes han guardado un tipo tercianario, y han cedido con facilidad al tratamiento metódico.

Se han observado algunos exantemas (erupciones con fiebre), con especialidad escarlatinas, particularmente en los parvulos. Esta erupcion, aunque benigna en su estado agudo, ha ocasionado en su convalecencia la anasarca (hidrogenea general) que es consiguiente a la impresion del aire atmosférico: las cantáridas, los diuréticos y los tónicos han triunfado de esta fatal terminacion. No solamente ha reinado la escarlatina benigna, sino que tambien se han observado algunas de la especie dicha angiosa, que induciendo úlcera putrida en la garganta, han terminado funestamente. Entre estas enfermedades eruptivas tenemos mencion de una fiebre continua bastante grave, que ha reinado en el pueblo y aun en los hospitales, habiendo sido uno de sus principales sintomas una erupcion miliar. La enfermedad ha comenzado por dolor de cabeza agudo, angustia general, pulso firme, lleno y duro en el principio, haciéndose despues desigual y vibrante, pero sin sobresaltos tendinosos. Ha habido variedad relativa a algunos sintomas concomitantes: en unos se han declarado ataques de garganta, de pecho: en otros la diarrea: esta debilitaba los enfermos, de suerte que ni ha convenido protegerla; ni hacerla cesar de repente. El sudor ha sido saludable, cuando aparecia con un pulso dilatador mas cuando se presentaba en un estado contrario, era mal indicante. Cuando la erupcion miliar ha parecido en el curso de la enfermedad, ha sido favorable a algunos. La enfermedad no tenia ni sintoma de putridéz, ni caracter maligno. Se ha juzgado comunmente del 7 al 11, y las mas veces bien; la convalecencia ha sido corta. Esta fiebre no ha invadido sino a los jóvenes y robustos: el regimen anti-flogístico, alguna cantárida volante, y las bebidas diaforéticas han llenado completamente las primeras indicaciones: las segundas se han satisfecho con el plan tónico y corroborante. Las afeciones erisipelas han sido muy co-

Imagen 3: Sección mensual escrita por Flores Moreno con el diario metereológico, estado de salud y defunciones de la ciudad de Cádiz publicada en el Redactor General el 29 de junio de 1811.

Partimos de la idea de que el reconocimiento del estatus del médico como profesional o experto fue parte de un proceso que, en términos generales, no alcanzó su cenit hasta finales XIX, vinculado a la adquisición de un “monopolio cognitivo” y a la tendente concentración y control de la práctica o actividad curativa⁵¹⁴. Un proceso que sin duda, y como veremos en el próximo capítulo, estuvo muy vinculado al desarrollo de un entramado de instituciones médicas y a la consecución de un reconocimiento de su estatus y legitimación institucional de su práctica por el poder⁵¹⁵.

Sin embargo, no debe pasar desapercibida la transformación que a final del siglo XVIII y en estos primeros años del XIX se había producido en el ámbito de la medicina española, y en particular de la cirugía asociada a la Armada Española. La unificación de la enseñanza de la medicina y de la cirugía en seno de los Reales Colegios de Cirugía en 1791, con el de Cádiz a la cabeza, había supuesto un paso clave en el proceso profesionalización de la cirugía y el reconocimiento político de los médico-cirujanos⁵¹⁶. Por una parte, esta unificación había supuesto la culminación de una reforma que otorgaba cierto monopolio de la enseñanza y práctica médico-quirúrgica a los Reales Colegios, al investirlos con la capacidad de otorgar ambos títulos. Por otra parte, esta institución y sus reformas habían crecido al amparo de la Armada y de los intereses de la Corona borbónica y, por tanto, habían recibido el apoyo institucional para dar forma legar a este proceso de institucionalización⁵¹⁷. Estos cambios parecían

⁵¹⁴ Véase: GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: CSIC; PANADERO, M. (2005). “Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina” *Anduli: revista andaluza de ciencias sociales*, nº.5, pp. 32-42; MEDINA DOMÉNECH, R. M., & RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1994). “Profesionalización médica y campañas sanitarias: un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinæ Scientiarumque. Historiam Illustrandam*. 14, 77-94. En el caso de Medina y Rodríguez Ocaña, se ofrece una explicación del proceso de profesionalización más asociada a la economía el mercado laboral. Francisco; LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales...” ; El clásico estudio realizado por Short sobre los procesos de profesionalización médica en el contexto inglés y americano en el siglo XIX también ofrecen una interesante perspectiva sobre los distintos mecanismos que confluyen junto con la característica de depositarios del conocimiento (intereses económicos, alteraciones de patroness en las enfermedades, factores demográficos..) véase: SHORTT, S.E.D. (1983). “Physicians, science, and status: issues in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century”. *Medical History*, 27(01), 51:68. El trabajo de Mathew Ramsey sobre el caso francés es muy esclarecedor y será considerado en mayor profundidad en la próxima sección . R RAMSEY, M. (1984). “The politics of professional monopoly in nineteenth-century medicine: The French model and its rivals”. In G. L. Geison (Ed.), *Professions and the French State* (Vol. 1700, pp. 225–305). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

⁵¹⁵ SIEGRIST, H. (1991). *Professionalization as a process...*, pp.177-202.

⁵¹⁶ Véase nota 60 de este trabajo.

⁵¹⁷ Son varios los autores que han destacado el papel jugado por los Estados en el proceso de renovación y “cientificación” de aquellas actividades que eran consideradas útiles a la nación, por lo que no vamos a insistir en ello. Véase: LAFUENTE, A., VALVERDE, N., & PÉREZ, N. V. (2003). *Los mundos de la*

apoyar y revestir de autoridad al autor, Flores Moreno, que además de ser catedrático y médico de cámara había participado en la Expedición Malaspina como cirujano, colaborando, por último, activamente en las distintas epidemias que habían dominado en Cádiz desde 1800. Era, en este sentido, una figura reconocida —y reconocible— para la población gaditana⁵¹⁸.

A través de la pluma de Flores Moreno el discurso sanitario quedaba configurado al amparo del lenguaje científico e inserto en un marco teórico y formal muy específico: bajo la estrecha relación entre la enfermedad y la teoría de las constituciones de Sydenham⁵¹⁹. El diario climático y las mediciones barométricas regulares y de temperatura ponían el acento en las condiciones atmosféricas y territoriales de la ciudad de Cádiz como determinantes de la salud de la ciudad. Esta sección dedicada a la salud constituía, por tanto, una especie de topografía médica que recordaba a las *Efemérides meteorológico-médicas* emergidas en el ámbito europeo de la Ilustración⁵²⁰, que mantuvieron un predominio teórico importante hasta el desarrollo de una explicación bacteriológica de la enfermedad a finales del siglo XIX⁵²¹. Retomaba el espíritu y la línea de alguna de las pocas publicaciones científicas que habían surgido en el siglo XVIII, cuando España daba sus primeros pasos en el mundo del periodismo médico con publicaciones como las *Efemérides barométrico-médicas martinetes (1737-1738)* publicadas en las revistas de las Reales Académicas, o las *Idea General de la Policía*, serie de seis cuadernos que publicó en Valencia el aristócrata Tomás Valeriola entre 1798 y 1805⁵²².

ciencia...; LAFUENTE, A., & SELLÉS, M. A. (1988). *El observatorio...*; BLANCO NÚÑEZ, J. M. (2009). “La Marina de la Ilustración...” ; PUERTO SARMIENTO, F. (1988). *La ilusión quebrada...*; SELLÉS, M. (1988). *Carlos III y la ciencia de la ilustración*. Madrid: Alianza Editorial; LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales de la sanidad...” , p. 75.

⁵¹⁸ Recordemos que es nombrado protomédico de la ciudad de Cádiz en octubre de 1811. Véase: A.G.M., 2898 Exp. 57; A.G.P. PERSONAL, 16920 Exp. 3.

⁵¹⁹ Véase: KEELE, K. D. (1974). “The Sydenham-Boyle Theory of Morbific particles. *Medical History*, 18(03), 240–248.

⁵²⁰ Plan General de *Efemerides metereológico-medicas* de Francisco Fernández Navarrete o la llamada general que había hecho en 1725 la Royal Society de Londres para que se verificaran las observaciones metereológicas. Véase: CASCO SOLÍS, J. (2001). “Las topografías médicas: revisión y cronología”. *Asclepio: Revista de Historia de La Medicina Y de La Ciencia*, 53(1), 213–244.

⁵²¹ Véase nota 393.

⁵²² LÓPEZ PIÑERO, J. M., & TERRADA, M. L. (1989). *Bibliographia médica hispánica, 1475-1950*, Vol. IX. Valencia: Cuadernos de Historia de la Medicina y de la Ciencia, p. 9.

Siguiendo la estela del hipocratismo⁵²³, la etiología de la enfermedad quedaba planteada bajo los parámetros del entorno ambiental y su impresión en los cuerpos⁵²⁴. Las condiciones climáticas, la presión atmosférica y barométrica, las estaciones o la calidad de las aguas de un lugar, se vinculaban al origen de la enfermedad y, por tanto, eran sometidos a un examen regular a modo de prevención. Basado en este criterio, el conocimiento y estudio de estos parámetros suponía cierta garantía de reacción contra la enfermedad, y por lo tanto, reducía la impresión de amenaza constante ante el peligro epidémico; un triunfo que analizado mediáticamente, era clave en la construcción del discurso sobre la enfermedad⁵²⁵.

El análisis preciso ofrecido en las páginas de *El Redactor* contrastaba con el ambiguo planteamiento impreso por *El Conciso*. La aproximación de *El Redactor General* a la realidad sanitaria incorporaba además otros dos elementos distintivo: el primero era la expresión cuantitativa del estado necrológico de la ciudad; el segundo, la inclusión esporádica de reflexiones y memorias médico-teóricas propias de un medio especializado, como la reflexión *Del efecto que producen sobre el cuerpo humano las propiedades físicas o esenciales del aire* publicada en abril de 1812.⁵²⁶

La elaboración de las tablas necrológicas y censales respondía al interés, sobre todo dentro de las topografías médicas, por cuantificar el daño a través del número de muertos y demás datos poblacionales como medio más certero de conocer su estado de la salud⁵²⁷. La importancia de esta práctica por parte de Flores Moreno en el *Redactor General* se hacía latente cuando en 1813 salió a la luz el *Proyecto de instrucción para el gobierno económico político de las provincias*, que en su Capítulo III (artículo 21)

⁵²³ La obra de *Sobre los aires, las aguas y los lugares* había puesto, por primera vez, el acento en la constitución física, el clima o las estaciones como elementos claves en la explicación de la enfermedad. HIPÓCRATES. (1808). *Tratado de Hipócrates de los ayres, aguas y lugares, por el doctor Coray, médico de la escuela de Mompeller y traducido al castellano por Don Francisco Bonafon*. Madrid: Imp. de la Calle de la Greda.

⁵²⁴ *El Redactor General* n°187, miércoles 18 de diciembre de 1811, p. 729 (ref. del propio Flores Moreno).

⁵²⁵ Es interesante apuntar que Flores Moreno, pese a elaborar todos sus artículos sobre el estado sanitario en torno al análisis en las mediciones atmosféricas y demás datos climáticos, en sus publicaciones académicas afirmará que la epidemia se ha extendido en Cádiz a través del contagio y no de las condiciones topográficas o climáticas de la ciudad en las primeras páginas de su tratado. FLORES MORENO, F. (1813). *Ensayo médico-práctico sobre el tifus-icterodes, fiebre...*, pp.3-4.

⁵²⁶ *El Redactor General* n° 319, martes 28 de abril de 1812, p. 1251.

⁵²⁷ Véase: BARRIOS, J. A. (2013). "Aspectos estadísticos y de demografía sanitaria en la bahía de Cádiz a partir de siglo XIX". In BLANCO VILLERO, J.M. & GARCÍA CUBILLANA DE LA CRUZ, J.M. (Eds.) *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: crónica sanitaria de un bicentenario* (pp. 43–66). Cádiz: Servicio de Publicaciones.

establecía que el jefe político debería remitir el estado de los nacidos, casados y muertos de toda la provincia. (...)»⁵²⁸.

En los meses previos, mientras se sometía a debate el artículo, *El Conciso* publicaba, con fecha de 13 de junio de 1813, un texto que señalaba la labor de Flores Moreno en *El Redactor General* como un punto de referencia de la tarea encomendada en la nueva *Instrucción*, pues según el autor había unido a estos datos el estado de la atmósfera, de las enfermedades reinantes y de los medios curativos en las diversas estaciones⁵²⁹. Lo cierto es que, como se señalará en otro artículo del mismo periódico en respuesta dos días después, Flores Moreno no era el primero en realizar este tipo de tablas, existiendo desde hacía 13 años una oficina de tablas necrológicas en Madrid a cuyo frente estaba el que fuera ministro de Estado Pedro de Ceballos⁵³⁰. Sin embargo, como continuaba el artículo, estas tablas no habían visto la luz pública debido al impacto de la fiebre amarilla de 1800 y la cantidad de irregularidades en los fallecimientos que afectaron los cálculos⁵³¹.

El trabajo de hacer público un estudio censal unido al estado de la salud y la constitución climática de manera sistemática por parte de Flores Moreno y *El Redactor General* suponía, por tanto, un elemento de referencia que sentaba un referente incluso antes de la disposición legal que lo estableciera⁵³². Periódicos como *El Conciso*, después de su reconocimiento público del trabajo de Flores Moreno, seguirán la estela

⁵²⁸ Decreto de 23 del Junio de 1813. (1813). *Instrucción para el gobierno económico-político de las Provincias*, decretada por las Cortes Generales y Extraordinarias de la Nación, en 23 de junio de 1813. Coruña: Reimpreso en la Imprenta de la Vila.

⁵²⁹ *El Conciso* nº 13, domingo 13 de junio de 1813.

⁵³⁰ Podemos encontrar la real oficio expedido por Pedro de Ceballos en 1801 en el que especifica: “Para averiguar las causas que puedan oponerse al incremento de la población, y la influencia que tengan en las diferentes clases del Estado, con respecto al clima, edad, ejercicio y otras relaciones físicas y morales; resolvió el Rey que en todos sus reinos y señorías del España, se formasen estados de los nacidos, matrimonios y muertos que hubiese, especificando varias circunstancias...”. Este oficio con fecha de 16 de octubre de 1801 contiene los formularios específicos para recoger esta información según el lugar. Véase: GARRIGA, J., & AGUIRRE, S. (1802). *Continuación y suplemento del Prontuario de don Severo Aguirre: que comprehende las cédulas, resoluciones, &c. expedidas el año de 1801...* Madrid: en la imprenta de la viudad e hijo de Marín, pp. 300-303.

⁵³¹ *El Conciso* nº 15, martes 15 de junio de 1813, p. 5.

⁵³² Existen referencias de la publicación de cálculos demográficos en otro medio no especializado como es el *Diario de Valencia* pero estas se refieren a publicaciones puntuales como la de octubre de 1790 en la que se publica *Resultados curiosos sobre la duración de la vida de los hombres, el numero de los nacidos, etc.*, extraído del Tomo 2 de la *Biblioteca Physico Económica* de 1789. Véase; SALVADOR ESTEBAN, E. (2008). “La difusión de la ideología ilustrada en los inicios del “Diario de Valencia”. El tema de la sanidad”. *Saitabi: Revista de La Facultat de Geografia I Història*, (58), 367–391.

de *El Redactor*, publicando datos necrológicos de la ciudad gaditana⁵³³, que en ocasiones consistía en la inserción de los datos ofrecidos en dicho periódico. Una práctica que, no obstante, fue circunstancial y coincidió con el debate del traslado de las Cortes de Cádiz en los meses finales de 1813, saliéndose de la línea editorial mantenida en los años previos por el periódico.

El conjunto compositivo elaborado en torno al discurso sanitario parecía, por tanto, favorecer el flujo de información con respecto a la salud, ofreciendo datos precisos y cuantificables que convirtieran el silencio generado en torno a la enfermedad en un estudio minucioso que además se veía completado, como hemos señalado previamente, con la inserción de memorias técnicas que revestían con una sustentación científico-teórica su discurso sobre la sanidad.

Sin embargo, este código lingüístico era, en términos generales, ajeno al público de un medio no especializado, como era el *Redactor General*. Las mediciones barométricas y de los vientos junto con una descripción precisa –y técnica– de las enfermedades y sus procesos, constituían una información exhaustiva pero poco accesible para el lector general. Un ejemplo de esta barrera léxica es la carta publicada por el *Diario Mercantil de Cádiz* el 25 de diciembre de 1811, suscrita por Doña Práxedes Candil. En ella se elevaba una crítica a la sección de Flores Moreno, que establece claves importantes sobre la definición y recepción del lenguaje técnico de sus artículos⁵³⁴:

“Discurrer por esas alcobas unos galenos, que justamente llevan el título de médicos galancetes, cuyo principal talento, dije mal, declarado conato es cubrir con floreado y obscuro estilo su ignorancia y desaciertos cuando mas, o aparentar con lenguaje exótico mucha ciencia cuando menos, levantando mil falsos testimonios a la atmósfera, a los

⁵³³ “Estado comparativo de los muertos en Cádiz en septiembre de 1811, 1812 y 1813” en *El Conciso* nº4, lunes 4 de octubre de 1813, p. 5; “Muertos en Cádiz en octubre de 1809, 1810, 1811, 1812 y 1813” (de los días 1 al 6) en *El Conciso* nº 8, viernes 8 de octubre de 1813, p. 8; “Muertos en Cádiz en octubre de 1809, 1810, 1811, 1812 y 1813” (de los días 1 al 10) en *El Conciso* nº 11, lunes 11 de octubre de 1813, p. 8; “Parte sobre los muertos del 3 al 4”, en *El Conciso* nº 5, viernes 5 de noviembre de 1813, p. 8; “Estado de la calentura reinante en Cádiz, desde el 26 de octubre inclusive hasta el 8 de noviembre también inclusive” en *El Conciso* nº 13, sábado 13 de noviembre de 1813, p. 4; “Estado comparativo de los muertos en Cádiz en nov. de 1812 y 1813” (incluyendo los de la Isla de León) en *El Conciso* nº 18, jueves 18 de noviembre de 1813, p. 5.

⁵³⁴ Esta carta generalmente ha sido estudiada desde el punto de vista del papel de la mujer en la prensa, véase: REQUEJO HERRERO, R. (2002). “El patriotismo femenino y su visión a través de la prensa”. En *La ilusión constitucional: pueblo, patria, nación: de la Ilustración al Romanticismo: Cádiz, América y Europa ante la Modernidad: 1750-1850*. Cádiz: Servicio de Publicaciones, pp. 143–150; CASNAVE, M. C. (2008). “Las mujeres en la prensa entre la Ilustración y el Romanticismo”. En *La guerra de pluma: Estudios sobre la prensa de Cádiz en la tiempo de las Cortes (1810-1814)*, Tomo 3. Cádiz: Servicio de Publicaciones, p. 202.

miasmas y a los astros (...). Sin embargo recomiendo el discurso en general a la lectura de todos los que quieran expresarse en hispano-galo-greco-latín. Es un modelo de culturantismo, que extinguido en la literatura se ha acogido a la medicina; (...) Si acabo de hacer pronto unas camisas, he de sacudir el polvo al *amante*⁵³⁵ que es un *microcosmos* con *movimientos isócrono*, que quiere decir fatuo de los pies a la cabeza, si no me equivoco en el griego que oí traducir en la escuela de mi padre.”⁵³⁶

Estas palabras representan un importante testimonio de los límites interpretativos que ofrecía el discurso elaborado por el galeno, que a modo de crítica quedaba expresado bajo el calificativo de *hispano-galo-greco-latín*. Gran parte del público de la prensa desde finales del XVIII estaba formado, como ha demostrado un reciente estudio de Elisabel Larriba, por una burguesía incipiente formada por elementos muy heterogéneos, motivados por un interés intelectual, pero al mismo tiempo social, de integración dentro de la elite social, de la que el clero y la nobleza eran pilares esenciales⁵³⁷. En este sentido, y pese a que se insista en la existencia de pocos lectores de prensa potenciales derivadas de las altas tasas de analfabetismo en España⁵³⁸, el panorama gaditano ofrecía unos datos más alentadores, con una tasa de un 68 por ciento. A esto se le sumaba el número de publicaciones que ven la luz en este periodo en imprentas de la ciudad, extendiendo la cultura periodística. Por no decir que el periódico en cuestión, *El Redactor General* era más económico que la media⁵³⁹, por lo que permite plantear la existencia de un lectorado potencial.

Esta distancia que parecía establecerse entre el redactor de la información y el lector a través del manejo de un código lingüístico demasiado técnico, reiteraba ese posicionamiento del criterio de la *autoridad* frente al cual, el lector iletrado en la materia, debía confiar. En este sentido, el lenguaje científico se convertía en un arma

⁵³⁵ Referido a *amante de la humanidad* calificativo que le da a Flores Moreno.

⁵³⁶ *Diario Mercantil de Cádiz*, miércoles 25 de diciembre de 1811.

⁵³⁷ LARRIBA, E. (2013). *El público de la prensa en España a finales del siglo XVIII (1781-1808)*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, p. 309.

⁵³⁸ SÁNCHEZ HITTA, B. (2007). “Prensa, Cortes y Opinión Pública, hacia la creación de una sociedad constitucional”. In *Lecturas del pensamiento filosófico, político y estético: actas XIII Encuentro de la Ilustración al Romanticismo (1750-1850)* (pp. 211–224). Cádiz: Universidad de Cádiz; SÁNCHEZ HITTA, B. (2008). “Cuánto cuesta la opinión pública: precios, densidad y periodicidad de la prensa gaditana (1808-1814)”. In *La guerra de pluma: Estudios sobre la prensa de Cádiz en la tiempo de las Cortes (1810-1814)* (pp. 337–454). Cádiz: Servicio de Publicaciones, Universidad de Cádiz; SANTANA, A. R. (1998). “El valor de la lectura”. *Cuadernos de Ilustración Y Romanticismo*, 1(6), 63–71.

⁵³⁹ SÁNCHEZ HITTA, B. (2008). “Cuánto cuesta la opinión pública...”.

que doble filo: por un lado daba la seguridad de estar proveyendo y haciendo público un análisis minucioso y profesional del, tan controvertido en este periodo, tema sanitario. Pero al mismo tiempo, permitía escudarse en los tecnicismos para moldear un discurso mediático sobre la sanidad que bajo ese pretendido análisis minucioso, era incomprendido y confuso para el lector medio.

Al revisar la terminología utilizada en cada uno de los artículos publicados mensualmente por Flores Moreno en *El Redactor General*, encontramos un elevado número de diferentes términos técnicos con los que calificar el cuadro de enfermedades reinantes en Cádiz: “calenturas catarrales angio-técnicas maligna o atáxica”⁵⁴⁰, “fiebres biliosas o meningo-gástricas, otras bajo el aspecto de cimanques, ya simples, ya malignas o tifoideas”⁵⁴¹, “calenturas autumnales con síntomas atáxicos o de malignidad”⁵⁴², etc. Sorprendentemente, no encontramos ni una sola vez mencionada la palabra fiebre amarilla y solo una vez la palabra epidemia que, además, viene precedida por el calificativo de “pretendida” y se utiliza en un argumento para acallar los rumores que tanto impacto tenían⁵⁴³.

La plasticidad de la terminología que durante la llamada etapa pre-bacteriológica en medicina había servido para referirse a las fiebres,⁵⁴⁴ establecía un margen para aludir sutilmente a las epidemias, como la fiebre amarilla, bajo términos como el del *tifus icterodes*, o caracterizando a las fiebres como *malignas, atáxicas o estacionales*. Efectivamente, el amplio marco de categorizaciones nosológicas de las “fiebres” y de enfermedades, hoy en día consideradas como infecciosas, establecidas por William Cullen siguiendo la estela de los sistemas de Lineo o Sauvages⁵⁴⁵, es un claro testimonio de la amplitud interpretativa a la que daban pie estos sistemas de referencia⁵⁴⁶. De esta forma, con un vocabulario escogido, se reconocía la posible

⁵⁴⁰ *El Redactor General* n° 285. Miércoles 25 de marzo de 1812, p. 1119.

⁵⁴¹ *Suplemento al Redactor General*, sábado 31 de julio de 1813, p. 3159.

⁵⁴² *El Redactor General* n° 5?, jueves 31 de diciembre de 1812, p. 2263.

⁵⁴³ *El Redactor General* n° 838, jueves 30 de septiembre de 1813; en referencia al sarampión se especifica que es de carácter epidémico, véase *El Redactor General*, n° 597, domingo 21 de enero de 1813, p. 2387.

⁵⁴⁴ ARRIZABALAGA VALBUENA, J. (2002). “Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease”. *Asclepio: Revista de Historia de La Medicina Y de La Ciencia*, 54(1), 51–70.

⁵⁴⁵ CULLEN, W. (1800). *Nosology: Or, a Systematic Arrangement of Diseases, by Classes, Orders, Genera, and Species; ... and Outlines of the Systems of Sauvages, Linnæus, Vogel, Sagar, and Macbride. Translated from the Latin of William Cullen*. Londres: C. Stewart and Company

⁵⁴⁶ Margaret Pelling hace una interesante observación sobre el espectro de enfermedades de clasificación dudosa dentro del sistema planteado por Cullen: “Cullen placed most of the diseases now regarded as

existencia de epidemia pero se atenuaba su impacto mediático revistiéndolo con el discurso técnico de una autoridad médica.

Sin embargo, es cuanto menos interesante ver que pese al cuidado puesto por desdibujar el peligro epidémico y silenciarlo a través de un sutil disfraz lingüístico y científico, la viruela tendrá un especial protagonismo en las páginas de *El Redactor General*, cuando es considerada por el propio autor “(la enfermedad) que más estrago hace actualmente en la juventud de ambos sexos”⁵⁴⁷.

¿Por qué tratar de evitar hablar directamente de epidemias como la fiebre amarilla y sin embargo dedicarle una constante atención, desde febrero de 1812 hasta noviembre de 1813, a debatir sobre otra epidemia tan perniciosa? Una primera respuesta que ya había sido planteada al analizar *El Conciso*, descansa en el hecho de que la viruela, pese a sufrirse *epidémicamente*, contaba con una vacuna que permitía dar una respuesta médica y política a la enfermedad. En este sentido, la *amenaza* epidémica era argumentable y controlable de forma discursiva, al contrario que pasaba con la fiebre amarilla. Esto daba margen a reflexiones y leves críticas que se alejaban de la constante justificación y del discurso velado y entretejido que rodeaba la innombrable fiebre.

La viruela, además, se convirtió en un instrumento: el perfecto instrumento mediático. Se trataba de una enfermedad que dejaba traslucir el buen hacer y la ilustración de la clase médica que había resuelto, a través de la aplicación de la vacuna, acabar con una amenaza; y al mismo tiempo daba margen para ensalzar el papel del Estado en la construcción de la sanidad pública a través de su distribución y generalización en todos

infectious in the category of Pyrexiae or febrile diseases, differentiated by local inflammations. Within the Pyrexiae, diseases spreading by contact and well defined, such as smallpox, were attributed to specific contagious (and were also known as strictly contagious diseases). Between these and the diseases of locality at the other end of the spectrum (typified by ague or intermittent fever, associated with the vegetable putrefaction of marshes) lay the no-man’s land of the “doubtful” disease, which seemed to partake of the character of both.” en PELLING, M. (2001). “The meaning of contagion: reproduction, medicine and metaphor”. In A. Bashford & C. Hooker (Eds.), *Contagion : historical and cultural studies*. London :New York: Routledge., p. 25. Véase también: BYNUM, W. F. (1981). “Cullen and the study of fevers in Britain, 1760–1820”. *Medical History*, 25(S1), 135–147. Es necesario también mencionar el trabajo de Pietro Corsi sobre el programa de reforma del lenguaje científico francés en el contexto político francés del Directorio. Su lectura política de la reforma lingüística en este ámbito plantea otra posible lectura a la utilización política del lenguaje en este context. Véase: CORSI, P. (2005). “After the Revolution: Scientific language and French Politics, 1795-1802”. In *The Practice of Reform in Health, Medicine, and Science, 1500-2000. Essays for Charles Webster* (pp. 223-245). Ashgate

⁵⁴⁷ *El Redactor General* n° 253, sábado 22 de febrero de 1812, p. 993.

los territorios españoles gracias a la Real Cédula de 1805⁵⁴⁸: “Ojalá que para cada uno de los objetos que interesan a la felicidad pública y prosperidad del Estado, pudiesen citarse disposiciones tan sabias y benéficas!”⁵⁴⁹.

Por tanto, el peligro de la epidemia de viruela no era achacable ni a los médicos ni a los políticos, sino a la ignorancia de aquellos que cuestionaban los beneficios y la experiencia médica en torno a la vacuna: esos padres de familia, escribía Flores Moreno, tan obcecados en sus preocupaciones, y tan ciegos a la luz de la experiencia, que dudaban todavía del seguro preservativo de la vacuna a sus hijos⁵⁵⁰. Efectivamente, los niños eran las víctimas más comunes de esta epidemia, que se llevaba a aquellos párvulos “destinados a reemplazar las pérdidas que experimenta la nación gloriosa”⁵⁵¹. La lucha mediática contra la viruela iba generando un discurso paralelo a la lucha de la Nación. Salvar a esos niños, parecía decir *El Redactor General*, era salvar el futuro de la guerra. Esta campaña contra la viruela no solo se alimentó del discurso científico de Flores Moreno, sino que vino apoyada directamente por el redactor, editor principal y dueño del periódico: Don Pedro de Daza que, como hemos podido comprobar en la causa judicial que se le abrió con la vuelta al trono de Fernando VII, ayudó a la distribución de la vacuna personalmente. Así lo atestiguó el médico y cirujano Ignacio Ameller en su juicio:

“Daza contribuyó altruistamente a mitigar los efectos de una epidemia en la ciudad (...) en el mes de mayo del año último careciéndose en esta ciudad de vacuna, don Pedro Daza la hizo venir, y el declarante la administró a multitud de niños que los presentaron a recibirla en la casa de don Pedro, sin interés alguno ni otra prevención sino que era en celebridad del feliz regreso del Rey nuestro señor en cuya memoria y obsequio hacía este bien a la humanidad, y desde aquella época no ha faltado vacuna en esta plaza.”⁵⁵²

⁵⁴⁸ “Como mi exposición del mes anterior sobre la vacuna puede dar lugar a que algunos arguyan de omisos nuestros pasados gobiernos, creyendo no hubiesen tomado providencias oportunas para que la vacuna se extendiese y generalizase por todos los dominios españoles, me ha parecido justo y muy oportuno hacer aquí mención de lo que se previene en la real orden de 21 de abril de 1805, relativo a la propagación de dicho específico. Esta orden, llena de sabiduría...*El Redactor General*, n° 285, miércoles 25 de marzo de 1812, p. 1119.

⁵⁴⁹ *El Redactor General* n° 285, miércoles 25 de marzo de 1812, p. 1120.

⁵⁵⁰ *El Redactor General* n° 253, sábado 22 de febrero de 1812, p. 993.

⁵⁵¹ *El Redactor General* n° 505, sábado 31 de octubre de 1812, p. 2009.

⁵⁵² A.H.N., *Consejos*, 6294, Exp.1, segundo ramo, ff. 50v y 51r. Citado en SÁNCHEZ HITTA, B. S. (2010). “*El Redactor General* (1811-1814)...”, p. 23.

El tratamiento e implicación directa de los autores del periódico en el problema de la viruela, contrastaba con la incapacidad de generar un discurso público abierto sobre la epidemia de fiebre amarilla, por la falta tanto de respuestas médicas —perdidas en un debate constante por la etiología de la enfermedad— como por los problemas en imponer unas medidas eficaces. En este sentido, es interesante señalar que a principios del verano de 1813 cuando la fiebre amarilla parecía empezar a convertirse en una amenaza, no solo para la población, sino para la clase política, la sección de Flores Moreno dedica especial atención al debate sobre la viruela y la vacuna⁵⁵³, apartando la atención de los rumores existentes. Cuando estos se hicieron imposibles de ignorar, en los meses de septiembre y octubre, lo que nos encontramos en sus páginas son auténticas reflexiones sobre las constituciones atmosféricas y topográficas, y su relación con las afecciones morbosas en el estudio de las enfermedades estacionales, en las que las referencias a Galileo, Priestley, Fourcroy y Lavoisier, se entremezclan en el discurso con una argumentación que buscaba en una fundamentación extremadamente teórica, el sosiego del público a través de la confianza de los resultados de sus estudios y su posibilidad previsor⁵⁵⁴.

El Redactor General, a través del testimonio de Flores Moreno supo tejer, por tanto, una serie de mecanismos que permitían reducir el impacto de la información sanitaria. Ya no solo era una cuestión de desdibujar la percepción del mal a través de tecnicismos, sino de reforzar la confianza en las medidas que se estaban tomando gracias al testimonio de alguien especializado en la materia, que acompañaba sus análisis con comentarios como este: “No dudé en afirmar hasta el grado muy probable, que no debía temerse un contagio, atendidos los resultados de mis observaciones meteorológicas”⁵⁵⁵. En este caso es el argumento de autoridad el que se impone, presentando al autor como la persona capaz de interpretar y analizar dichas observaciones meteorológicas.

⁵⁵³ *Redactor General* n° 716, lunes 31 de mayo de 1813, *Suplemento al Redactor General*, sábado 31 de junio de 1813.

⁵⁵⁴ *Suplemento al Redactor General*, martes 31 de agosto de 1813, p. 3291; *El Redactor General* n° 838... , p. 3425.

⁵⁵⁵ *El Redactor General* n° 134, sábado 26 de octubre de 1811, p. 517.

El problema surgía cuando, pese al cuidado en definir las enfermedades y el estado de la sanidad, las cifras que mostraban las tablas de efemérides resultaban alarmantes. Los recursos ante la expresión cuantitativa del estado de la salud eran más limitados cuando mostraban datos como el de 3114 muertos en un año⁵⁵⁶, o marcaban una diferencia de

Resumen del estado de mortandad del presente mes.	
Del Depósito	62
Del hospital de San Juan de Dios	35
Del de mugeres	18
Del real militar	34
De las parroquias	190
De puerta de tierra	7
Total	346
En esta forma.	
Hombres	120
Mugeres	76
Párvulos varones	95
Párvulos hembras	55
Total	346
Estado comparativo de la mortandad entre mayo de 1811 y mayo del presente año.	
Los fallecidos en mayo de 1811 fueron	219
Los idem en idem de 1812	346
Diferencia	127

Imagen 4: Tabla de mortalidad correspondiente a mayo de 1812. El Redactor General nº 382

más de cien muertos en el mismo mes entre un año y otro, como en el caso de mayo de 1812. En estas ocasiones, el recurso al criterio interpretativo de esos datos por parte del *experto*, se convertía en un punto fundamental, encontrando en forma de anotaciones a las tablas una justificación médica por parte de Flores Moreno. En el caso de la cifra total de 3114 muertos en el año 1811 el recurso del médico gaditano es utilizar comparativamente los datos de 1810, año en el que la epidemia de fiebre amarilla había tenido unas consecuencias bastante notables en la población⁵⁵⁷, por lo que

permitía *evidenciar* que el estado de salud era envidiable. Las cifra de 1810 se van a convertir en un elemento comparativo clave en varias ocasiones⁵⁵⁸. Sin embargo, en aquellos casos en los que el número de fallecimientos pudiera levantar sospechas sobre la existencia de una epidemia, se buscaba la tranquilidad del lector añadiendo notas y justificando la gran concentración de muertes en un espacio –como el de un hospital– en causas ajenas a un mal contagioso, como en el caso de noviembre expuesto anteriormente:

“*Nota: Para tranquilidad del público, debo hacer presente que de los 32 cadáveres que ha dado el hospital de San Juan de Dios, 28 han sido de medicina y los 4 restantes de afectos quirúrgicos”⁵⁵⁹.

⁵⁵⁶ *El Redactor General* nº 229, miércoles 29 de enero de 1810, p. 889-890.

⁵⁵⁷ *Idem*. “El total de mortandad de este año, que como se ve asciende a 3114, comparado con el anterior de 1810, que fue de 4305 ofrece una diferencia de 1191. Resultado admirable ciertamente, y que demuestra a la evidencia el alto grado de salud que ha disfrutado esta ciudad, a pesar de los riesgos que acompaña siempre el abasto de víveres en medio de un sitio”

⁵⁵⁸ *Redactor General* nº 168, viernes 29 de noviembre de 1811, p. 654. (i.e.: La presente tabla de mortandad manifiesta que en el mes de octubre el número de cadáveres ha sido mayor que en el pasado septiembre, en que fallecieron 222. Comparado con el de octubre de 810, en que murieron 864, se nota una diferencia”).

⁵⁵⁹ *Idem*.

En otros casos, como el de la imagen, correspondiente al mes de mayo de 1812, en el que no se podía negar la evidencia de un aumento considerable de muertos, se achacaba a la falta de informaciones censales completa que no permitían analizar estos datos respectivamente al aumento de la población y, por lo tanto, no permitían elaborar un juicio exacto⁵⁶⁰.

El miedo y la reacción ante la epidemia se convertían en un de los peores males para el médico, y como venimos señalando al estudiar el discurso público de la enfermedad, también para el político. El estudio y el efecto de las “pasiones del hombre” se convertían en un elemento clave en análisis médico del cirujano Flores Moreno⁵⁶¹ y de otros médicos contemporáneos.

“El terror, el miedo y demás pasiones de animo deprimentes concurren a excitar poderosamente la acción del contagio, como lo aseguran varios autores, y se ha observado bien patente en todos (...), “los efectos del temor, que es la aprensión de un mal futuro previsto, o que se presume, se parecen a los de la tristeza, de la cual es una especie: (...) por tanto no es de estañar hayan aconsejado repetidamente los prácticos el valor, la confianza y la tranquilidad, como preservativos de la mayor eficacia contra los insultos de estas enfermedades”⁵⁶²

Siguiendo la estela del medico suizo Tissot⁵⁶³, la medicina de las pasiones quedaba inserta en la aproximación a la epidemia, sustentando –y justificando– el discurso mediático elaborado por Francisco Flores Moreno.

La configuración del discurso mediático, como hemos podido estudiar a través de *El Conciso* y *El Redactor General*, se fue configurando a través de estrategias formales muy diferentes, que confrontaban una línea discursiva más difusa e inconstante de la sanidad frente a la aparente disección científica del estado sanitario, ofrecida

⁵⁶⁰ Estas anotaciones llevaban una crítica implícita al contexto institucional que vivía la sanidad, al hacer referencia a la falta de acuerdo y organización del recién instaurado Protomedicato con respecto a la supuestamente extinta Junta de Sanidad con la que ya se había tenido confrontaciones directas por no facilitarle datos sobre el estado de la sanidad.

⁵⁶¹ *Redactor General* nº 838, jueves 30 de septiembre de 1813, pp. 3425-3426.

⁵⁶² (1820). *Memoria sobre la fiebre amarilla observada en España desde la entrada del presente siglo hasta el día de hoy 1820*. Madrid: En la Imprenta de Villalpando.

⁵⁶³ TISSOT, C.J. (1798). *De l'influence des passions de l'ame dans les maladies, et des moyens d'en corriger les mauvais effets*. Paris et Strasbourg: Chez Amand-Koenig El mismo año de su publicación en Francia se realiza una traducción en español; Véase también: NOVELLA, E. J. (2011). “La medicina de las pasiones en la España del siglo XIX”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 31(2), 453–473.

mensualmente por un facultativo. A la hora de interpretar estas diferencias formales se puede inferir, sin embargo, la prevalencia en sendas publicaciones, de una preocupación común por el impacto de las declaraciones sobre el estado de salud en el lector. La información sobre la epidemia aparecía en cierta forma filtrada, ya fuera por el criterio médico que evitaba la utilización del término exacto de epidemia, *El Redactor General*, como la línea editorial que lanzaba acusaciones contra los rumores de amenaza epidémica, *El Conciso*. Estos filtros impuestos por ambos periódicos vuelven a traer a la mesa de debate la cuestión sobre la posible instrumentalización de la enfermedad en la construcción del discurso público; elemento que había planteado una interpretación interesante a la hora de estudiar el tratamiento político de la enfermedad en el seno de las Cortes⁵⁶⁴.

El contexto en el que quizás se aprecie con mayor facilidad este proceso, es en la gestión de la información que lleva a cabo *El Conciso* sobre el traslado del debate parlamentario. En este caso, el adjetivo de *político* con el que se caracteriza este tipo de publicaciones, sale a relucir al reproducir las dinámicas discursivas establecidas por los políticos con respecto a la epidemia y el papel de esta en la determinación de salir o no de la ciudad gaditana.

Sí constatamos en ambas publicaciones la intencionalidad, más o menos explícita de reducir el impacto de la epidemia. Más allá de la acción de las autoridades públicas o los médicos para implementar medidas, la influencia que empieza a tener la prensa es crucial para enfrentar uno de los elementos quizás más difíciles, por su abstracción, de controlar: el miedo.

⁵⁶⁴ Véase el punto 4.1.

CAPÍTULO 5

LA REFORMA DE LA CIENCIA DE LA SALUD PÚBLICA: MÉDICOS, CIRUJANOS Y SUS INSTITUCIONES

“Si se ha establecido ya la unidad entre el gobierno y las clases distintas del estado: ha llegado también la época de que, adornados los Profesores con todos los artículos de una educación primitiva, tengan en adelante la consideración pública que les corresponde”.

Juan de Santa María: *Memoria sobre una reforma en la ciencia de la salud pública*⁵⁶⁵

El dialogo que lentamente se fue estableciendo entre política y sanidad durante el transcurso de las Cortes, mantuvo siempre como trasfondo otro debate paralelo sobre el papel de los médicos en la construcción de aquel edificio político-sanitario. En un momento en que las condiciones sanitarias excepcionales que rodeaban la reunión de Cortes ponían en tela de juicio la capacidad de las autoridades —tanto políticas como médicas— para establecer respuestas efectivas contra la epidemia, se hacía más patente la necesidad de extender el debate en torno a las instituciones que sustentaban la el cuerpo de médicos y cirujanos. La salud pública era una preocupación política y un problema social, pero como nos recuerda el médico-cirujano Juan de Santa María, era también una “ciencia” que atañía a la clase médica y a su capacidad como encargados de la salud, de establecer instrumentos de respuesta, por lo que obligaba a reflexionar sobre su posición en la sociedad y su nivel formativo.

Como hemos puesto de manifiesto en el segundo capítulo, el cuerpo médico ya había estado en el punto de mira a la hora de articular las instituciones que debían regir y velar por la sanidad pública. La cuestión sobre la idoneidad del criterio médico en los órganos gubernamentales dedicados a la sanidad había enfrentado el modelo jurídico-administrativo heredado del Antiguo Régimen en diversas ocasiones, para proponer con escaso éxito, órganos con cierta configuración técnica⁵⁶⁶. La convivencia de la

⁵⁶⁵ DE SANTA MARÍA, J. (1811). *Al Congreso Augusto de las Cortes Generales y Extraordinarias de la Nación. Memoria sobre una reforma en la ciencia de la salud pública*. Cádiz: Imprenta de Niel.

⁵⁶⁶ Aunque reinstaurado en 1811, el Tribunal del Protomedicato que preveía la regulación de la profesión médica y la organización sanitaria en los tres ramos, la promulgación de la Constitución y la regulación del gobierno de las provincias recuperaban la estructura de Junta de Sanidad que puso otra vez el acento en la faceta administrativa de la gestión sanitaria, tanto a nivel centralizado como a nivel municipal y regional.

estructura *juntera* –de mayor carácter jurídico-administrativo– por la que apuesta la Constitución con la configuración de Juntas de Sanidad–, junto con el restablecido Protomedicato como órgano técnico, suponen un claro ejemplo de las fricciones y la situación ambigua que reinaba en torno a la manera de organizar la sanidad y el grado de implicación de los médicos.

Pero la situación de los facultativos no solo estaba siendo juzgada y medida desde el ámbito político-administrativo sino también desde el ámbito corporativo e institucional. El proceso de profesionalización y enseñanza médico-quirúrgica se encontraba, en el contexto de las Cortes gaditanas, en un momento de aparente *impasse*. Situación que tenía su origen en el vaivén de ordenanzas que, desde finales del siglo XVIII, habían puesto en vilo el futuro de la profesión⁵⁶⁷, y que, sin duda, no se veía favorecida por la situación bélica y de ocupación que interferían en el normal funcionamiento de las instituciones formativas⁵⁶⁸. No obstante, y pese a estos avatares de la guerra, durante este periodo se produce, bajo el amparo del discurso liberal de las Cortes, un debate intenso sobre el futuro de las instituciones y el cuerpo de médico, cirujanos y farmacéuticos del país. Una discusión, debemos advertir, que adquiere un grado de complejidad importante dados los numerosos interlocutores y espacios de discusión en los que se proyecta el problema de la profesión médica.

En primer lugar, el espacio de las Cortes, arena indiscutible del debate político-legislativo, asumió la discusión sobre el futuro del cuerpo médico, pero lo hizo desde espacios polarizados. Por una parte, la reforma de la estructura política de la sanidad pública —amparada principalmente bajo una comisión homónima⁵⁶⁹—, había planteado, aunque de manera tangencial, el futuro de la profesión médica a través de medidas como el restablecimiento del Tribunal del Protomedicato, como hemos visto

⁵⁶⁷ Insistiremos posteriormente en los problemas institucionales que precedieron a la convocatoria de Cortes Generales y Extraordinarias en 1810.

⁵⁶⁸ Debemos tener en cuenta que los primeros años del siglo XIX —no solo durante la Guerra de Independencia— España sufre los estragos de varios enfrentamientos que tuvieron como protagonista a Gran Bretaña y que afectaron, también, a las instituciones de formación médico-quirúrgicas. La Batalla de Trafalgar es un ejemplo del impacto –tanto en número de muertos y reducción de la plantilla de cirujanos como en la propia estructura de la Armada— : ASTRAIN GALLART, M. (1992). *La Medicina del Mar. Sanitarios y Sanidad al servicio del rey: de Utrech a Trafalgar (1712-1805)*. Madrid: Universidad Complutense; GRACIA RIVAS, M. (2006). “La sanidad naval española: de Lepanto a Trafalgar”. *Cuadernos de Historia Moderna Anejos*, (5), 167–185.

⁵⁶⁹ Comisión de Sanidad Pública. Formada, con fecha de 20 de febrero de 1811, por Mejía Lequerica, Antonio Oliveiros y Jaime Creus. Véase: (1811). *Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 3. Cádiz: Imprenta Real, p. 390.

en capítulos previos. Este “Tribunal Supremo de Sanidad Pública”⁵⁷⁰ propuesto, en un principio, como cabeza reguladora de la organización de la salud pública, parecía recuperar su poder regulador sobre los cuerpos médicos, asumiendo, además, la tarea de proponer planes de reforma y mejoras en la enseñanza de los diversos ramos del arte de curar y ciencias auxiliares⁵⁷¹. Sin embargo, las dificultades para componer el Tribunal —que, como señalamos en el segundo capítulo, no se configuró hasta abril de 1812⁵⁷²— y de establecer el un reglamento interno que perfilase sus atribuciones⁵⁷³, así como la urgencia de establecer medidas ante la epidemia, desplazaron la discusión sobre la enseñanza y reconocimiento de sus facultativos.

No obstante, y de forma paralela, esta cuestión entraría en el seno del debate de dos comisiones con atribuciones y proyectos muy diferentes. Por un lado, se posicionaría en un lugar clave dentro de la comisión para la reforma de la instrucción pública que, como parte de la discusión sobre la formación universitaria, asumiría como propia la tarea de delimitar las atribuciones y ámbitos de las instituciones encargadas de la formación del cuerpo de facultativos sanitarios. Por otro, la cuestión sobre la reforma de la enseñanza médico-quirúrgica sería tratada, dentro de un acalorado debate, por la comisión encargada de la elaboración de la constitución militar. En este sentido, debemos tener muy presente que el proceso de reforma ilustrada de la profesión médica se había iniciado—al igual que en otros ámbitos científico-técnicos— al amparo de las instituciones militares⁵⁷⁴. Bajo la premisa de otorgar una formación adecuada a los cirujanos de la Armada, cuyo trabajo requería mucho más que la práctica hasta ahora exigida al barbero-sangrador destinado a bordo, se había creado en 1748 el primer Real Colegio de Cirugía en Cádiz. La evolución y avances de esta institución durante el final del siglo XVIII y los primeros años del XIX, como apuntamos brevemente en el capítulo anterior, construyeron un modelo alternativo de

⁵⁷⁰ Nombre que se le da al tribunal en el Decreto LXXIX de 22 de Julio de 1811.

⁵⁷¹ Art. 6. Decreto LXXIX de 22 de Julio de 1811.

⁵⁷² Nos referimos a la decisión de incluir a los dos Protomédicos del ramo de Farmacia, que se hace con fecha de 15 de abril de 1812.

⁵⁷³ El Reglamento, pese a los elementos de disensión en su conformación, fue presentado por el Protomedicato el 17 de noviembre de 1812. Sin embargo, no fue pasado a la Comisión de Legislación hasta el 5 de Mayo de 1814, solo cinco meses antes de que Fernando VII suprimiera el Protomedicato por Real Orden del 11 de septiembre de 1814.

⁵⁷⁴ Véase: LAFUENTE, A., & PESET J.L. (1985). “Militarización de las actividades científicas...”; LAFUENTE, A., VALVERDE, N., & PÉREZ, N. V. (2003). *Los mundos de la ciencia...*, BLANCO NÚÑEZ, J. M. (2009). “La Marina de la Ilustración y Cádiz...”.

enseñanza que trascendió los límites de la Armada para trasladarse hacia otros ámbitos bajo el amparo de la Corona.

Este triunfo supuso un enfrentamiento directo con el modelo tradicional de enseñanza médica establecido por las universidades, que a finales del siglo XVIII parecían mostrarse incapaces de asumir, bajo el régimen escolástico de sus enseñanzas, el nuevo rumbo que estaba tomando la cirugía y su aplicación práctica.

Estas fricciones no solo cuestionaban el modelo de enseñanza tradicional, sino el imperio de la universidad en el ámbito de la formación médica, especialmente a raíz de la adquisición del Real Colegio de Cirugía, en 1757, del privilegio para otorgar el grado de “Bachiller en Filosofía” y, sobre todo, a partir de 1791, el grado de “Bachiller en Medicina”⁵⁷⁵. Una prerrogativa, esta última, que introdujo el estudio conjunto de la medicina y la cirugía, un triunfo para los colegios que desató un acalorado debate sobre la profesión médica en la encrucijada del siglo XVIII y XIX.

El panorama que se abría con la reforma de la enseñanza medico-quirúrgica en el contexto constitucional gaditano parecía, por tanto, reproducir esta confrontación de modelos, heredando el carácter bicéfalo de gestión de las reformas representado por el cuerpo militar por un lado, y el modelo proyectado desde la instrucción pública de la universidad por otro. Una duplicidad de discursos que, de manera subyacente, plantearon y reprodujeron un debate de mayor profundidad sobre el proceso de profesionalización médica y el propio lugar de los médicos y, sobre todo de los cirujanos, en ella. Como parte del complejo cuadro de interlocutores que comenzaron a hilar el debate en torno a este cuerpo sanitario y sus instituciones, la clase médica, con cierta lógica, tuvo especial protagonismo, proyectando su voz tanto en las discusiones de las Cortes como en medios alternativos. El nuevo espacio discursivo y de crítica que inauguró el decreto de libertad de prensa⁵⁷⁶ fue en este sentido un

⁵⁷⁵ Con esta potestad, adquirida en las ordenanzas de 1791, se posibilitaba el acceso de los alumnos de los Colegios al examen ante el Protomedicato, si así lo decidían. Se igualaba, así, su nivel de estudios con el de cualquier Universidad Mayor. (1791). *Ordenanzas de S.M. que se devben observar en el Colegio de Medicina y Cirugía establecido en la ciudad de Cádiz y por el cuerpo de sus profesores en la Real Armada para gobierno del mismo Colegio, asistencia al hospital y servicio de los buques de guerra*. Madrid: en la oficina de Don Benito Cano.

⁵⁷⁶ Decreto IX de 10 de noviembre de 1810. (1820). *Colección de los Decretos y Órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias*. Tomo 1. Madrid: Imprenta Nacional.

elemento clave para poder entender este flujo de discusiones públicas iniciadas por la clase médica en paralelo al debate en Cortes⁵⁷⁷.

Así pues, debemos partir de la idea de que la reforma de la enseñanza y la práctica médica suscitó desde los primeros momentos, un complejo debate que iba más allá de la formación y de sus instituciones, cuestionando al mismo tiempo la definición misma de la profesión y el estatus de sus miembros dentro del aparato burocrático del nuevo gobierno, así como los medios y espacios de discusión. Una compleja cuestión que obliga, en cierta manera, a reconsiderar las reformas previas al inicio de las Cortes, como el sedimento de mucho de los discursos y debates que se plantearán en este periodo.

5.1. El pasado reformista ilustrado de los Reales Colegios de Cirugía.

Como hemos dejado ya apuntado, la proyección de una reforma de peso dentro de la formación y ejercicio médico encuentra un claro precedente en la formación de los Reales Colegios de Cirugía durante el periodo ilustrado⁵⁷⁸. La cosmopolita ciudad de Cádiz —en pleno momento de expansión comercial— fue en 1748, el lugar elegido para crear el primero de los Colegios con el objeto, insistimos, de formar adecuadamente a los cirujanos de la Armada. Consideramos necesario enfatizar que la elección de este emplazamiento encerraba argumentos de peso: Cádiz no solo era el baluarte del poder naval español y un lugar de efervescencia intelectual en el que parecía fácil de proyectar reformas ilustradas, sino que además, no contaba con una tradición universitaria cuyo claustro médico pudiera oponerse al proceso de

⁵⁷⁷ Las propias Cortes ejercieron, en este sentido, un papel clave recomendando la publicación de algunas de estas publicaciones.

⁵⁷⁸ Aunque haremos una breve referencia a la historia de los Reales Colegios, existe una bibliografía extensa que ha trabajado el tema, por lo que para una descripción más detallada se puede consultar el clásico trabajo de CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad...*; Los trabajos de Diego Ferrer suponen, quizás, la historia más completa del colegio gaditano: FERRER, D. (1962). *Un siglo de cirugía en España (Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz)*. Barcelona: Editorial Pentagono; Ferrer, D. (1966). “De la unión de Estudio de la Medicina y la Cirugía”. *Medicina e Historia* 24, 4-15; Sin embargo, uno de los trabajos más críticos en cuanto a la historia y profesión de los cirujanos de la Armada lo encontramos en la obra de ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*; También se pueden consultar los trabajos de Bustos BUSTOS RODRÍGUEZ, M. (1983). *Los cirujanos del Real Colegio de cirugía de la ilustración (1748-1796)*. Cádiz: Servicio de publicaciones de la universidad de Cádiz; además de los trabajos de OROZCO ACUAVIVA, A. (1976). “Pedro Virgili y el Hospital Real de Cádiz”. *Medicina e Historia*, 63, 9-25; OROZCO ACUAVIVA, A. (1991). “Los cirujanos navales en la Expedición Malaspina. La Expedición Malaspina (1789-1794)”. In *Bicentenario de la salida de Cádiz* (pp. 113–127). Cádiz: Real Academia Hispanoamericana.

profesionalización de la cirugía que pretendía iniciar Pedro Virgili⁵⁷⁹ con la formación del Colegio⁵⁸⁰. Algo que, por otra parte, también ocurrirá al proyectar el Colegio de Cirugía para el ejército en 1764, con la elección de Barcelona –carente de un fuerte legado escolástico– como sede. Un detalle muy relevante a la hora de sopesar el enfrentamiento dialéctico entre médicos y cirujanos que empezaba a levantarse en torno al reconocimiento y autonomía de estos últimos a la hora de legislar la práctica médica.

Debemos tener en cuenta que la cirugía había sido considerada —y lo seguía siendo en ciertos ámbitos a finales del siglo XVIII e incluso principios del XIX— como una disciplina menor, siempre supeditada a la medicina, que parecía reservada al ámbito teórico y escolástico de la Universidad⁵⁸¹. Aún seguía vigente en muchos ámbitos la tradicional clasificación del arte de curar que, consideraba la cirugía como parte de la quinta rama de la medicina: la terapéutica. Es decir que, lejos de considerarse al mismo nivel de la medicina, la cirugía era relegada al nivel de la dieta y la farmacia que junto con ella conformaban la rama de la terapéutica⁵⁸².

Con la formación del Real Colegio de Cádiz bajo el arbitrio de la Secretaría de Marina, la práctica y enseñanza quirúrgica empezó a afianzarse bajo un sólido currículum científico que incluía la enseñanza de anatomía, osteología, fisiología, higiene, patología, terapéutica, y operaciones, y que, poco a poco, fue incorporando entre otras, la física experimental, la química y la botánica⁵⁸³. Con una amplia biblioteca que permitía el acceso a las publicaciones más recientes en el mundo científico⁵⁸⁴ y la posibilidad abierta por la Corona, de becar a sus estudiantes para completar sus

⁵⁷⁹ Cirujano catalán (1699-1776). Formado en sus primeros años como barbero y sangrador, acude con 17 años a la Universidad de Montpellier, donde estudia Anatomía. Ingresará en el ejército y es destinado, como practicante Mayor, al hospital de Tarragona y, posteriormente en el de Valencia. A Instancia de Lacomba ingresa en la Marina y es destinado al Real Hospital de Cádiz, participando en varias expediciones marítimas. Será becado por Felipe V para perfeccionar sus estudios en París, tras cuya vuelta iniciará el proyecto para crear el Real Colegio de Cádiz.

⁵⁸⁰ ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, pp. 111-112.

⁵⁸¹ FRÍAS NÚÑEZ, M., & HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2012). “La sanidad y los espacios marítimos. Entre la Ilustración y la España liberal”. In GARCÍA HURTADO, M. R. (Ed.), *La Armada en el siglo XVIII. Ciencia, hombres y barcos* (pp. 49–65). Madrid: Sílex.

⁵⁸² SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1813). *Suplemento a los pensamientos sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar*. Barcelona: Oficina de Manuel Texéro, p. 176.

⁵⁸³ *Idem*, pp. 112-113.

⁵⁸⁴ El estudio realizado en 1994 por Rosario Gestido ofrece un extenso análisis sobre los fondos de la biblioteca del Colegio de cirugía. Véase: GESTIDO DEL OLMO, R. (1994). *Una biblioteca ilustrada gaditana: los fondos bibliográficos humanísticos del Real Colegio de Cirugía de la Armada*. Cádiz: Servicio de Publicaciones, Universidad de Cádiz.

estudios en centros como París, Leyden y Bolonia⁵⁸⁵, el perfil del cirujano fue adquiriendo una solidez que parecía alejarse del tradicional discurso médico que reducía su práctica al mecánico “arte de curar con las manos”⁵⁸⁶.

Si bien el Colegio quirúrgico iba consolidando su formación bajo el principio de formar personal competente, primero para la Armada y luego para el ejército—con la fundación de un colegio en Barcelona—, el derecho concedido en 1757 por la Corona de expedir el grado de “Bachiller en Filosofía” suponía un reconocimiento de esta institución al mismo nivel que la universidad. Con este título los alumnos del Colegio cumplían el requisito para acceder a los exámenes del Protomedicato, para los cuales, hasta el momento, solo podía accederse desde las facultades de Artes⁵⁸⁷.

El modelo de enseñanza planteado desde Cádiz —combinando el estudio teórico, con la experimentación, y la práctica en el hospital y en el anfiteatro anatómico— y el éxito y reconocimiento que parecían haber obtenido en poco tiempo sus cirujanos, allanaron el terreno para la proyección de otro Colegio en Barcelona. Arguyendo la falta de cirujanos preparados y de escuelas adecuadas para su formación, Pedro Virgili presentó en 1760 el proyecto para erigir un Colegio de Cirugía bajo los mismos privilegios que el colegio gaditano. En sus ordenanzas, sin embargo, además de la potestad de otorgar el título de “Bachiller en Artes”, incluían la homologación del título de cirujano como si estuviera revalidado por el Protomedicato, poniéndose ambos colegios a partir de este momento, bajo la presidencia del Cirujano de Cámara⁵⁸⁸. Según establecía el artículo IV (Título IV) “Todos los Maestros, que hubiesen estudiado latinidad, y filosofía y fuesen examinados y aprobados por el Maestro presidente y demás Maestros del colegio serán reputados como profesores, que ejerce un arte liberal y científico”, apuntaba también que adquirirían todos los

⁵⁸⁵ Sobre los pensionados españoles véase: RIERA PALMERO, J. (1976). *Cirugía española ilustrada y su comunicación con Europa*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

⁵⁸⁶ El término cirujano, si nos vamos a su raíz etimológica en griego, viene de los conceptos *χειρ* que significa “mano” y *εργον* que puede traducirse como “trabajo” u “obra”. El concepto de *χειρουργία* hacía referencia, por tanto, al trabajo manual, quedando la profesión quirúrgica asociada a la operación de la mano. El cirujano es reducido, si tomamos esta definición etimológica al pie de la letra, a la práctica del artífice.

⁵⁸⁷ El Bachiller de Artes o Filosofía eran considerados estudios preparatorios para las Facultades Mayores y requerían tres años de estudio, en latín, de Lógica, Súmulas, Física y Filosofía.

⁵⁸⁸ Artículo II, Título III: de los derechos, y prerrogativas del primer Cirujano de S.M. como Proto-Cirujano del principado de Cataluña, Gefe del Real Colegio de Barcelona, y de los demás Colegios de Cirugía: “todos los que ejerzan alguna parte de la Cirugía estarán del mismo modo bajo la autoridad del Primer cirujano del Rey, Director del Real Colegio de Barcelona, Maestro Vice-Presidente, y sus Teneientes, en lo que se mira al Estudio, y práctica de la cirugía” p. 21.

privilegios de un cirujano latino permitiéndoles ejercer la cirugía libremente en todo el reino “como si hubiesen sido recibidos en el Protomedicato, o graduados en cualquiera Universidad”⁵⁸⁹.

Dotados de uniforme propio desde el 2 de agosto de 1771⁵⁹⁰, y habiendo recibido el distintivo de Don y la prebenda de portar espada⁵⁹¹, parecía que se estaban dando un paso importante, no solo en la consecución de la autonomía de la cirugía, sino también en el reconocimiento profesional de sus practicantes. La formación de un Colegio de Cirugía en Madrid en 1787, al que la Corona dotaba de un subsidio anual de 18000 reales de vellón, parecía constatar la situación de cambio que estaba experimentando la institucionalización de la práctica quirúrgica y médica, pues con la aprobación de sus estatutos, no solo se estaba extendiendo el modelo de enseñanza de cirugía de la Armada y el Ejército al ámbito civil de la Corte, sino que también se apostaba por el autogobierno de la cirugía, desmembrando el Protomedicato en tres ramos, lo que significaba que los cirujanos y farmacéuticos serían examinados en tribunales propios.

Este ascenso y reconocimiento de la profesión iba aparejado también a un proceso de transformación de la enseñanza y práctica quirúrgica en el seno de los Reales Colegios, sin la cual es imposible entender las transformaciones que experimenta la profesión médica y quirúrgica a finales del XVIII. Efectivamente, las cátedras de los Colegios de Cirugía, con Cádiz a la cabeza⁵⁹², habían creado un modelo de enseñanza teórico-práctico renovador en el que se conjugaban la asunción y comunicación constante con los nuevos conocimientos en medicina y cirugía que circulaban por Europa y su puesta en práctica en el ámbito de los hospitales militares, el anfiteatro anatómico, la práctica

⁵⁸⁹ (1764). *Estatutos, y Ordenanzas Generales, que S.M. manda observar à los Colegios, y Comunidades de Cirujanos, establecidos en Barcelona, Cadiz, y en todo el Principado de Cataluña, para la enseñanza de la Cirugia, Exámenes de los profesores, y su gobierno economico*. s.n: s.n. p. 30. Consultado online: <http://www.liburuklik.euskadi.net/handle/10771/8837>.

⁵⁹⁰ CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada: génesis, perspectiva de siglos, ruta de libertad, sus celebridades*. San Fernando: Tip. de Fernando Espín Peña, p. 195.

⁵⁹¹ ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, p. 130.

⁵⁹² Debemos insistir en el hecho de que el Colegio gaditano y las necesidades específicas de la Armada van a ser las que marquen el currículo formativo desde los primeros años, y servirá como referencia para los demás colegios. El único intento de unificación de los currículos bajo el modelo de Barcelona resultó un fracaso por falta de formación médica. véase: FRÍAS NÚÑEZ, M., & HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2012). “La sanidad y los espacios marítimos...” ; ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos, cirujanos...*

en los barcos y en campaña. Una realidad que distaba de las lentas transformaciones que, por esa época, se producían en las universidades⁵⁹³.

Esta completa formación no solo reforzaba la autonomía de la profesión quirúrgica, sino que planteaban a finales de la centuria una transformación de su práctica en un proceso que Arquiola y Montiel denominaron oportunamente “medicalización de la cirugía”⁵⁹⁴. La solida base científica que, aparte de la cirugía, comprendía un dominio y cultivo de la anatomía, fisiología, botánica, patología externa e interna o la exploración clínica, empezaba a desdibujar los límites estrictos entre la práctica médica y la quirúrgica. Una situación que se convertía en una ambigüedad práctica para los cirujanos de la Armada dada la excepcionalidad de su ejercicio en los barcos, que les exigía, como únicos sanitarios a bordo, ejercer como terapeutas, higienistas, boticarios o patólogos.

Erigido como modelo de reforma, el Colegio gaditano mantuvo a final de siglo un discurso en el que se aspiraba a la adquisición, no solo de una base quirúrgica, sino médica. Paradójicamente, los cirujanos habían pasado de reclamar su autonomía frente la medicina para construir una base médica en su formación, marcada por las exigencias y la mirada de los nuevos profesionales del arte de curar que salían de los colegios quirúrgicos. El discurso de Domingo Castillejo — catedrático de “Materia médica y Botánica” — sobre la Renovación de estudios del Colegio de cirugía gaditano en 1771, reproducía a la perfección el camino formativo al que aspiraba dicho Colegio:

“No debéis pensar en abrazar solamente la parte quirúrgica, destinada a reparar las Enfermedades que piden la Operación de la mano porque se os nombra Cirujanos, pues aunque sea este nuestro principal instituto por razón a la decadencia en que ha estado, y la mayor necesidad que de ella se ha tenido, no obstante hallo tres razones potentísimas que os obligan a reunir todas as nociones de Medicina para satisfacer la cualidad de Phisico(sic), igualmente que de Cirujano; la Primera que se os enseñan las nociones que corresponden al Phisico igualmente que las demás materias; la segunda considerar que es naturalmente imposible (sic) que lleguéis a ser perfectos en la parte Chirurgical, sino gozáis igual perfección en el conocimiento de las Enfermedades internas; la

⁵⁹³ José Luis Peset analiza en varios textos la situación de la enseñanza médica en la universidad. Poniendo como ejemplo la reforma de 1771 de la Universidad de Salamanca, señalará su carencia enseñanza clínica y algunas ciencias básicas que empiezan a desgajarse en Europa. La enseñanza, apuntará, sigue manteniendo un carácter oral y memorístico dejando a un lado la experiencia práctica, tan importante en los Colegios quirúrgicos. Véase: PESET REIG, J. L., & PESET REIG, M. (1983). *Carlos IV y la Universidad de Salamanca*. Madrid: CSIC.

⁵⁹⁴ ARQUIOLA, E., & MONTIEL, L. (1993). *La corona de las ciencias naturales: la medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*. Madrid: CSIC., p. 42.

tercera, estar obligados de conciencia a satisfacer la vida de tantos en las dilatadas navegaciones y Hospitales dexando a vuestro zelo, aplicación y conducta la Salud de ellos en la curación de las enfermedades internas y externas de que son acometidos (sic).”⁵⁹⁵

Las pretensiones de los Colegios de cirugía iban, por lo tanto, más allá del reconocimiento de su autonomía profesional que como cirujanos buscaban, además, de la equiparación de su ejercicio con el de los médicos. Una lucha que parecía obtener sus frutos en la práctica, como nos demostrarían publicaciones como *el Tratado de las enfermedades de la gente de mar* que recogería la experiencia medico-quirúrgica de dos cirujanos gaditanos durante la Expedición Malaspina (1789-1794)⁵⁹⁶, y que también buscaba el reconocimiento oficial. Un complejo proceso que daría sus primeros pasos en 1786, cuando Francisco Canivell —en ese momento director del colegio gaditano— remitió una propuesta de *Ordenanzas* para el Colegio con la pretensión de unificar la cirugía y la medicina en el seno de los colegios y, por tanto, la expedición del título de médico por parte del Protomedicato para sus graduados⁵⁹⁷.

5.1.1. El reconocimiento institucional de los cirujanos.

La situación de apogeo que vivían los Reales Colegios y el apoyo que recibían de la Corona parecía favorecer las pretensiones de cambio propuestas por Canivell para el Colegio de la Armada, o al menos eso es lo que se podía deducir de la cantidad de Decretos y Órdenes que se publican en el corto —pero decisivo— periodo entre 1786 y 1791, en el que se reconocen y aumentan los privilegios y derechos de los cirujanos, que entre otras cosas significó un aumento de sueldo⁵⁹⁸, la extensión de sus facultades

⁵⁹⁵ CASTILLEJO, D.(1772). *Discurso que para la renovacion de los estudios dixo en el Real Colegio de Cirujia de Cadiz el dia 5 de octubre de 1771*. Cádiz: en la Imprenta Real de Marina de Don Manuel Espinosa de los Monteros, p. LXXXIV.

⁵⁹⁶ Este *Tratado* compuesto a partir de la experiencia de Pedro María González y Francisco Flores Moreno —personaje varias veces mencionado en este trabajo—, se convirtió en un texto de referencia en sanidad naval hasta el siglo XIX y es un claro ejemplo de las exigencias prácticas y teóricas que asumían los cirujanos de la Armada.

⁵⁹⁷ HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2013). “La cuestión sanitaria en el contexto expedicionario: El viaje de circunnavegación de Alejandro Malaspina (1789-1794)”. In CAVA MESA, B. (Eds.) *América en la memoria: conmemoraciones y reencuentros* (Vol.1, pp. 295—311). Bilbalo. Universidad de Deusto.

⁵⁹⁸ “Debiendo al Rey particular atención el Colegio de Cirugia de Cadiz, y las ventajas de tan importante establecimiento en bien de la humanidad, y especial beneficio de los que sirven en su Real Armada, se ha servido conceder en premio de los desvelos de sus profesores para el logro de ellas, y para estimular su zelo á que continuen sus buenos servicios, a los Maestros a propiedad, honores, y obencioes de Ayudantes, y a todos que se considere como sueldo lo que antes era gratificación”. *Real Orden dada en Aranjuez* á 31 de Marzo de 1789.

para ejercer la cirugía médica en todo el reino⁵⁹⁹ y la concesión de un Montepío para sus viudas e hijos⁶⁰⁰. Un reconocimiento profesional que culminaría con la elaboración de las *Ordenanzas para el Colegio de Medicina y Cirugía de la Armada* en 1791, en el que como su propio nombre indicaba, el colegio quirúrgico se transformaba en un centro médico-quirúrgico en el que quedaban unificada la enseñanza de ambos ramos y se abría la posibilidad de obtener, fuera del ámbito universitario, el título de médico.

Parecía que esta fecha marcaba “la culminación de una reforma”⁶⁰¹ en la que los cirujanos de la Armada, después de un largo siglo XVIII luchando por el reconocimiento de su status, se convertían en un cuerpo habilitado tanto en cirugía como en medicina⁶⁰². En este sentido, frente al modelo de enseñanza que ofrecía la Universidad, que se había mostrado incapaz de asumir el nuevo rumbo que estaba tomando la cirugía y su aplicación práctica, la Corona había apostado por el modelo renovador que se había originado en el seno de los Colegios de Cirugía, para responder a “la necesidad absoluta de Cirujanos hábiles para el servicio de mis Tropas de mar y tierra, y de los pueblos de mis dominios”⁶⁰³. Este apoyo de la Corona, sin embargo, no fue para nada gratuito, ya que existió una clara simbiosis entre los intereses de ambas partes. Por un lado, los cirujanos necesitaban de ese apoyo institucional para dar forma legal al proceso de profesionalización de su arte⁶⁰⁴. Por el otro, no podemos

⁵⁹⁹ (1786). *Real Orden de S.M. en que se extiende las facultades de los Cirujanos de Marina para ejercer a Cirugía Medica en todo el Reyno, dada en 31 de Enero de 1786*, ref. AMELLER (1790). *El merito y el premio de al cirugía española. Oración inaugural que para la renovación de estudios del Real Coegio de Cirugía de Cadiz dixo Don Carlos Francisco Ameller*. Cadiz: D. Manuel Ximenez Carreño

⁶⁰⁰ “En consideración a lo bien que el cuerpo de Cirujanos de la Rea Armada, ha desempeñado en todos tipos sus obligaciones, he condescendido con su representacion sobre el monte pio, para que por su fallecimiento, no queden sus familias en el desamparo” *Real Orden para el establecimiento de un Monte pio a favor de las Viudas, hijos y Madres de los médicos, y Cirujanos de la Real Armada Real Orden dada en Madrid á 13 de Abril de 1789.*, citando en: GARCÍA DE LA RASILLA ORTEGA, M.C., (1987). “El Montepío Militar. La asistencia Social en el ejército de la segunda mitad del siglo XVIII” *Revista de Historia Militar*, 1987. Núm.31(63).

⁶⁰¹ Así titulará Astraín uno de las secciones de su tesis doctoral: “La culminación de la reforma: La unificación de la Medicina y Cirugía. Las Ordenanzas de 1791”. ASTRAIN GALLART, M. (1992). *La medicina del mar...*, p.178

⁶⁰² Véase FERRER, D. (1983). *Historia del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales de la sanidad...”

⁶⁰³ (1801). *Real Cédula para la Observancia de las ordenanzas generales para el régimen escolástico y económico de los Reales Colegios de Cirugía y Gobierno de esta facultad en todo el Reino*. Madrid: Imprenta Real. Referencia a las transformaciones que sufrió el cuerpo de cirujanos en 1791.

⁶⁰⁴ LAFUENTE, A., VALVERDE, N., & PÉREZ, N. V. (2003). *Los mundos de la ciencia...*; LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales de la sanidad...”;

desentendernos del papel central que había ocupado el desarrollo científico y la asunción de los nuevos ideales ilustrados en instituciones de nuevo corte para demostrar la orientación reformista con la que pretendía venderse la nueva dinastía borbónica.

Atender una insistente demanda social reportaba a la Corona el beneficio de la legitimidad y el prestigio. Son varios los autores que han destacado el papel jugado por los Estados en el proceso de renovación y “cientificación” de aquellas actividades que eran consideradas útiles a la nación, por lo que no vamos a insistir en ello. Debemos puntualizar el hecho, para nada baladí, de que el apoyo institucional de la Corona a las Ordenanzas de 1791 se produce en pleno apogeo de la Marina Española. Tengamos en cuenta que en la década de los noventa, ésta alcanzaba su cenit numérico pasando, en números absolutos, de 122 buques en 1775, a 167 en 1787, y alcanzando los 200 en 1795⁶⁰⁵. No es, por tanto, extraño encontrarnos en las *Ordenanzas Generales de la Armada Naval* (1793) un total de treinta artículos destinados a regular y especificar la situación del cirujano⁶⁰⁶. La fuerza y mejora de la Marina se dejaban sentir en todos sus ámbitos, incluso el sanitario —tantas veces relegado a un segundo plano. Sin embargo, este paso tan crucial en el reconocimiento político del estatus y del ejercicio de los cirujanos se topaba con un muro que ponía en juego su proyección y continuidad durante el siglo XIX. El triunfo que supuso las Ordenanzas de 1791 en proceso de profesionalización de los cirujanos de la Armada fue efímero y puso de manifiesto las diversas fricciones y polémicas que durante el siglo se habían ido generando en torno a su ejercicio e institucionalización.

SELLÉS, M. (1988). *Carlos III y la ciencia de la ilustración...*, p. 75; SIEGRIST, H. (1991). “Professionalization as a process...”, pp. 177-202.

⁶⁰⁵ Datos de MERINO NAVARRO, J. P. (1981). *La Armada Española en el siglo XVIII*. Madrid: Fundación Universitaria Española, p. 151.

⁶⁰⁶ (1793). *Ordenanzas generales de la armada naval: Parte primera. Sobre la gobernacion militar y marinera de la armada en general, y uso de sus fuerzas en la mar ...* Cádiz: Imprenta de la viuda de Don J. Ibarra.

5.1.2. El turbulento camino de la reforma médica hacia el siglo XIX: un triunfo efímero.

Lo primero que tenemos que tener en cuenta es la presión y enfrentamientos que había generado desde su fundación, una institución como la de Cádiz, que proponía un modelo propio y autónomo tanto en la formación como en el examen de los aspirantes y que ahora, en 1791, veía cómo se verificaba en términos legales la aprobación en ambos ramos —la médica y la quirúrgica— a los facultativos gaditanos. Esta situación, efectivamente, había generado fricciones con varios sectores que hasta el siglo XVIII habían ostentando el monopolio de la salud y habían visto amenazado su dominio. Estos “genios rivales, émulos ciegos de nuestras glorias”, a los que Francisco Ameller dirigió su discurso dedicado al mérito y el premio de la cirugía española en 1790, podían diferenciarse en tres frentes de ataque principales⁶⁰⁷:

El primero provenía de los maestros gremiales de los tradicionales colegios de cirujanos, que veían en los Reales Colegios de Cirugía una amenaza con respecto a su práctica y ejercicio de este arte. Esta tensión se había intensificado con decretos como el que en 1786 permitía a los cirujanos ejercer la cirugía médica en todo el reino⁶⁰⁸ o con la aprobación de las Ordenanzas del Colegio de San Carlos de Madrid⁶⁰⁹ que hacía extensible el modelo impuesto por Cádiz más allá de la Armada y el Ejército, sentando las bases de la preparación de su práctica a nivel civil. Este frente era el más débil a finales del XVIII y principios de XIX, principalmente por el esfuerzo y la tendencia hacia la centralización en la que basaron su política los Borbones y que en el ámbito de la salud suponía una clara oposición y obstaculización por parte del gobierno de las prácticas gremiales.

Un segundo frente vendría impuesto por la oposición por parte del Protomedicato⁶¹⁰, que veía cuestionada su autoridad con la autonomía otorgada a los Colegios para la concesión de licencias. Este Tribunal, que desde su formación había sido el emblema y el referente absoluto en el ámbito de la profesión médica y un instrumento clave de

⁶⁰⁷ En este aspecto seguimos la clasificación hecha por Mikel Astrain en ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, p. 70.

⁶⁰⁸ (1786). *Real Orden de S.M. en que se extiende las facultades de los Cirujanos de Marina...*

⁶⁰⁹ (1787). *Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos*. Madrid: Imprenta de don Pedro Marin.

⁶¹⁰ LANNING, J. (1997). *El real protomedicato: la reglamentación de la profesión médica en el Imperio español*. México: Universidad Nacional de México Instituto de Investigaciones Jurídicas Facultad de Medicina.

centralización administrativa para el proyecto borbónico de renovación de la sanidad, vio retada su posición por parte de los cirujanos, viviendo un periodo de inestabilidad y enfrentamientos a finales de siglo pese a los intentos de reforma realizados por Carlos III⁶¹¹. Coincidimos aquí con la afirmación de Astrain, al señalar que en el conflicto que enfrentaría la autoridad de Cirujano mayor frente a la del Protomedicato, la figura de este último se vería reducida a un papel secundario con autoridad mínima⁶¹². Situación, por otra parte, que era un gran foco de tensiones —y que finalmente quedaría plasmado en los tumbos que daría el Protomedicato con respecto a su control sobre la praxis médica.

Por último, el tercer frente vendría de las fricciones con la universidad, generadas no solo por el modelo de enseñanza que proponían los Colegios de Cirugía, sino también por los privilegios obtenidos por estos en cuanto a la expedición de títulos que habían acabado igualando así su nivel de estudios con el de cualquier universidad Mayor. El modelo de enseñanza del “arte de curar” propuesto por las universidades se había quedado obsoleto; como escribió Peset, “la universidad había nacido y vivía como defensora de los viejos saberes y de las clases superiores en ellas interesadas”⁶¹³, frente a unos Colegios de Cirugía que supieron adaptar y asociar una práctica clínica y asistencial a la docencia, adquiriendo progresivamente una mejor preparación y mayor prestigio social que los médicos formados en las facultades de medicina⁶¹⁴.

Las tensiones y enfrentamientos entre el médico “puro” —prototipo de la enseñanza escolástica de la Universidad— y el cirujano formado en instituciones asistenciales y prácticas —como lo fueron lo Reales Colegios de Cirugía— salieron a relucir cada vez que la Corona pretendió legislar cualquier aspecto relativo al ámbito de la cirugía⁶¹⁵. Estos frentes de tensiones envolvían el triunfo que habían supuesto para la cirugía las

⁶¹¹ Durante el reinado de Carlos III se produjeron dos intentos de reforma: uno en el año 1760 y otro en 1780. En este último, por real Cédula de 13 de abril de 1780, a la par que se establecía el Colegio de Cirugía en la Corte, resolvía en el noveno punto la separación de las facultades de medicina, cirugía y farmacia dentro del Protomedicato, estableciendo el tribunal del protocirujano para el caso de la cirugía. La llegada al poder de Carlos IV supuso el declive definitivo de esta institución, sumiendo al Protomedicato en un periodo de constantes cambios que se tradujo en ceses temporales, cambios de prerogativas. Véase: CAMPOS DÍEZ, M. S. (1999). *El Real Tribunal del protomedicato castellano...*, p. 197.

⁶¹² ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, p. 72.

⁶¹³ PESET, M. (1974). *La Universidad española: siglo XVIII y XIX: despotismo ilustrado y revolución liberal*. Madrid: Taurus, p. 274.

⁶¹⁴ BARONA VILAR, J. (1992). *La doctrina y el laboratorio: fisiología y experimentación en la sociedad española del siglo XIX*. Madrid: CSIC, p. 26.

⁶¹⁵ ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, p. 106.

Ordenanzas de 1791 en un ambiente de tensión y suponían una amenaza para su proyección en el tiempo.

Sin embargo, no debemos obviar el hecho de que hay un sector del estamento médico consciente del estado deficitario en el que se encontraba la enseñanza de ésta en las universidades y que veía con buenos ojos los principios renovadores sobre los que se erigían Colegios de cirugía⁶¹⁶. Bajo su impulso, y con el apoyo de la Corona, se crearon en 1795 dos cátedras de clínica bajo la denominación de *Estudio Real de Medicina práctica*, en Madrid, con el objeto de cubrir y controlar el periodo de prácticas obligatorios para los médicos que si bien antes se hacía de forma privada con un médico, ahora se trasladaban al Hospital General⁶¹⁷. Una resolución que no solo suponía una aproximación a un valor creciente del empirismo y observación—lejos del culto al corpus teórico defendido en las universidades— sino que además modificaba la forma de acceso a la profesión médica. Ésta adquiriría cierta similitud con la de los Colegios de cirugía, basados también en la demostración práctica y la experiencia directa con los pacientes en el Hospital. Sin embargo, lo que en los Colegios se convertía en la base formativa desde el primer año, en el caso de los médicos se trataba de un periodo de prácticas en el *Real Estudio* y en el *Hospital General* del que formaba parte⁶¹⁸. En la misma línea, en Barcelona, los alumnos de la Universidad de Cervera quedaban obligados a cursar Anatomía en el Real Colegio de Cirugía, así como a seguir dos años de práctica en el *Hospital General de Barcelona*⁶¹⁹.

Como parte de este proceso de renovación que parecía extenderse a la práctica médica bajo el estado centralizado —puntualicemos que el *Estudio Real* quedaba bajo la

⁶¹⁶ El “plan Blasco” en la Universidad de Valencia en 1786 es un buen ejemplo de los pasos decisivos que se estaban dando en algunos centros universitarios por abandonar el corsé del galenismo que aún imperaba en la formación de casi todas las universidades e incorporar un currículo más acorde con las nuevas líneas científicas-médicas de la Europa ilustrada.

⁶¹⁷ Véase: USANDIZAGA, M. (1964). *Historia del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, 1760-1843*. Barcelona: Instituto Municipal de Historia, pp.118-119; LÓPEZ PIÑERO J. M. (1838). “La enseñanza médica en España desde la Baja edad media hasta la Ley Moyano (1857)”. In DANÓN J. (Ed.), *La enseñanza de la medicina en la universidad española*. Barcelona: Fundación Uriach 1838, p.24; DANÓN BRETOS, J. (1986). “Sobre los inicios de la medicina clínica en España, 1801-1850”. *Medicina & Historia: Revista de Estudios Históricos de Las Ciencias Médicas*, (12), 1–16.

⁶¹⁸ El 3 de diciembre de ese mismo año por Real Cédula se establecía también el Real Colegio de Medicina, en el que se habrían de incorporar los que pretendiesen establecerse en la Corte o en los Sitios Reales. Aunque según el trabajo de José Ramón Bertomeu, no se tiene constancia de que su fundación fuera efectiva. BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1996). *La actividad científica...*, pp. 162-176.

⁶¹⁹ USANDIZAGA, M. (1964). *Historia del Real Colegio...*, p. 118.

administración del Ministerio de Estado⁶²⁰—, en ese mismo año, 1795, se establecen unas nuevas Ordenanzas para el Colegio de Cirugía de Barcelona y se crea una Junta Superior Gubernativa integrada por los cuatro cirujanos de Cámara que haría depender el gobierno de los Colegios directamente de la secretaría y Despacho de Guerra. Con estas dos medidas se verificaban dos transformaciones importantes: en primer lugar, la administración centralizadora de Carlos IV asumía definitivamente el control de la práctica médico-quirúrgica. Y por otro lado, y en línea con este proceso de centralización, se unifica la gestión de los Colegios bajo las recién publicadas *Ordenanzas* de Barcelona. Unas ordenanzas que volvían a trazar una línea divisoria entre los médicos y los cirujanos.

Las consecuencias de esta unificación serían desastrosas para el Colegio de Cirugía de la Armada. Si bien, en origen, el Colegio de Cirugía de Barcelona se había inspirado en los principios que habían dado forma al primero, su objetivo fue formar al personal del ejército. Esto se tradujo en la orientación del currículo a una formación exclusivamente quirúrgica frente a la necesaria formación médica y quirúrgica que demandaba el trabajo de los cirujanos navales, único personal sanitario embarcado. Esta incompatibilidad en sus orientaciones curriculares había motivado el fracaso del primer intento de plegar la dirección del Colegio gaditano a las prerrogativas del catalán cuando se publicaron las *Ordenanzas* en 1764⁶²¹. Si bien en este momento la Armada dirigía el Colegio primando las necesidades prácticas de la cirugía naval y el criterio de los Cirujanos mayores, cuando se vuelve a plantear esta unificación en 1795, el trasvase del control colegial de la Armada al Despacho de Guerra y a la Junta Gubernativa formada en la Corte, relegaron a un segundo plano las opiniones en contra de esta unión, imperando el criterio político de centralización⁶²².

Quedaba así el Colegio gaditano despojado, no solo de aquella autonomía profesional y docente con la que se había caracterizado desde su formación, sino también del título de médicos que junto al de cirujanos habían adquirido con las *Ordenanzas de 1791*.

⁶²⁰ (1795). *Ordenanzas que S.M. manda observar para la enseñanza de medicina práctica en las cátedras nuevamente establecidas en el Hospital general de Madrid con la denominación de Estudio Real de Medicina Práctica*. Madrid: Imprenta Real, p. 2.

⁶²¹ FOLGUERA, M. DEL C. C. (1988). *La reforma sanitaria en la España...*, p.119.

⁶²² El Ministro de Marina Don Antonio Valdés enviaría una carta al Duque de Alcudia-Ministro de Estado, en la que expresará su disconformidad con este cambio al ser incompatibles e imposibles de adaptar las prerrogativas calatanas a la práctica médica que se le era exigida a los cirujanos embarcados. En A.H.M Sanidad, Leg.2904. 17 de julio de 1795.

Casi cinco años había durado el triunfo institucional y legal que ahora se veía frustrada por las dinámicas de centralización llevadas a cabo por Carlos IV, sumiendo la profesión quirúrgica, que tantos logros había conseguido en el seno de la Armada, en un periodo de incertidumbre.

La profesión quirúrgica daría sus primeros pasos en el siglo XIX sumida en una dinámica de cambios que demostraban los intereses y fricciones en el campo de la práctica y profesión médica, y el paulatino distanciamiento entre las exigencias prácticas del ejercicio de los cirujanos y su correspondencia institucional y legal.

Desde la publicación de las Ordenanzas de 1795 se abría la veda a lo que autores como Astraín o Calleja han considerado una “política de péndulo”⁶²³. Una situación de desequilibrios y reajustes que sacaría a relucir las distintas resistencias a las que se había tenido que enfrentar el proceso de profesionalización quirúrgica, y la indeterminación e incongruencias del Estado a la hora de responder a las necesidades del ejercicio médico-quirúrgico y conjugarla con su política de centralización. Esta situación se materializaría legalmente en un número ingente de Reales Órdenes y Cédulas que comenzarían con la publicación en 1797 de una prohibición a los médicos de ejercer la cirugía y a los cirujanos de hacer prácticas médicas salvo en casos excepcionales en los que la patología en cuestión requiriera ambos procesos. En éstos, el cirujano latino, y no el románticista, estaba autorizado a ejercer ambas ⁶²⁴.

Pese a esta Ordenanza que parecía poner en claro que las reformas de la enseñanza los médicos y cirujanos seguían teniendo bien delimitado su ejercicio profesional; en 1799 se produjo un cambio de rumbo que parecía favorecer la práctica médico-quirúrgica⁶²⁵. A través de una Real Orden se unificaban ambas facultades, adquiriendo la denominación de Colegios de Medicina y Cirugía, que ahora estarían bajo el control de lo que pasó a llamarse la Facultad Reunida, formada por cirujanos y médicos de

⁶²³ ASTRÁIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, p. 52; FOLGUERA, M. DEL C. C. (1988). *La reforma sanitaria en la España...*

⁶²⁴ Real orden de 3 de septiembre de 1797 en la que se ordena que se observen las leyes prohibitivas de que los médicos ejerzan la cirugía y los cirujanos la medicina. Salvo en los casos mixtos. Citado en USANDIZAGA, M. (1964). *Historia del Real Colegio...*, p. 118.

⁶²⁵ La profesión farmacéutica adquiere también independencia, anulándose el Protofarmacéutico y creándose la Real Junta Superior Gubernativa de la Facultad de Farmacia a la que se autoriza nombrar visitadores de boticas. Véase: SAGRERA, J. (2009). “La farmacia española durante la Guerra de Independencia (1808-1812)”. *Anales de La Real Academia Nacional de Farmacia (Madrid)*, 75(01), 513-526.

Cámara⁶²⁶. Esta resolución casaba con este esfuerzo por centralizar las instituciones, pues esta nueva Junta formada por miembros de la Cámara del Rey, había de reunir “todas la facultades, prerrogativas y honores que hasta aquí han tenido todos los Cuerpos Médicos y Quirúrgicos, y cualquier individuo facultativo en particular del Reyno sin excepción alguna”⁶²⁷. Esta medida avivaría uno de los focos de tensión a los que se había enfrentado la profesión quirúrgica: el del Protomedicato, que quedaría anulado, asumiendo sus prerrogativas la Junta de Gobierno de la Facultad Reunida recién creada.

Durante un breve periodo de tiempo, el Estado había sabido conjugar y encontrar un equilibrio entre sus pretensiones centralistas y la necesidad de mantener unido el ejercicio de la medicina y la cirugía en el seno de los Colegios Reales. O por lo menos eso parecía cuando en ese mismo año, 1799, el Ministro Urquijo excluía la enseñanza de medicina, cirugía o anatomía de las universidades y la confiaba en exclusiva a los Colegios⁶²⁸, que pasaban de ser tres a cinco con el establecimiento del Real Colegio de Cirugía de Burgos y de Santiago. El ejemplo francés, en este caso, estaba ejerciendo una influencia crucial a la hora de dibujar las reformas en esos momentos. Habiendo suprimido la Universidad de París la facultad de medicina en 1790, La Convención Nacional creaba en 1794 Colegios médicos en los que se enseñaba conjuntamente la medicina y la cirugía⁶²⁹.

Sin embargo, el rechazo que habían generado, ya no solo en el seno del aún poderoso —pero en decadencia— Protomedicato sino también por parte de la Instituciones universitarias y la clase médica que veía ultrajada su superioridad⁶³⁰, condenó a una corta vida a esta reforma. Recuperaba así en 1801 el poder el Protomedicato y

⁶²⁶ (1799). *Reales Ordenes expedidas en el año de 1799 por la Primera Secretaria de Estado para la reunión del estudio y ejercicio de la Medicina y Cirugía, y erección de un Junta General de Gobierno de esta, facultad Reunida*. Madrid: Imprenta Real.

⁶²⁷ Idem, p.10.

⁶²⁸ PESET, M. (1974). *La Universidad española...*, pp. 278-79.

⁶²⁹ BERNARD, J., LEMAIRE, J. F., & LACAN, (1995). *L'acte de naissance de la médecine moderne : la création des Ecoles de santé, Paris, 14 frimaire an III, 4 décembre 1794*. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; BURKE, M. (1977). *The Royal College of San Carlos : surgery and Spanish medical reform in the late eighteenth century*. Durham N.C.: Duke University Press, pp. 148-149.

⁶³⁰ Según cuenta Usandizaga, el ingreso de Custodio Gutierrez y de Gimbernat en la Academia de Medicina de Madrid en 1799 (ambos cirujanos —o médico -cirujanos si tenemos en cuenta los distintos momentos por los que pasa el Colegio—) es sintomático de este rechazo, pues solo fueron aceptados en concepto de físicos, sin admitirles en la clase de médicos. Véase: USANDIZAGA, M. (1964). *Historia del Real Colegio.....*, p. 121.

quedaban restablecidos los estudios de Medicina en las Universidades⁶³¹, que ese año por Real Orden, quedaban obligadas a establecer una cátedra de clínica en todo el territorio⁶³². El Colegio de Cádiz debía otra vez plegarse a las Ordenanzas del Colegio de Barcelona quedando con la sola denominación de Colegio de Cirugía⁶³³ y bajo el gobierno de la *Junta Gubernativa superior de los Colegios de Cirugía*, creada por *Real Orden* el 26 de mayo de 1801 a la que se le concedía total independencia y separación en lo concerniente a la enseñanza quirúrgica.

No podemos olvidar que este *vaivén* de posturas legislativas se producía en un momento en el que la situación sanitaria —con la epidemia de fiebre amarilla que asoló Cádiz en 1800 como icono— ponía en jaque la estabilidad de sur español⁶³⁴. Y mientras la institucionalización del ejercicio médico y quirúrgico de los cirujanos de los Reales Colegios era objeto de esa política de péndulo, la respuesta a la amenaza epidémica se veía presa de una administración sanitaria poco estable, como era la española en ese momento. La tensión política con respecto a Inglaterra tampoco mejoraba la situación. El enfrentamiento de ambas fuerzas navales provocada por sucesivas incursiones de los británicos en la bahía de Cádiz, se saldaba con la derrota española en Trafalgar en 1805 con la consiguiente crisis de la Armada, que parecía poner en jaque el futuro de los cuerpos asociados, como el de cirujanos⁶³⁵.

Dentro de esta dinámica pendular, en 1804, la Corona volvió a reemplazar al Protomedicato por una *Real Junta superior gubernativa de Medicina* que entre sus obligaciones contaba con la de velar sobre los estudios médicos de todas las

⁶³¹ A.H.N. Sanidad, 2904. “Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, por la cual se manda cesar a la Junta General de Gobierno de la Facultad Reunida, se restablece el Protomedicato; y que subsiga la Junta Superior de Farmacia con lo demás que se expresa”.

⁶³² PESET, M. (1974). *La Universidad española...*, p. 268.

⁶³³ ASTRAIN GALLART, M. (1992). *La Medicina del Mar...*, p. 57.

⁶³⁴ La epidemia de 1800 también tuvo un efecto significativo en el número de colegiales de cirugía en Cádiz. Diego Ferrer, como parte de la documentación trabajada en su libro, reproduce una carta dirigida a la Junta Superior Gubernativa en la que se establece “(...) que la total falta de Colegiales, 24 muertos, 70 enfermos y convalecientes los restantes, excepto 5 que quedan útiles, me priva del alivio de escribimiento para la contestación” en FERRER, D., & PONS, A. P. (1962). *Un siglo de cirugía en España...*, pp.168-169.

⁶³⁵ Tanto Salvador Clavijo y Clavijo como Manuel Gracia Rivas realizan una descripción sucinta del número de cirujanos que participaron durante la batalla y las muertes en combate. Véase: CLAVIJO, S. C. Y. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada: génesis, perspectiva de siglos, ruta de libertad, sus celebridades*. San Fernando: Tip. de Fernando Espín Peña, p. 419.

CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad Militar...*, pp. 238-239; GRACIA RIVAS, M. (2006). “La sanidad naval española...” , pp.180-185; GRACIA RIVAS, M. (2006b). La situación sanitaria durante la época de entreguerras. *Cuadernos Monográficos Del Instituto de Historia Y Cultura Naval*, 51, 57-71.

universidades y extinguir el estudio de esta ciencia donde no estuviera permitido y no contara con las cátedras necesarias para él⁶³⁶. De este modo se volvían a marcar los límites de la profesión quirúrgica y la médica. Sin embargo, parecía que el discurso reformista que se había introducido con facilidad en los colegios de cirugía empezaba a calar en las universidades, como lo demostraba la aprobación del nuevo Plan de estudios de la Universidad de Salamanca (1804), en el que entre otras cosas, las disecciones y las visitas al Hospital, junto con el mantenimiento de un diario clínico, se convierten en práctica diaria de sus estudiantes. Medidas que, por otra parte, recordaban a los principios de experimentación práctica que habían fundamentado la enseñanza en los colegios medico-quirúrgicos y que estaban plenamente integrados⁶³⁷.

Así mismo, se reinstalaba la Junta Gubernativa de Farmacia⁶³⁸ a la que se dotaba de unas nuevas ordenanzas para el régimen y gobierno de sus Facultades, las cuales preveían la creación de los Reales Colegios de Farmacia a imagen del implantado en Madrid, que se mandaba erigir en las propias ordenanzas⁶³⁹. Bajo su responsabilidad quedaba el control, la práctica y la docencia de su arte así como la dirección de los Colegios de Farmacia, el Botánico y la expedición de sus títulos. Junto con este decreto, una Real Cédula aprobaba las *Ordenanzas generales para el régimen y gobierno de los Reales Colegios de Cirugía en España*, en el que se establecían las funciones de la *Junta Superior Gubernativa de Cirugía* y con el que se pretendía que el régimen de la Cirugía en toda España fuese uniforme y autónomo, aumentando el

⁶³⁶ A.H.N. Consejos, 11979. (1804) *Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo por la cual se manda formar una Junta Superior de Medicina que vele sobre esta enseñanza, sus progresos y sus profesores, bajo las reglas que se expresan*. Artículo 5.

⁶³⁷ PESET, J. L., & LUIS, J. (1969). “El plan de estudios médicos de la Universidad de Salamanca de 18 de enero de 1804”. *Asclepio*, 21, 305–317; REIG, J. L. P., & REIG, M. P. (1983). *Carlos IV y la Universidad de Salamanca...* pp. 246-252.

⁶³⁸ La Real Junta gubernativa de Farmacia —creada en 1799— había sobrevivido la reforma de 1801 que restableció el Tribunal de Protomedicato y eliminaba la Junta de la Facultad Reunida. Con la ley de 1804 se establecían las ordenanzas de las Facultades de Farmacia. Véase: SAGRERA, J. (2009). *La farmacia española durante la Guerra...*, p.516.

⁶³⁹ art. 2, “Título III: De los Reales Colegios de Farmacia, de los Catedráticos, y enseñanza que ha de haber en ellos, y de las circunstancias de los alumnos para matricularse, y estudios que deberán hacer”. En. (1804). *Real Cédula de S. M. y señores del Consejo, por la qual se aprueban y mandan observar las nuevas ordenanzas formadas para el régimen y gobierno de la Facultad de Farmacia*. Madrid: en la Imprenta Real. p. 8.

estudio de la cirugía a 6 años —tiempo similar en las facultades de medicina universitarias— y creando los títulos de Bachiller, Licenciado y Doctor en Cirugía⁶⁴⁰.

La búsqueda de uniformidad respondía a las concesiones que se le habían hecho al Colegio gaditano en 1801, cuando la Junta de profesores gaditanos elevó una petición formal solicitando el restablecimiento de las Ordenanzas de 1791 para el Colegio de la Armada, por la especificidad de su ejercicio médico-quirúrgico. Una petición que fue reconocida legalmente por el Protomedicato y a instancias del Príncipe de la Paz⁶⁴¹. Sin embargo, pese a las nuevas *Ordenanzas* el control unificado de la profesión quirúrgica, el Colegio gaditano siguió rigiéndose por las *Ordenanzas* de 1791, como demuestra una resolución oficial ante la oposición de la *Junta de Medicina* a revalidar a varios profesores de la Armada en contra de las Ordenanzas:

“Enterado su Majestad de los antecedentes ocurridos en este expediente y convencido que en la Marina no pueden adaptarse las reglas con se gobiernan los colegios de cirugía del ejército, ha venido a resolver que los alumnos de Cádiz bajo las precauciones y reglas de ordenanza, conserven el privilegio de recibir allí los grados de medicina y cirugía para ejercer ambas facultades (...)”⁶⁴²

La singularidad gaditana va a ser un elemento esencial para comprender la tónica que adquiriría el debate sobre la profesión médico-quirúrgica en el periodo en el que se centra este estudio. Tenemos que tomar en consideración que el debate parlamentario de las Cortes y su posición con respecto a la cuestión sanitaria y a la profesión médica, se vería condicionada por la convivencia de ambas instituciones en el espacio gaditano y la facilidad y posibilidades dialógicas que se establecían entre sus miembros.

5.2. El prelude de la *Guerra de la Independencia* y los intentos de reforma de la profesión médica.

La ocupación francesa de la península sorprende a la profesión médica en un proceso de reforma que proyectaba una imagen de inestabilidad y falta de asiento, con una

⁶⁴⁰ (1804). *Real Cedula de S.M. y señores del Consejo en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas generales formadas para el régimen escolástico y económico de los Reales Colegios de Cirugía y gobierno de esta facultad en todo el Reino*. Barcelona: en la oficina de Juan Francisco Piferrer.

⁶⁴¹ CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad...*, p.230-31; ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, pp. 52-53.

⁶⁴² A.H.M., Sanidad, 2904. “15 de septiembre de 1805”.

larga lista de Ordenanzas que, como hemos comprobado, habían desdibujado, recompuesto y modificado los principios reguladores de la profesión médica, sus órganos de decisión y su estructura institucional. Sin embargo, esta falta de asiento tiene una doble lectura, pues se opone al estancamiento, proyectando una sensación dinámica —aunque a veces su movimiento fuera retrógrado— de búsqueda de un modelo que se adaptara a la compleja situación institucional y práctica.

5.2.1. El “Plan Caballero” de 1807.

Como parte de esta dinámica y considerado por la historiografía como el último intento de reforma de la enseñanza previo a la Guerra de Independencia, se publicó en 1807 el *Plan General de reforma de las universidades*, llevado a cabo por el Marqués de Caballero. Este Plan —conocido como el “Plan Caballero”—, suponía la culminación de un proceso de reforma que se había iniciado con la caída de Jovellanos y su sustitución por el Marqués en el Ministerio de Gracia y Justicia⁶⁴³. Una transformación que buscaba la uniformidad de los planes de estudio de las universidades, así como la supresión de aquellas que por su reducida renta no pudieran sostener una enseñanza adecuada; una medida que claramente atacaba a las universidades menores⁶⁴⁴.

Al igual que en otros ámbitos, la reforma de la enseñanza médica se proyectaba bajo la sombra del centralismo al que aspiraba la Corona y que parecía materializarse con la uniformidad en los planes de estudios, la elección del Rector por el Consejo o la fijación de los libros de texto en todas las universidades⁶⁴⁵. En este sentido, el plan de estudios de medicina elaborado por la Universidad de Salamanca en 1804 quedaba implantado en todas las universidades del reino o, más bien, en aquellas que tuvieran

⁶⁴³ Asumido el cargo en 1798, este plan de reforma tenía como prolegómenos las reformas de la Facultad de Leyes (1802) y el plan médico de la universidad de Salamanca (1804). Véase: BARREIRO FERNÁNDEZ, R. (2003). *Historia de la Universidad de Santiago de Compostela*. Volume 2. Santiago de Compostela: Univ Santiago de Compostela, pp. 23-24.

⁶⁴⁴ (1807). *Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo por la qual se reduce el número de las Universidades literarias del Reyno se agregan las suprimidas a las que quedan según su localidad : y se manda observar en ellas el plan de estudios aprobado para la de Salamanca en la forma que se expresa*. Madrid: [s.n.].

⁶⁴⁵ La reforma, sin embargo, no afectará a la hacienda de la universidad que será siendo autónoma y propia de cada universidad. Esta financiación, característica del Antiguo Régimen, se basaba mayoritariamente en diezmos, rentas de la propiedad rústica, urbana o capital mobiliario, en juros y vales reales, y, como veremos posteriormente en las críticas de los cirujanos, en prebendas eclesiásticas. HERNÁNDEZ, R. R. (2005). “Del diezmo al presupuesto: la financiación de la universidad española (1800–1930)”. *Investigaciones de Historia Económica*, 1(1), 97–130.

recursos para continuar con los estudios médicos, pues como establecía el plan, “en aquellas universidades donde por falta de rentas, teatros, instrumentos y auxilios necesarios no puede hacerse cual conviene la enseñanza de la medicina y la Cirugía (...) se las exonere expresamente las correspondientes cátedras de Medicina, pasando sus rentas a la dotación de otras facultades”⁶⁴⁶. Lo que se traducía en la eliminación del estudio de medicina en muchas facultades, entre ellas Osuna, Baeza y el resto de universidades menores que desaparecieron con la reforma⁶⁴⁷.

Bajo el imperio del modelo salmantino, los planes universitarios adoptaban unas reformas significativas con respecto a la enseñanza de la medicina. Éstas incluían la imposición de una cátedra de clínica y de afectos internos, incorporaba precozmente la enseñanza de la fisiología—aspecto en el que ha insistido Barona Vilar⁶⁴⁸— y se acababa con el reinado de Boerhaave en los programas docentes, que empezaban a adquirir una perspectiva anti-sistémica⁶⁴⁹. Además, las cátedras de medicina aumentaban significativamente, así como sus salarios, lo que se traducía en un reconocimiento mayor al cuerpo médico frente a los tradicionales estudios de Leyes y Teología que veían mermado su imperio en el claustro⁶⁵⁰. Sin embargo, la división estricta entre la profesión médica y la quirúrgica seguía vigente, y los cambios adoptados en las universidades no serían adoptados en los Colegios de cirugía, que seguirían rigiéndose por el plan de estudios de 1799.

La reforma, aunque considerable en el ámbito universitario, dejaba así abierto el debate sobre el futuro de la profesión médico-quirúrgica, cuestionando el futuro del “plan Caballero” en la enseñanza de este ramo. O eso parecía cuando a instancias del Príncipe de la Paz ese mismo año se convocaba, según refleja Monlau⁶⁵¹, una “Junta de gobierno o de reforma del arte de curar, compuesta de los profesores de las universidades y colegios”.

⁶⁴⁶ (1807). *Real Cédula...*

⁶⁴⁷ Caballero suprime las universidades de Toledo, Osma, Origuela, Ávila, Irache, Baeza, Osuna, Almagro, Gandía y Sigüenza.

⁶⁴⁸ BARONA VILAR, J. (1992). *La doctrina y el laboratorio...*, pp. 67-68.

⁶⁴⁹ PESET, M. (1974). *La Universidad española...*, pp. 272-273.

⁶⁵⁰ George M. Addy realiza una comparación de los porcentajes del presupuesto general que percibían las distintas cátedras entre la reforma de 1771 y la de 1807. Los resultados muestran un aumento considerable del presupuesto en Medicina (del 7,6 al 22,3%) pasando a ser la partida económica más alta y aumentando sus cátedras de 7 a 10 profesores. Véase: ADDY, G. (1966). *The Enlightenment in the University of Salamanca*. Durham N.C.: Duke University Press, pp. 232-233.

⁶⁵¹ MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene...*, p. 1130.

5.2.2. La olvidada Reforma de la constitución y los estudios de medicina y cirugía (1807-1808).

Esta Junta de Reforma, convocada a la par de haberse aprobado el “Plan Caballero”⁶⁵², ha quedado sistemáticamente excluida de los trabajos historiográficos dedicados tanto a la profesión médico-quirúrgica como a las instituciones de enseñanza. Un olvido que ha eclipsado una propuesta inmensamente interesante, no solo por sus contenidos, sino por venir del acuerdo entre miembros del ámbito universitario y de los Colegios de Cirugía; dos sectores antagónicos que producían una *tercera vía* para el progreso de la profesión.

Las únicas menciones que encontramos al trabajo de dicho cónclave se reducen a la breve mención a su convocatoria en 1807 —como son los casos de Monlau o José Luis Peset⁶⁵³—, arguyendo su falta de resultados a la irrupción del conflicto bélico que parece dar al traste con la consecución del objetivo encomendado a esta Junta. No es desacertado, efectivamente, pensar que la guerra irrumpió la trayectoria reformista que se había iniciado en 1807, pues así se comprobó con la parálisis de la puesta en marcha del “Plan Caballero” en las universidades. Sin embargo, esto no impidió la formulación de una propuesta de reforma por parte de esta Junta de cirujanos y médicos, que fue presentada en Aranjuez poco más de un mes antes de que estallara la guerra, el 15 de febrero de 1808. Quizás por estas circunstancias el texto no vio la luz en la época y pasara desapercibido por los historiadores.

No obstante, será en 1822, en el seno del irresoluto debate sobre la conveniencia de la unión de la medicina y la cirugía cuando, el “doctor en los tres ramos” Leonardo Galli publique en contestación a un artículo de Hernández de Morejón en las *Décadas medico-quirúrgica*, el inédito reglamento que la Junta impulsada por Godoy propuso en el año 1808. El texto aparecía inserto después de 148 páginas en las que Galli argumentaba sobre los beneficios de la propuesta que, junto a Antonio Gimbernat, Francisco Martínez Sobral y Pedro Custodio Gutiérrez, había presentado en 1799 para

⁶⁵² Esta Junta fue convocada el 13 de julio de 1807 según Anastasio Chinchilla. CHINCHILLA, A. (1848). *Anales históricos de la Medicina en general, y biográfico-bibliográfico de la Española en particular*. Vol. 3. Valencia: Imprenta de D. José Mateu Cervera.

⁶⁵³ MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene...*, p. 1130; PESET REIG, J. L., & PESET REIG, M. (1983). *Carlos IV...*, p. 270.

la unificación de la medicina y cirugía, y que Morejón había atacado en las *Décadas*, sirviéndose del informe negativo que, aparentemente, había dado la Universidad de Valencia a la Junta de Castilla en su momento. Como uno de los “testimonios que acreditan varios puntos insertos en la contestación antecedente a las décadas” Galli decide dar a la luz pública el Reglamento de la Junta nombrada en 1808 para reformar el arte de curar “por el cual se verá”, justificaría Galli⁶⁵⁴, “que aquellos no fueron los únicos que opinaron así por sus propios intereses, sino que fundados en la doctrina de los profesores más sabios, y en la práctica generalmente recibida en las escuelas y universidades de las naciones cultas juzgaron que debían reunirse los tres ramos del arte de curar para atender de este modo como aciertos a la humanidad doliente”.

De esta manera veía la luz pública por primera vez el *Reglamento general de reforma para el régimen escolástico de las reales escuelas de medicina, cirugía, farmacia o Arte de curar y para el gobierno de esta facultad en todo el reino*. Un texto, que lejos de los principios que había planteado la reforma del “Plan Caballero”, apostaba por un unificación de la enseñanza bajo un plan que fuera común a los tres ramos del arte de curar, y que no solo se aplicara a las universidades sino que se hiciera extensible a los Colegios y demás academias creadas para la formación de cirujanos y boticarios. Este texto de 116 páginas con seis artículos divididos en 150 secciones diferentes, surgía del acuerdo —no exento de polémica⁶⁵⁵— de un elenco de profesores que provenían de instituciones educativas con visiones tradicionalmente opuestas con respecto a la profesión médico-quirúrgica: firmaban el médico aragonés Juan Bautista Soldevilla, formado en la Universidad de Zaragoza y miembro de la Academia médico-matritense; Agustín Ginesta, segundo cirujano de cámara y desde 1788 catedrático del Colegio de Madrid; Antonio Zepa, catedrático de clínica en la universidad de Salamanca (en este periodo inmiscuido en pleitos con los catedráticos de la universidad salmantina⁶⁵⁶); Francisco Javier de la Peña, boticario de la Real Cámara; Carlos Nogués, ex-catedrático de “materia médica” en la universidad de Cervera y nombrado primer vicerrector del Real Colegio de Burgos, como premio a acceder a la unificación de la

⁶⁵⁴ DE GALLI, L. (1822). *Contestación al informe inserto en los números III. y IV., tomo 2o, páginas 97 y 145 de las Décadas médico-quirúrgicas y farmacéuticas, ó sea justa vindicacion de los autores del Reglamento del Estudio reunido de medicina y cirugía*. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro, p.148

⁶⁵⁵ Galli incluirá cuatro votos particulares emitidos por miembros de la Junta... GALLI, L. DE. (1822). *Contestación al informe inserto en los números III. y IV...Reglamento....*, pp.117-149.

⁶⁵⁶ PESET REIG, J. L., & PESET REIG, M. (1983). *Carlos IV y la Universidad de Salamanca...*

medicina y la cirugía en 1799 pese a los intereses de su universidad⁶⁵⁷; y Francisco Junoy —cirujano del Colegio de Barcelona— cuya participación se deduce por la emisión de su voto particular incluido en el Reglamento y por una referencia hecha por Salvá Campillo en 1813⁶⁵⁸, aunque su firma no aparezca junto el resto. El texto finalmente sería entregado por el magistrado y consejero de Castilla José María Puig Samper, considerado un miembro clave en la implantación definitiva de la enseñanza pestalozziana en España y hombre de confianza de Godoy⁶⁵⁹.

La Junta, por tanto, reunía a personajes que pese a provenir, en algunos casos, de instituciones que mantenían vigente el escolantismo que emanaba de su tradición, habían apostado por el reformismo científico y que ahora plasmaban en este reglamento. Un texto que, si bien reconocía su deuda hacia la reforma de 1799 —que había unido los ramos de cirugía y medicina—, y hacia los planes de estudio que la Universidad de Salamanca habían introducido en los últimos años del siglo XVIII⁶⁶⁰, proponía elementos innovadores que la distanciaban de previas reformas.

En primer lugar, y a nivel institucional y organizativo, se preveía la creación de una *Junta superior gubernativa del arte de curar*, que dependiente del ministerio de Gracia y Justicia, gestionaría la profesión médica, quirúrgica y, también, la farmacéutica⁶⁶¹; revalidaría sus títulos y exámenes, y se encargaría de sus instituciones de enseñanza. Esta propuesta que parecía seguir la tendencia centralizadora de la política borbónica, introducía sin embargo un cambio significativo: “las propuestas de los profesores del ejército y marina se dirigirán por sus respectivos ministerios, por los cuales se despacharán los nombramientos y providencias pertenecientes a este ramo de profesores”⁶⁶². Con esta disposición, pese a quedar la Junta a cargo de “la

⁶⁵⁷ DANÓN, J. (1976). “Notas Biográficas, VII Carlos Nogués (1752-1817)!. *Medicina E Historia*, 57, 3 – 4.

⁶⁵⁸ SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1813). *Suplemento a los pensamientos sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar*. Barcelona: Oficina de Manuel Texéro, p. 154.

⁶⁵⁹ Puig Samper había presidido la comisión que en 1806 se había formado para evaluar y supervisar la enseñanza y la labor de la escuela. Para una descripción más detallada de los estudios que impuso este modelo, véase: CAPEL, H. (1983). *Ciencia para la burguesía: renovación pedagógica y enseñanza de la geografía en la revolución liberal española, 1814-1857*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona, pp. 32-38.

⁶⁶⁰ El reglamento hace especial referencia a el plan de estudios presentado en 1789.

⁶⁶¹ Tengamos en cuenta que la profesión farmacéutica, incluso con la reforma de 1799 había tenido una Junta Gubernativa diferenciada de la Junta de la Facultad reunida.

⁶⁶² Artículo primero: “De la vía reservada por donde han dirigirse los asuntos de esta facultad. S.II. Reglamento general de reforma para el régimen escolástico de las reales escuelas de medicina, cirugía,

importantísima ocupación sobre la medicina castrense y naval”⁶⁶³, dejaba abierta la vía reservada de los Ministerios de Armada y Ejército para gestionar los nombramientos y providencias de su ramo. Una determinación con la que aparentemente se pondría fin a los enfrentamientos por la autonomía de las instituciones de carácter militar.

En otro orden de cosas, la Junta —nombrada por vocales de los tres ramos y presidida por un ministro— gestionaría el presupuesto y la hacienda de las tres facultades, que destinaría a sostener las escuelas y la impresión de obras, premiar a los profesores y costear las pensiones de los que por edad, enfermedad habitual o accidente les inhabilitara para la enseñanza.

La búsqueda del reconocimiento de la profesión era una de los objetivos que perseguía el *Reglamento*—como anotarían en la introducción— y esto se podía conseguir, a parte de con la mejora de los estudios —y por tanto la formación de mejores profesionales—, con un reconocimiento económico que pretendía ser equitativo con los tres ramos de la profesión.

Los fondos se recogerían de los presupuestos previamente establecidos por el erario público a las diferentes escuelas y facultades, al que se añadiría el dinero obtenido con las visitas de las boticas, el destinado a la dotación de inspectores de epidemias —función que ahora asumía la Junta— o de las distintas revalidas. Un fondo que, considerado insuficiente, se solicitaba engrosar por la Corona⁶⁶⁴, pues había asumido un largo proyecto de reforma que incluía la dotación de jardines botánicos, el fomento de viajes para mantener el flujo de intercambio con los avances europeos y, entre otras cosas, el ya mencionado sistema de pensiones como reconocimiento del trabajo de los facultativos. Pese a los límites de esta organización que asumía un extenso presupuesto por parte de la Corona en un momento en el que el erario público se resentía, la propuesta planteaba la unificación presupuestaria, un objetivo que no había conseguido llevar a cabo el “Plan Caballero”.

farmacia o Arte de curar y para el gobierno de esta facultad en todo el reino. In SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1813). *Suplemento a los pensamientos...*, p. 6.

⁶⁶³ Artículo II: de la real Junta superior gubernativa. En “Reglamento general de reforma...”. In GALLI, L. DE. (1822). *Contestación...*, pp. 6-18.

⁶⁶⁴ Artículo IV: del fondo común de la facultad. “Reglamento general de reforma...”. In GALLI, L. DE. (1822). *Contestación...*, pp. 22-23.

En el ámbito de la enseñanza, se retomaba el discurso reformista de los Colegios de Cirugía, en el que la medicina y la cirugía se presentaban como ramos idénticos de la misma ciencia y, por tanto, imponían como necesaria una formación integral, y unificada, para mejorar la profesión. Quedaba, por tanto, prohibido a los profesores — nombre con el que designará a los médicos y cirujanos— estudiar ambas ramas separadamente, “sino que todos los de esta clase—los de primera— han de estudiar completamente en las escuelas la teoría y la práctica de ambos ramos, empleando cinco años en lo que se dice teoría antes del grado de bachiller, y cuatro después de él en la de práctica”⁶⁶⁵. Frente a los seis años que habían impuesto planes de estudio como el de 1804 de la universidad de Salamanca o el de los Colegios de Cirugía de 1799, se dividía la formación en nueve años, en los que se incluían hasta cuatro cátedras más frente a los anteriores.

⁶⁶⁵ Artículo V: de los reales estudios y demás perteneciente a ellos. S.V. “Reglamento general de reforma...”. In GALLI, L. DE. (1822). *Contestación...*, pp. 23-105.

Reforma de 1799 (Colegios de Cirugía)	Plan de 1804/1807 Universidad de Salamanca.	Plan propuesto por la Junta de reforma (1808)
Cátedra de Botánica	Cátedra de Botánica	Cátedra de Historia natural y materia farmacéutica.
Cátedra de Anatomía y vendajes	Cátedra de Anatomía	Cátedra de anatomía
Afectos externos, Enfermedades de huesos y sus clínicas.	C. Afectos externos y Clínica	Cátedra de afectos externos, vendajes y clínicas
Obstetricia, Enfermedades sexuales, de niños, venéreas y sus clínicas.	Obstetricia, enfermedades sexuales	Cátedra de enfermedades de mujeres partos, niños y venéreas
Materia médica, Química, Farmacia y Formulas	C. de materia médica	Cátedra de terapéutica y materia médica
Afectos internos, Clínica, Relaciones facultativo forenses	C. de Afectos internos y clínica.	Cátedra de afectos internos y clínica
Aforismos, Enfermedades mixtas y Clínica.	Afectos mixtos	Cátedra de pronósticos y aforismos de Hipócrates
C. de Fisiología, Patología general y Terapéutica	C. de Fisiología e Higiene	Cátedra de fisiología e higiene
Matemáticas y Física Experimental	C. Patología y terapéutica	Cátedra de patología general
		Cátedra de medicina rural
		Cátedra de jurisprudencia médica Cátedra de química general y farmacopea
		Estudios prácticos

Tabla 2: Cátedras proyectadas en los distintos planes de reforma a principios del siglo XIX.

Cursos	profesores de primera clase	profesores de segunda clase	profesores de farmacia
1º	Historia natural y química	Materia farmacéutica y farmacología	Historia natural y química
2º	Farmacología y anatomía. *abril mayo y junio; materia farmacéutica (botánica medicinal)	Anatomía y fisiología	Historia natural (R*) y materia farmacéutica
3º	Anatomía(R*) Fisiología e Higiene	Anatomía (R*) Patología y terapéutica especial. Asistencia a los catedráticos de afectos externos (...) y en. de mujeres (...)	Química (R*) y farmacología
4º	Fisiología e Higiene (R*) Patología general	Asistencia catedráticos de afectos externos (R*) y medicina rural y jurisprudencia médica	Materia farmacéutica y farmacología (R*)
	Bachiller		Bachiller
5º	Patología general (R*) Materia médica y arte de recetar		Práctica en un oficina de farmacia con Prof. aprobado
6º	Afectos externos y enfermedades de mujeres + clínica		(R*)
7º	(R* curso anterior)		
8º	Afectos internos + clínica, pronósticos y aforismos de Hipócrates.		
9º	Afectos internos+clínica (R*) Jurisprudencia médica *mayo y junio: medicina castrense y naval.		

Tabla 3: Plan de estudios propuesto por la Junta de Reforma en 1808, como alternativa al “Plan Caballero”.

Estas cátedras debían imponerse en las nuevas escuelas proyectadas⁶⁶⁶ que, por el momento, y teniendo en cuenta la dotación y profesorado de ciertas universidades, solo era viable en las Universidades de Salamanca y Valencia, y en los tres Colegios de Cirugía⁶⁶⁷. La necesidad de llevar a cabo una reforma integral en las universidades estaba presente en todo el *Reglamento*, pues pese a constantes reformas del sistema de enseñanza, había resistido su “deseo de conservar sus antiguas costumbres”, siendo consideradas “una causa poderosas de la decadencia, atrasos y poca consideración que ha tenido la medicina, cirugía y estas ciencias, y sus profesores eran de una clase inferior al de los de otras facultades”⁶⁶⁸.

El esfuerzo, por tanto, debía provenir de dotar a los profesores de un reconocimiento adecuado con el grado de preparación y conocimientos que se proyectaba, ya fueran médicos o cirujanos, elevando su condición al mismo nivel que los otros catedráticos universitarios. Una medida que resultaba complicada de proyectar teniendo en cuenta las fricciones permanentes entre la tradicional figura del médico y la del cirujano, que si bien parecía haber sido superadas por un pequeño sector reformista del ámbito escolástico, seguían estando muy presentes. Como ya pasó con el “Plan Caballero” la mejora del estatus supondría un enfrentamiento con los demás estudios universitarios, como Leyes o Teología, cuyo cuerpo universitario verían amenazado el imperio de sus cátedras con las reformas y nueva consideración de los médicos. Fricciones que se intensificaban en el ámbito médico si tenemos en cuenta que el proyecto establecía la posibilidad a sus graduados de ejercer “promiscua o separadamente, conforme fuere su voluntad, medicina o cirugía, o algunas de sus partes”⁶⁶⁹.

Los interesantes aportes de este *Reglamento*, que insistía en una propuesta conjunta de los sectores más reformistas de la profesión, se vería paralizados por los acontecimientos ocurridos en Aranjuez⁶⁷⁰ que significó la caída de Godoy—gran

⁶⁶⁶ Las nuevas escuelas se formarían en Salamanca, Granada, Cádiz, Valencia, Barcelona, Zaragoza, Santiago, Madrid y Palma. (artículo V, S.VII). “Reglamento general de reforma...”. In GALLI, L. DE. (1822). *Contestación...*, p. 35.

⁶⁶⁷ Idem. Artículo V, S.CLI: Organización de las nuevas escuelas, p. 101.

⁶⁶⁸ Idem. Artículo V. S. IX: Requisitos necesarios para fijarlos en las nuevas Universidades, p. 37.

⁶⁶⁹ Idem. Artículo V, S. CX, p. 84.

⁶⁷⁰ La propuesta fue enviada a Aranjuez donde se reunió una Junta de evaluación compuesta por Manuel Núñez, Antonio Gimbernat, Ignacio Lacaba, Luis Blet, Gregorio Bañares; que compondrían, junto con los residentes en Madrid y que firmaban el borrador, doce profesores, cuatro de cada ramo del arte de curar. Véase: “Reglamento general de reforma...”. GALLI, L. DE. (1822). *Contestación...*, p. 185.

valedor de este proyecto— y posteriormente el inicio de la guerra⁶⁷¹. Aun insistiendo en sus límites —que residían principalmente en la exigente carga económica a la hacienda pública y la latente oposición de muchos sectores a esta reforma— el proyecto ofrece una nueva perspectiva en la historiografía al panorama discursivo que se abre en el primer periodo liberal español y permite comprender muchos de los debates que se establecen durante el debate en Cortes.

5.3. El control de la profesión médica en un país dividido.

El curso de los acontecimientos tras la ocupación francesa de la Península, tuvo un gran impacto, como hemos podido ver en el segundo capítulo, en la organización de la sanidad pública. Sin embargo, la presencia francesa no solo afectó a la implementación de medidas sanitarias unificadas y de carácter general para ofrecer una respuesta a los problemas de salud —en especial a las epidemias—, sino que también perjudicó a los mecanismos de control de la actividad médica en una España dividida:

Partimos de la base que pese a la propuesta planteada meses antes de la ocupación —y recientemente analizada— sobre la unificación en el ámbito gubernamental y académico, la profesión médica seguía rigiéndose por las *Ordenanzas* de 1804, que habían establecido una estricta delimitación de la profesión a través de la creación de tres Juntas Gubernativas para cada uno de los ramos. Tras la ocupación de Madrid —espacio en el que, por lógica, se concentraba el grueso institucional de la Monarquía— se produjo una desmembración de esta estructura que producirá un vacío organizativo durante los primeros años. Un vacío que provocará distintas respuestas, tanto en el territorio ocupado como dentro del incipiente proyecto liberal español, y que darán lugar a interesantes propuestas en este corto periodo.

⁶⁷¹ Según la nota de la publicación de Galli, la reunión de la Junta de evaluación del Reglamento coincidió con el motín de Aranjuez (17-19 de marzo de 1808) poniendo en suspenso la propuesta y desterrando al olvido.

5.3.1. Juntas gubernativas bajo la ocupación francesa.

Ocupada la capital en mayo de 1808 por los franceses, se produce efectivamente, una situación de incertidumbre en la gestión de la profesión médica. Establecido el gobierno de José Bonaparte, las Juntas Superiores Gubernativas de Medicina, Cirugía y Farmacia siguieron manteniendo durante los primeros años su autoridad en los territorios ocupados de acuerdo con la legislación heredada del reinado de Carlos IV, pasando a depender, no obstante, del Ministerio del Interior⁶⁷². Sin embargo, la capacidad de actuación de estos organismos se vio ciertamente afectada por las vacantes que ocasionaron la huida de algunos de sus miembros a los territorios de dominación nacional, entre ellos los médicos de cámara Manuel Núñez, Félix González⁶⁷³ y José Soria, el examinador perpetuo de la Junta, Antonio Franseri y los cirujanos de cámara Francisco Vullier, Pedro Vidart, José Antonio Capdevila e Ignacio Lacava.

No podemos dejar de subrayar, sin embargo, que la ciencia ilustrada española había sido, en cierta forma, *afrancesada* —culturalmente hablando—. En este sentido, y pese al gran flujo de rechazo a la invasión francesa y huida de los médicos, existió un núcleo de cirujanos y médicos que, sintiéndose deudores y apoyando el reformismo científico galo, permanecieron y participaron dentro del proyecto francés de Estado. Un proyecto que a través del Ministerio del Interior, supo situar a los científicos en un lugar prominente de la gestión del Estado, como fue el caso de Antonio Cibat –catedrático del Colegio de Cirugía de Barcelona– nombrado Inspector de Sanidad de la Guardia Real, miembro de la administración central de hospitales y finalmente del Consejo Supremo de Sanidad; o los cirujanos Leonardo de Galli y Antonio Lavedan

⁶⁷² Aunque haremos mención a la gestión francesa de las instituciones médicas, lo haremos de forma tangencial, remitiendo a los trabajos de Bertomeu para una revisión más profunda de la gestión científica bajo el gobierno bonapartista: Véase: BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1994). “La censura gubernativa de libros científicos durante el reinado de José I en España (1808-1813)”. *Hispania*, 54(188), 917–954; BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1994). “Los cultivadores de la ciencia españoles y el gobierno de José I (1808- 1813). “Un estudio prosopográfico”. *Asclepio*, 46(1), 125–156; BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1996). *La actividad científica en España bajo el reinado de José I (1808- 1813)*. Universitat de València, BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1996). “La colaboración de los cultivadores de la ciencia españoles con el gobierno de José I (1808-1813)”. In GIL NOVALES, A. (Ed.), *Ciencia e independencia política* (pp. 175–213). Madrid: Ediciones el Orto; BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (2001). “Tres proyectos de creación de instituciones científicas durante el reinado de José I: Un estudio sobre la transmisión de la ciencia en el marco de la Guerra de la Independencia”. In ARMILLAS, J. A. (Ed.), *La Guerra de la Independencia. Estudios* (pp. 301–325). Zaragoza: Diputación; BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (2009). “Ciencia y política durante el reinado de José I (1808-1813): El proyecto de Real Museo De Historia Natural”. *Hispania*, LXIX(233), 769- 792.

⁶⁷³ Manuel Núñez había formado parte de la Junta de evaluación del reglamento de 1808. Véase nota 670.

que formaron parte del Consejo Supremo de Sanidad Pública con Antonio Gimbernat a la cabeza⁶⁷⁴.

La gestión bajo el gobierno francés se vio dificultada, aunque no interrumpida, por la desmembración de sus cuerpos organizativos, y además, por la crisis económica que afectaba al mantenimiento y cobertura de las plazas vacantes. Tengamos en cuenta que las Juntas se mantenían en gran medida, gracias a los beneficios obtenidos de los exámenes de reválida y, en el caso de la de Farmacia, además, de las visitas a las boticas. Con un país en guerra y dividido política y territorialmente, estas funciones se vieron perjudicadas, siendo el caso que la Junta de Farmacia se quejaría en 1811 de que el dinero que tenían en las arcas únicamente podía servir para “satisfacer el cartero si le trae alguna carta, papel, tinta y polvos para escribir este y otros informes (...)”⁶⁷⁵.

Sin embargo, a pesar de los contratiempos, las Juntas siguieron desarrollando con menor o mayor dificultad, las tareas asociadas a su institución de acuerdo con los límites marcados por las ordenanzas de 1804. Entre ellas se encontraban la expedición de títulos, el control de la profesión o la tramitación de censura de libros o publicaciones. Tareas comprometidas siempre por la guerra, que en el ámbito quirúrgico, por ejemplo, reducía el control al Colegio de San Carlos de Madrid, haciendo patente en todo los ramos, la falta de comunicación entre las instituciones y los límites para la expedición de títulos que llevaban en muchos casos a la improvisación de juntas examinadoras⁶⁷⁶.

El modelo español de gestión —vigente casi los tres primeros años de ocupación francesa— sería reformulado, sin embargo, bajo los intentos reformistas de la administración de José I, que ya desde 1809 había pedido a través del Ministerio del Interior, informes sobre la situación del momento e historia de las Juntas Gubernativas de Medicina, Cirugía y Farmacia. Unos informes que en el caso del emitido por

⁶⁷⁴ Son de obligada lectura en este caso los trabajos de Bertoumeu y Juretschke sobre los matices de *afrancesamiento* y apoyo al gobierno francés. Unas puntualizaciones sobre el grado de implicación y circunstancias de distintos sectores que consideramos esenciales pero que se alejan de nuestro ámbito de investigación por lo que remitimos a sus trabajos; JURETSCHKE, H. (1962). *Los afrancesados en la Guerra de la Independencia su génesis, desarrollo y consecuencias históricas*. Madrid: Rialp; BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1996). “La colaboración de los cultivadores...”.

⁶⁷⁵ citado por BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (2009). “Ciencia y política durante el reinado de José I...” , p. 776.

⁶⁷⁶ BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1996). *La actividad científica...*, pp. 99-100.

Antonio Cibot, fueron acompañados de planes de reforma de las tres facultades⁶⁷⁷. Fruto de estas indagaciones —sin saber si ejerció alguna influencia en la resolución la propuesta de Cibot—se crearía en enero de 1811 el Consejo Supremo de Sanidad Pública. No es baladí que el decreto que aprobaba la reunificación —en este Consejo Supremo— de los tres ramos de sanidad, se publicara en el mismo día que se nombraba una *Junta encargada de trabajar en los planes de Instrucción pública*, que estaría presidida por Menéndez Valdés⁶⁷⁸.

La reforma de los organismos de gestión de la profesión médica estaba muy unida a la revisión de sus bases formativas. Así parecía quedar expresado en la tarea asignada al Consejo Supremo de Sanidad de elaborar un reglamento general para la enseñanza y ejercicio de la medicina en toda su extensión⁶⁷⁹. Además, el hecho de que dos miembros del recién formado Consejo de Sanidad —Fernández de Navarrete y Martínez Marina—, fueran nombrados miembros de la Junta de Instrucción Pública⁶⁸⁰, pone de manifiesto el compromiso de ambas instituciones por proyectar una reforma en la formación de las ciencias de curar. Sin embargo, como revela el estudio realizado por José Ramón Bertomeu, no existe mucha documentación que permita estudiar si esta reforma se llevaría a cabo en el seno del Consejo⁶⁸¹. El informe de José Vargas y Ponce a la Junta de Instrucción Pública —uno de los pocos documentos que se conservan de los trabajos de esa Junta—, tampoco ofrece mucha información al respecto, concentrando sus esfuerzos en la reforma de la primera y segunda enseñanza, dejando de lado la enseñanza en las Universidades, Academias y Colegios profesionales⁶⁸².

⁶⁷⁷ JURETSCHKE, H. (1962). *Los afrancesados en la Guerra...*, p.186; LÁZARO LORENTE, L. M. (2010). “El informe de José Vargas Ponce a la Junta de Instrucción Pública (1810)”. Presentación y transcripción. *Historia de La Educación*, 8, 293-313.

⁶⁷⁸ “Decreto por el qual se nombra una Junta encargada de trabajar en los planes de instrucción pública. Extracto de las minuta de la Secretaría de Estado. En nuestro Palacio de Madrid a 28 de Enero de 1811”. (1012). *Prontuarios de las leyes y decretos del Rey Nuestro Señor Don José Napoleon I del año 1811*. Madrid: Imprenta Real, pp. 78-79.

⁶⁷⁹ Bertomeu hace referencia a un informe del 30 de enero de 1811, guardado en el Archivo de la Villa de Madrid, en el se especifica esta obligación. En BERTOMEU, J.R. (1996). *op. cit.*, p. 105.

⁶⁸⁰ JURETSCHKE, H. (1962). *Los afrancesados en la Guerra...*, p.186; LÁZARO LORENTE, L. M. (1989). “El informe de José Vargas Ponce a la Junta de Instrucción Pública (1810). Presentación y transcripción.”, *Historia de la Educación*, 8, 293-313.

⁶⁸¹ BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1994). “Los cultivadores de la ciencia...”, pp. 105-106.

⁶⁸² El trabajo de Lázaro Lorente sobre Vargas Ponce ofrece una transcripción del informe entregado a la Junta. Véase: LÁZARO LORENTE, L. M. (2010). “El informe de José Vargas...”, pp. 302-313.

5.3.2. La respuesta española al vacío organizativo: los intentos de reforma previos a la convocatoria de Cortes.

Si bien, tras la invasión napoleónica, la administración de José Bonaparte encontró una estructura institucional consolidada en la capital, en el caso de la resistencia española se produjo una paralización y descentralización del mecanismo estatal de la Monarquía que obligaba a replantear, a la recién creada *Junta Central del Reino*, los instrumentos e instituciones con los que enfrentar el vacío y reorganizar la administración emergente. Uno de los pasos decisivos en este proceso fue la creación del *Consejo y Tribunal Supremo de España e Indias*⁶⁸³, cuyo decreto de constitución, expedido el 25 de junio de 1809, declaraba la supresión e ilegalidad de los antiguos consejos y tribunales de la Monarquía con sede en Madrid. Un paso clave para delimitar la nueva administración bonapartista, que, como explicaba el propio decreto, se había servido “de los mismos Consejos y antiguos tribunales de la Corte bajo su respetable nombre y conocida autoridad en los países extranjeros”⁶⁸⁴.

Sin embargo, esta medida había supuesto la supresión de las Juntas gubernativas de los tres ramos de medicina, que habían quedado —como hemos podido ver en el apartado anterior— bajo la administración francesa. De tal forma, que si bien se habían intentado suplir las atribuciones de tribunales extintos como el Consejo de Castilla con el nuevo *Consejo Reunido*⁶⁸⁵, la eliminación de las Juntas Gubernativas de Medicina, Cirugía y Farmacia había dejado desierta la gestión de la profesión. Así lo ponían de manifiesto el 25 de julio de ese mismo año, los antiguos miembros de la Junta de Medicina Manuel Núñez y Félix González, que desde Sevilla —sede en esos

⁶⁸³ El trabajo de José María Puyol sobre la creación de este Consejo es muy esclarecedor en cuanto a las circunstancias que motivaron su génesis y los intentos previos de organizarse en torno al *Consejo Real* y otras instituciones: PUYOL MONTERO, J. M. (1995). “La creación del Consejo y Tribunal Supremo de España e Indias (Consejo Reunido) por la Junta Central en 1809”. *Cuadernos de Historia Del Derecho*, (2), 189–233.

⁶⁸⁴ Documento XXIX. DE DIOS, S. (1986). *Fuentes para el estudio del Consejo Real de Castilla*. Salamanca: Diputación de Salamanca, pp.153-154.

⁶⁸⁵ Nombre con el que también se conocía al Consejo y Tribunal Supremo de España e Indias.

momentos de la Junta Central⁶⁸⁶— solicitaban formar un cuerpo que “bajo el nombre de Junta, de protomedicato, u otro equivalente ocupe el gobierno de esta Facultad”⁶⁸⁷.

En este escrito, los dos médicos señalaban los graves prejuicios contra la salud pública que podría ocasionar la inexistencia de una cabeza rectora para la facultad de Medicina, después de todos los desvelos y reformas que se habían llevado a cabo al respecto en las últimas décadas, exponiendo, de manera resumida, los retos a los que se había enfrentado —y debía aún enfrentarse— la gestión de la profesión. En este sentido, no perdían la oportunidad de reconocer los grandes progresos a los que había llegado desde 1804 la Junta Superior Gubernativa de Medicina —a la que habían pertenecido— en el control y fomento de la enseñanza, en la propagación de la vacuna, en el asesoramiento a las Juntas sanitarias sobre la epidemia, además de no perder de vista los trabajos de las Academias, sociedades y otros cuerpos sabios médicos⁶⁸⁸.

Unas funciones y trabajos en las que se incluía la elaboración de un plan para el establecimiento de un cuerpo unificado permanente de “médicos sabios castrenses útiles en tiempos de paz y guerra”, asegurando la perpetuidad de sus plazas, sus ascensos y sus premios, y con el que se aspiraba a conseguir los adelantamientos y mejoras de la práctica de la medicina, que según su criterio era más necesaria que la cirugía en este ámbito. Un proyecto que parecía necesario en el momento en el que se encontraba el país, pero que había quedado interrumpido por la eliminación de la Junta. Por eso se hacía necesario, según el criterio de estos médicos, restituir la Junta para poder cumplir con su obligación en el ámbito de la sanidad pública y perfeccionar la obra propuesta con las experiencias mediatas que ofrecía la situación.

La propuesta de los dos miembros de la extinta Junta resultaba una acertada llamada de atención ante el vacío institucional al que había sido relegada la profesión médica en el periodo de guerra⁶⁸⁹. Sin embargo, debemos subrayar que sus palabras revivían de una

⁶⁸⁶ RAMOS SANTANA, A. (2012). "En los orígenes: soberanía y representación en las Juntas andaluzas (1808-1810)". In *La Constitución de 1812: clave del liberalismo en Andalucía* (pp. 31-56). Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces; MORENO ALONSO, M. (2001). *La Junta Suprema de Sevilla*. Sevilla: Alfar.

⁶⁸⁷ A.H.N., Consejos, 11979, “De los Sres Dn. Manuel Núñez y Feliz Gonzales Médicos de cámara de continuo ejercicio, e individuos natos de la Real Junta Superior gubernativa de medicina. Breve exposición del protomedicato y Junta gubernativa”.

⁶⁸⁸ Idem.

⁶⁸⁹ Un olvido que, a la luz de la investigación presentada en capítulos anteriores, parecía respaldarse en la priorización de la gestión de la salud pública en su rama ejecutiva motivada por la situación de urgencia provocada por las amenazas epidémicas.

manera sesgada viejos debates de la profesión médica. No puede pasar desapercibida la insistencia de los médicos en la elaboración de un plan de medicina castrense en este escrito de julio de 1809, año en el que también se reimprimía el *Reglamento para gobierno del cuerpo de cirugía militar del ejército*, creado en 1805 por Carlos IV⁶⁹⁰. Un texto que, en el panorama desierto que presentaba la gestión de la profesión del arte de curar, parecía dar un nuevo impulso a la Cirugía en detrimento de la Medicina, en gran medida por las necesidades del momento, como apuntaría años más tarde Juan Bautista Peset⁶⁹¹. En efecto, la urgencia por organizar la cirugía de campaña y los hospitales militares en la Península desde los inicios de la guerra contra el ejército francés, favorecieron una inclinación hacia la mayor organización y estructuración de ese ramo en detrimento de la profesión médica, sobre todo teniendo en cuenta la vinculación que había existido —y seguía existiendo— entre los cuerpos militares y los Colegios quirúrgicos⁶⁹².

Haciendo una relectura del documento enviado por los dos médicos bajo esta óptica, advertimos que efectivamente, los esfuerzos de ambos por restablecer las Juntas gubernativas están centrados en recuperar esencialmente el de su ramo, la medicina, y ensalzar los avances y méritos de los médicos desde el momento en el que se vieron separados de los cirujanos. La reestructuración de las Juntas, según este criterio, dejaba fuera de juego la propuesta de reglamento y organización planteada en 1808 y se remitía a las ordenanzas de 1804, bajo las cuales, cierto sector de la plana médica seguía sintiendo protegido su estatus frente al de los cirujanos. En este sentido, es interesante resaltar que uno de los firmantes de este escrito, Manuel Núñez, había sido nombrado parte de la comisión que quedó encargada de juzgar la propuesta de reforma de la profesión sanitaria en 1808, quedando interrumpido su cometido por las circunstancias. Pese a ello, en este escrito, y en uno previo —firmado el 12 de junio de 1809— parecía dejar clara su postura y voto ante el intento reformista, al que tachaba de “tormenta”, que pretendió invertir el buen orden y los progresos impuestos en 1804. Unos “delirios” que fueron escuchados por Godoy y que estuvieron a punto de marcar

⁶⁹⁰ (1805). *Reglamento para gobierno del cuerpo de cirugía militar del ejército (sic)*. Madrid: Imprenta Real.

⁶⁹¹ PESET Y VIDAL, J. B. (1876). *Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia*. Valencia, Ferrer e Orga, p. 197.

⁶⁹² Más allá de los trabajos previamente citados de Mikel Astraín o María del Carmén Calleja, podemos destacar otros trabajos en este ámbito: RIERA, J. (1969). “Cuerpos médicos especiales: médicos de la Armada y del Ejército”. *Asclepio*, 21, 327–334; MASSONS, J. (1994). *Historia de la sanidad militar española*. Barcelona: Pomares-Corredor.

el fatal destino de la medicina si no hubiera sido por el feliz acontecimiento del 19 de marzo de 1808 que terminó con el encarcelamiento del Príncipe de la Paz⁶⁹³.

Los primeros pasos que se daban para organizar la profesión en el periodo inaugurado por la ocupación francesa, parecían remitir al *status quo* de 1804. Así lo confirmaba otra propuesta presentada paralelamente por otro de los médicos que habían conseguido huir de la capital e instalarse en Sevilla: Don Higinio Antonio Lorente, médico de cámara y catedrático de química⁶⁹⁴.

Sus críticas al estado anárquico en el que se encontraba la profesión médica tras la salida del gobierno de Madrid venían acompañadas de un borrador de una nueva Cédula, que en 24 artículos manuscritos⁶⁹⁵, parecía recuperar el espíritu que había rodeado a la erección en 1804, de la Junta Superior Gubernativa de Medicina. Con una leve diferencia, ya que la nueva Junta, que pasaría a llamarse *Inspección de Salud Pública*, obviaba dentro de esta inspección, los ramos de la cirugía y la farmacia, que quedaban otra vez reducidos –como expresaba su artículo 22– a ciencias auxiliares.

⁶⁹³ Estas palabras pertenecen a un escrito también dirigido por Manuel Núñez y Feliz Rodríguez a su majestad con fecha 16 de junio de 1809. A.H.N. Consejos, 11979:

“(…) Cuando la Juntas trataban de poner termino a tantos males. cuando tenía trabajadas las ordenanzas para le régimen económico, literario y gubernativo de la Facultad conformes en un todo con las leyes fundamentas de S. M. cuando tenia formados sus planes de estudia con presencia de los mejores que hoy rigen en, las mas celebres universidades de la Europa sabia u en fin cuando la autoridad a quien competía su conocimiento estaba completamente satisfecha de estos trabajos ya esperaba de ellos copiosos y abundantes frutos, volvió a levantarse de nuevo otra tormenta fomentadora por otro reformador no menos a propósito para invertir el buen orden de las cosas como el primero; tal fue D. Francisco Amorós que además del grande influjo que tenia con el Principe de la paz, adquirió el concepto de conocedor de la Medicina por la comisión que le confió en los últimos periodos de la epidemia de Andalucía. Mas como se hubiese también este sabio erigido en maestro y director de la escuela Pistaloziana contó también con que se hallaba con derecho para introducirse en el Santuario de las ciencias mayormente en la medicina donde se pierden los talentos mas sublimes y contó con nuevas fortunas siempre que se concentrase mas en la opinión de aquel aunque fuese a costa de sacrificar todos los intereses públicos. Efectivamente fueron oídos sus delirios convocó a Cortes a médicos, cirujanos y boticarios, nombrado por el presidente de este conclave a su primo el ministro del consejo Puig a quien condecoro con los honores de cámara dandole por escrito los cánones que debían servir de normas y gobernó en las sesiones en la inteligencia que eran irrevocables y de ninguna manera debían discutirse. Estaba ya para fallares el fatal destino de la Medicina (mejor pudiera llamarse contra la humanidad) cuando ocurrió el feliz acontecimiento de 19 de marzo de Aranjuez, y la prisión del privado día memorable para la nación por todos los títulos y que haría enroca en la historia de los siglos venideros y día en que igualmente la medicina se linero del naufragio y bajo los auspicios de VM podrá volver a renacer siendo útil y saludable a sus semejantes prestandose al socorro de las dolencias del modo solido eficaz y christiano con que en todos tiempos ha sabido serlo aun en aquellos en que las naciones que hoy se llaman sabias venían a españa a tomar lecciones en sus escuelas”.

⁶⁹⁴ A.H.N., Consejos, 11979. “Instancia y proyecto de Real Cédula de Higinio Antonio Lorente”. Sevilla 3 de marzo de 1809.

⁶⁹⁵ A.H.N., Consejos, 11979. “Borrador de la Real Cédula propuesta por Higinio Antonio Lorente. Sevilla”. Abril de 1809.

La cédula que proponía Lorente, en la línea del discurso de Núñez y González pero en otros términos, pretendía elevar el dominio de los médicos en el control de la profesión médica “y de sus ciencias auxiliares”. El proyecto, pese a insistir en que era beneficioso para el Gobierno en el estado actual del país por no suponer un gasto al erario⁶⁹⁶, era devuelto al médico con el mandato de mejorar la propuesta. Un rechazo que parecía estar argumentado, como se puede ver en el expediente⁶⁹⁷, por la simplificación de las Juntas en torno a la de medicina. Una medida que era justificada por el médico con el argumento de perseguir la mejora de la comunicación y la búsqueda de eficacia, pero que sin embargo, y dada la oposición encontrada, podía modificarse. Habían llegado a Sevilla en esos meses los profesores Francisco Balmis —cirujano honorario de cámara y artífice de la expedición de la vacuna en América— y don Josef Manuel Bermúdez —Boticario de segunda clase— con lo que, según Lorente, podían pasar a formar parte de la Junta de Inspección de salud pública, convirtiéndose en inspectores generales de Medicina, Cirugía y Farmacia y así poder contestar a todos los informes que el gobierno pidiera sobre cada una de las tres facultades, y examinar a los aspirantes⁶⁹⁸.

La petición a la Junta Suprema Central quedaba en suspenso en un momento en que la política seguida por el cuasi-improvisado gobierno español, daba un viraje decisivo al convocar las Cortes para, entre otras cosas, “meditar las reformas que deben hacerse en nuestra administración, asegurándolas en las leyes fundamentales de la Monarquía, que solas pueden consolidarlas, y oyendo para el acierto, como ya se anunció al público, a los sabios que quieran exponer sus opiniones.”⁶⁹⁹.

La toma de decisiones parecía quedar pospuesta a la futura reunión de las Cortes en 1810. Aún así, el texto de Higinio Lorente dejaba claro dos elementos: que seguía existiendo una reticencia por parte de un sector del cuerpo médico a reconocer el auge

⁶⁹⁶ Idem. Según el artículo 5º de la cédula presentada: “ los individuos que compongan esta Junta no gozaran por ahora de sueldo alguno, supuesto que es de la mayor entidad en las actuales circunstancias el menor dispendio posible en los caudales y fondos públicos; y en atención a que los profesores se prestaran a servir como debate todo buen vasallo a la sanción, sin atender por ningún título a sus intereses particulares. (...)”.

⁶⁹⁷ A.H.N., Consejos, 11979. “Expediente de la propuesta de Don Higinio Lorente incluyendo la cédula de la reforma y las mejoras añadidas tras el rechazo del primer borrador 13 de abril de 1809”.

⁶⁹⁸ Idem.

⁶⁹⁹ (1809). *Decreto sobre restablecimiento y convocatoria de Cortes expedido por la Junta Suprema gubernativa del Reino* (“Consulta al país”) (22 de mayo de 1809). Biblioteca Cervantes Virtual [<http://www.cervantesvirtual.com/obra/decreto-sobre-restablecimiento-y-convocatoria-de-cortes-expedido-por-la-junta-suprema-gubernativa-del-reino-consulta-al-pais-22-de-mayo-de-1809--0/>]

de la cirugía en la institucionalización de la profesión. Una postura que, en segundo lugar, el gobierno parecía no aceptar, reconociendo —con la devolución de la propuesta de Lorente y la reimpresión del Reglamento de Cirugía militar— el lugar que debían ocupar las antes consideradas ciencias auxiliares.

5.4. Las Cortes y sus profesionales sanitarios: el modelo gaditano como referente.

Llegado el año de 1810, la situación de la profesión médica, pese a las reformas puestas sobre la mesa, sufría una parálisis debida en gran parte a las consecuencias de la guerra y a la división territorial ocasionada por la ocupación. Una situación que llegaba a un punto de inflexión en los meses previos a convocarse la Cortes con la suspensión de los estudios públicos. El decreto del 30 de abril de 1810 argüía que, siendo la prioridad de la nación “arrojar al enemigo del pueblo español”, era indispensable prescindir de todos los negocios que no fueran de la guerra y, por tanto, ordenaba la suspensión de la enseñanza y el cierre todas las universidades y colegios que no tuvieran como objeto la guerra⁷⁰⁰. Este decreto, en muchos casos, solo fijó sobre el papel la situación de parálisis que ya vivían muchas de estas instituciones a causa de los dos años previos de la guerra⁷⁰¹; por no decir de la cantidad de instituciones que quedaban bajo el dominio francés sobre las que se había perdido capacidad de gobierno.

5.4.1. Cádiz y el Colegio de Cirugía de la Armada: diapasón de la reforma.

Con la clausura de las Universidades y Colegios se ponía una piedra más en el camino de la organización de la profesión sanitaria, al incapacitar a sus miembros para continuar y revalidar sus estudios.

La situación de *impasse*, sin embargo, fue enfrentada por el Colegio gaditano, que en junio de 1810 convocaba una Junta extraordinaria para extender una petición a la Regencia con el objeto de que se le concediese la potestad de conferir grados mayores

⁷⁰⁰ A.C.D., Impresos, Lg. 1, nº2. “Decreto de la Regencia de 30 de abril de 1810 sobre suspensión de la enseñanza de todas las ciencias que no estén referidas a la guerra”.

⁷⁰¹ FUENTE, V. (1975). *Historia de las universidades, colegios y demás establecimientos de enseñanza en España*. Vol. 4. Madrid: Imprenta de la viuda e hija de Fuentenebro, p. 319.

y menores. Su solicitud, en este sentido, no solo se refería a los estudios quirúrgicos, sino que recuperaba el discurso de unificación de los saberes médicos y, por tanto, pedía el derecho a revalidar de ambas facultades⁷⁰². Un proyecto que tomaba la dirección opuesta a las propuestas presentadas hasta el momento a la nueva Regencia por los miembros de la extinta Junta superior gubernativa de medicina. No olvidemos que la plana mayor del Colegio gaditano de ese momento había participado activamente en el debate sobre la necesidad de la unión de la cirugía y la medicina para la adecuada formación de sus estudiantes, cuya actividad se iba a desempeñar en las condiciones particulares que exigía la práctica en los hospitales y barcos de la Armada.

Carlos Francisco Ameller, nombrado director en 1805, había sido el artífice del discurso sobre *el mérito y el premio de la cirugía española*, que solo un año antes de que se reconociera la primera unificación de las dos facultades —en 1791—, aportaba un retrato del prestigio y reconocimiento que habían adquirido los cirujanos formados en los Colegios en todos los ramos necesarios para su ejercicio⁷⁰³. Juan Manuel de Arejula, nombrado director —sin ejercicio— del Colegio el año previo —1809— había defendido durante años la introducción de la enseñanza química en la formación quirúrgica, con lo que esto suponía en la renovación de la profesión⁷⁰⁴. Y entre los catedráticos, destacaría la aportación de Pedro María González y Francisco Flores Moreno⁷⁰⁵, catedráticos de Fisiología e Higiene y Botánica, respectivamente, tras su participación en la Expedición Malaspina y la elaboración del *Tratado de las enfermedades de la gente de mar*. Un texto clave en la historia de la cirugía naval y que puso de relevancia la necesidad de una formación integral para la práctica a bordo de sus cirujanos.

La respuesta de la Regencia a esta petición no tardó en llegar, y parecía responder a las pretensiones de los facultativos del Colegio gaditano, decretando por Real Orden del 27 de Julio, que en tanto que las Universidades no pudieran continuar en sus funciones —paralizadas por la irrupción de los ejércitos enemigos— se le concedía al Colegio de Cirugía de Cádiz la potestad de conferir grados menores y mayores a los

⁷⁰² FERRER, D. (1962). *Un siglo de cirugía en España...*, p. 213.

⁷⁰³ AMELLER, C. F. (1790). *El mérito y el premio...*

⁷⁰⁴ AREJULA, J. (1795). *Discurso sobre la necesidad de la química (A) en la teoría y práctica de la medicina: leído en el Real Colegio de Medicina y Cirugía de Cadiz: el primero de octubre de 1795*. Cadiz: en la Imprenta de D. Manuel Bosque .

⁷⁰⁵ A.G.M., Expedientes personales, Lg. 2898, nº57. “Expediente Flores Moreno”.

profesores de ambas facultades, con la condición de que “acrediten haber estudiado con aprovechamiento los años que prescriben los últimos reglamentos aprobados por las universidades y Colegios de Cirugía”⁷⁰⁶. Esto se hacía bajo la premisa de permitir que los profesores de Medicina y Cirugía pudieran ejercer estas facultades, pero también —como especificaba la primera línea de la Real Orden— para adquirir el distintivo que merecen por su aplicación.

Con este decreto, el Colegio gaditano se convertía en el único centro capacitado para conferir títulos en todo el Reino. Una potestad que, al parecer, vino acompañada de otro reconocimiento, pues una representación de Francisco Ameller al ministro Nicolás María Sierra⁷⁰⁷, con fecha de 6 de septiembre, daba a entender que el Colegio de la Armada había pasado a componer una nueva Junta Gubernativa de Medicina y Cirugía:

“Esta Junta Gubernativa de Medicina y Cirugía con arreglo a lo que se previenen en la ordenanza general y en el reglamento del cuerpo de cirugía militar ha dirigido a S.M. con el correspondiente Informe algunas propuestas y varias representaciones de los facultativos que sirven en los ejércitos para el conducto del exmo señor ministro de la guerra y no habiendo recibido la Junta contestación alguna ni experimentado los efectos consiguientes que esperaban presume que la notable detención de los expresados expedientes provenga tal vez de que por secretaria de Gracia y justicia del cargo de VE no se haya circulado a la de la guerra la real orden de 7 de mayo últimos sobre la erección y facultades de esta junta gubernativa de medicina y cirugía lo que acordó hacer presente a V.E. por si tuviese a bien en el caso de ser cierta su presunción e que se comunique a dicha secretaria la real orden citada a fin de que pueda desempeñar con la brevedad conveniente al mejor servicio las funciones que por la expresada real orden ha fijado S.M en su cuidado”.⁷⁰⁸

Esta representación reflejaba la dirección que estaba tomando la reforma de la gestión profesional de la sanidad que, frente al vacío preexistente y la parálisis a la que la historiografía ha condenado este proceso, hasta la formación en 1811 del Protomedicato⁷⁰⁹, reconocía al Colegio gaditano como bandera de esta reforma y el formato de unificación de los saberes médicos como suelo de la misma.

⁷⁰⁶ FERRER, D. (1962). *Un siglo de cirugía en España...*, p. 214.

⁷⁰⁷ Ministro de Gracia y Justicia 08/03/1810 [BOE 13/04/1810] a 19/01/1811 [BOE 31/01/1811]; Ministro de Hacienda Interino 02/07/1810 a 13/11/1810 [BOE 20/11/1810]; Ministro de Marina Interino 02/07/1810 a 23/06/1811.

⁷⁰⁸ A.H.N., Consejos, 11979. “Representación de Carlos Ameller a Don Nicolas Maria de Sierra”.

⁷⁰⁹ Los trabajos que hasta el momento han abordado la gestión de la profesión médica estudian este periodo como una etapa de estancamiento en el que no parece haber cambios ni reformas sustanciales

La circunstancialidad del periodo en la que se proyecta esta reforma, parece ofrecer una respuesta satisfactoria a la elección del Colegio gaditano como diapasón de la nueva configuración de la profesión sanitaria. No obstante, sería incorrecto reducir la nueva orientación de esta gestión a una simple cuestión coyuntural.

Efectivamente, el panorama que ofrecía España a finales del año 1810, situaba a Cádiz como uno de los pocos bastiones de resistencia, y por tanto, el principal centro de la nueva política proyectada. La existencia de una institución consolidada como el Colegio gaditano, que además había sido el impulsor y referente de la primera reforma de la enseñanza en el periodo ilustrado⁷¹⁰, parecía justificar la confianza de la Regencia en esta institución, con demostrada trayectoria reformista, en vísperas de la reunión de las Cortes.

A esta situación habría que añadir el hecho de que uno de los motores que movía los engranajes de la política en este momento era la guerra, por lo que una institución como la gaditana, formada y proyectada por la Armada para formar de manera específica a facultativos para el cuerpo militar, parecía un modelo adecuado para los intereses del emergente gobierno, que desde los primeros meses de la formación de la nueva Junta gubernativa de Medicina y Cirugía recibieron —como demuestra la representación de Ameller⁷¹¹— propuesta de mejora para el ámbito de la sanidad militar.

No obstante, debemos puntualizar que, pese a la confianza dada al Colegio, éste no pasaba por su mejor momento: el vaivén legal sufrido desde finales del siglo anterior había debilitado los pilares de la institución, afectando a la enseñanza, envuelta en un proceso de cambio constante de ordenanzas, y al desarrollo de la actividad científica. El desgaste de la institución también venía fomentado por el impacto de las distintas olas epidémicas que habían arrasado la ciudad de Cádiz desde el año 1800. Una

desde las pre-existentes Juntas Superiores Gubernativas de Medicina, Cirugía y Farmacia hasta la formación del Protomedicato: Véase: CARDONA, Á. (2005). *La salud pública en España...*; PESET, M. (1974). *La Universidad española...*; CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad...*; MARTÍNEZ PÉREZ, J. (2004). *La medicina ante el nuevo milenio : una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

⁷¹⁰ Tengamos en cuenta que fue el Real Colegio de Cirugía de la Armada el primero en crearse y sus ordenanzas y planes de estudios sirvieron de referencia para el resto de Colegios proyectados. Hasta tal punto que el proceso de unificación de la medicina y cirugía en 1791 emergió del colegio gaditano y se exportó a todos los colegios. Véase: ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*; CLAVIJO Y CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad...*; FERRER, D. (1962). *Un siglo de cirugía en España...*

⁷¹¹ A.H.N., Consejos, 11979. “Representación de Carlos Ameller...”.

circunstancia que, si bien le había labrado al Colegio una reputación notable por su capacidad de actuación y respuesta médica a la enfermedad, había supuesto —y seguía suponiendo a la altura de 1810— la pérdida de un número notable de sus colegiales y catedráticos⁷¹².

Por otro lado, las exigencias sanitarias del extenso periodo de conflictos a los que se había enfrentado la Armada española —primero contra Inglaterra desde 1796 y desde 1808 frente el ejército francés— habían obligado a prestar servicio a un gran número de los colegiales, que en algunos casos se traducían en cuantiosas bajas⁷¹³. Además, el inicio de la guerra contra Inglaterra había supuesto un duro golpe para una institución como la Armada, que tras la derrota de Trafalgar había visto mermado su prestigio y flota, con grave perjuicio para las instituciones asociadas y su economía. Esta última se estaba viendo, además, claramente debilitada por el conflicto contra Napoleón, que mermaba las arcas públicas bajo las exigencias de la guerra⁷¹⁴. Un conflicto que también había traído el descontrol, la insubordinación y la alteración de conducta del

⁷¹² El ejemplo de la epidemia de 1800 es, quizás, el más representativo del impacto del número de bajas para el Colegio gaditano, según demuestra una carta enviada como respuesta a la Junta Superior Gubernativa en ese mismo año ante la solicitud de informes sobre el estado de la epidemia. En ella, se decía que “la total falta de Colegiales, 24 muertos, 70 enfermos y convalecientes los restantes, excepto 5 que quedan útiles, me priva del alivio de escribimiento para la contestación y finalmente las correspondencias con el C.G.S.G y atender a la provisión de facultativos para los Hospitales, después de la muerte del Cirujano Mayor, no me han permitido ni el mas corto preciso descanso para el restablecimiento del ataque epidémico...” crf. FERRER, D. (1962). *Un siglo de cirugía en España...*, pp. 168-169.

⁷¹³ Previamente en este capítulo hemos hecho referencia a los trabajos en los que se han estudiado las bajas en el cuerpo de cirujano de la Armada durante la batalla de Trafalgar (nota 568). Por otro lado, Salvador Clavijo cita algunos de los colegiales de la Marina que participaron durante la Guerra de Independencia y las bajas entre ellos: Don Sebastian Perez Montero (de Consultor de Medicina); Don José Rodriguez Romano (de consultor de cirugía, fallecido en Zaragoza en Enero 1809) Don Pedro Le'pm Velasco, (de primer ayudante de cirugía fallece en Zaragoza); Don Diego Gutierrez de la Vega (de Julio de 1808 a octubre de 1809, enfermado de resultas de la campaña) Son Bartolomé Garzón (fallece en en Malaga al servicio de Ejército); Don Juan Angel perez (desembarca del navío "San Lorenzo", pasando al Ejército con la categoría de primer ayudante en julio de 1809). Entre los Segundos Cirujanos Don Joaquin Granados (en calidad de primer Ayudante de Cirugía); Don José Mexías de la Perla (destinado en el Regimiento 2º de voluntarios de Madrid); Don Antonio Moras (en uno de los Batallones de Marina que tanto se distinguieron en la acción de Ocaña) Don José Galán (de primer ayudante). CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad...*, p. 241.

⁷¹⁴ Debemos considerar aquí que casi todas las propuestas que se hacen de reforma de la profesión médica se formulan bajo el principio de no causar un gasto elevado a las arcas públicas, como habíamos visto en la propuesta de Higinio Lorente. Otra de las razones que se han presentado para argumentar la decadencia económica de la institución es, según el estudio de Ramírez Muñoz, la incomunicación que se produce en los primeros años con el poder central, impidiendo la co-financiación de la Institución gaditana. RAMIREZ MUÑOZ, F. J. (2013). *EL hospital de la Segunda Aguada (1793.1854)*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz.

alumnado que perjudicaba el, ya de por sí alterado, correcto funcionamiento del Colegio ⁷¹⁵.

Sin embargo, y pese a que la debilidad del Colegio gaditano y la fragilidad del contexto han servido para alimentar el discurso de decadencia institucional de la ciencia decimonónica, no podemos denostar la importancia de esta institución en la proyección de una nueva orientación en el proceso de profesionalización de cirujanos y médicos bajo el amparo de sus catedráticos y el reconocimiento político del nuevo gobierno instaurado.

En el momento de dar comienzo las sesiones de Cortes, el Colegio de la Armada no solo mantenía el monopolio del control de la institucionalización médico y quirúrgica sino que adquiriría, además, una presencialidad en el recién inaugurado panorama político: el nombramiento de Carlos Francisco Ameller, director del Colegio, como “ministro de capa y espada del Consejo de Hacienda” el 12 de abril de 1810, suponía un paso clave en el proceso de reconocimiento político de médicos y cirujanos ⁷¹⁶. Una distinción que también fue recibida con carácter honorario, por el médico-cirujano Juan Manuel de Arejula, según consta en una representación hecha a la Regencia por el mismo médico en noviembre de 1810 ⁷¹⁷. Con estos nombramientos se producía un cambio significativo dentro del reconocimiento de la élite médica: la formación y conocimientos en el campo sanitario no solo se proyectaba en su reconocimiento como élite dentro del campo médico, sino que le capacitaba como élite intelectual que se proyectaba en otras esfera de la política, en este caso, la hacendística, sin necesariamente tener un conocimiento profundo sobre este tema.

Existe cierta correspondencia entre esta realidad y el proceso de encumbramiento de la élite médica en Francia, con nombres tan prominentes como Georges Cabanis (1757-1808), dentro de la política revolucionaria y napoleónica impulsado por el pensamiento de los *Ideologes*. Como ha remarcado Mathew Ramsey, a lo largo del siglo XIX se fue instaurando en el país galo una tradición de política médica que asignaba a los

⁷¹⁵ Este problema se intentaría atajar en 1812 con la publicación de una normativa interna para los colegiales. Biblioteca Nacional de España (B.N.E.), VE/582/, (1812). *Constituciones que deben observarse y cumplirse puntualmente por los alumnos internos del Real Colegio de medicina y cirugía de Cádiz*.

⁷¹⁶ A.H.N., Consejos, 11979. “Decreto por el que se nombra a Ameller Ministro de Hacienda”.

⁷¹⁷ A.H.N., Consejos, 11979. “Instancia enviada por Juan Manuel de Aréjula con la solicitud de que se le aclare el sueldo de sesenta mil reales anuales que dice le corresponden por el Empleo de médico de cámara”. Cádiz (11/11/1810).

facultativos un rol prominente como consejeros de los legisladores. Se les otorgaba así, con una extensa autoridad en el diseño y ejecución de políticas públicas⁷¹⁸.

El contexto en el que se produce este reconocimiento puede aportar cierta luz sobre alguna de las motivaciones de este cambio cualitativo. Era en este mes de abril cuando uno de los médicos gaditanos, Bartolomé Mellado, había dado la alarma sobre la amenaza epidémica de la fiebre amarilla en Cádiz. Una situación, que como hemos podido comprobar en los primeros capítulos, colocó la cuestión sanitaria en la mesa de debate político desde los primeros momentos de la convocatoria de las Cortes. La urgente necesidad de generar mecanismos de prevención y gestión de esos peligros externos permitieron promover la incorporación de la clase médica en un área de intervención pública y su vinculación con el aparato estatal⁷¹⁹. La creación de comisiones de salud pública a partir de noviembre de 1810 para estudiar la epidemia, —como las formadas por Arejula, Ameller, Coll y Costa el 22 de noviembre, estudiadas con anterioridad—, parecía demostrar el status institucional que se le estaba otorgando al control higiénico y ponía sobre la mesa la compleja cuestión del papel de los médico-cirujanos como los profesionales capacitados para proponer los mecanismos de actuación estatal contra la epidemia.

No es extraño, por tanto, encontrar en el expediente que acompaña al decreto para el nombramiento de Ameller, una extensa referencia a su “activo celo en proporcionar a la Humanidad afligida los mas pronto y eficaces auxilio en las epidemias que invadieron a esta ciudad y pueblos comarcanos en los años de 1800, 801, 804” en las que, específica, “acudió con sus conocimientos facultativos en impedir sus progresos”⁷²⁰. La expectativa de un posible *contagio epidémico* en el inicio del debate político convertía la experiencia y el conocimiento de Ameller en previas epidemias en un activo valioso para el gobierno y, por tanto, repercutía en la consideración de su

⁷¹⁸ RAMSEY, M. (1994). “Public health in France...”, p.54. Roselyn Rey ofrece un análisis sobre “les Ideologues” y la cultura científica francesa de este periodo. REY, R. (1993). “L’École de santé de Paris sous la Révolution: transformations et innovations”. *Histoire de L’éducation*, 57(1), 23–57. Véase también: CORSI, P. (2005). “After the Revolution: Scientific language and French Politics, 1795-1802”. In *The Practice of Reform in Health, Medicine, and Science, 1500-2000. Essays for Charles Webster* (pp. 223-245). Ashgate.

⁷¹⁹ GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999). *Curar...*, pp. 58-72.

⁷²⁰ AH.N., Consejos, 11979. “Decreto por el que se nombra a Ameller Ministro de Hacienda”.

lugar y estatus dentro de la maquinaria política⁷²¹. Un reconocimiento en el que también entraba en juego su formación como cirujano militar y su posición dentro del aparato institucional del cuerpo médico-quirúrgico, como director de la institución gaditana. En una situación de guerra como la que se encontraba el país, parecía valiosa la experiencia previa del catedrático en la creación de hospitales durante el combate de Trafalgar y “la rectitud y acierto y probidad que observa en el despacho de la dirección y gobierno de este colegio, cuerpo de profesores de la Armada y de los hospitales”⁷²².

La guerra y la epidemia, dos de los grandes problemas que habían ayudado a la decadencia de la institución eran, paradójicamente, elementos esenciales para entender el encumbramiento y prestigio de sus catedráticos y colegiales. Esto nos ayuda a explicar el hecho de que, aún sabiendo que habían escapado de Madrid personajes de aquella élite médica que habían configurado la Junta Gubernativa de Medicina, como Manuel Núñez y Félix González, la primera comisión médica nombrada por el nuevo poder estuviera formada principalmente por miembros del colegio gaditano; centro regido bajo las exigencias militares y que ante todo, se había destacado en la lucha contra la epidemia desde 1800, habiendo producido a la altura de 1810 un considerable número de obras científicas sobre la materia⁷²³.

La concesión por parte de la Regencia de los honores de médico de cámara a varios de los catedráticos del ahora, Colegio médico-quirúrgico de la Armada —aparte del honor concedido a Ameller—, confirmaba la atención y consideración política que estaban recibiendo los miembros de la institución gaditana. Unos títulos que, como demuestra el caso de Arejula —quien obtuvo la distinción después de su actuación médica en la batalla de Bailén—, si bien suponían una distinción política, no reportaba un beneficio

⁷²¹ Autores como Jacques Leonard han explorado el tema sobre la importancia de la Higiene y la necesidad de prevención en el proceso de construcción de la profesión médica. Vease: LEONARD, J. (1981). *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. Paris: Aubier-Montaigne, pp.149-169; El trabajo de Terrence Johnson también ofrece un modelo teórico interesante en este sentido, al introducir el concepto de dependencia hacia ciertas habilidades o conocimientos para generar esta distancia social y económica hacia ciertos grupos. Véase: JOHNSON, T. (1972). *Professions and power*. London: Macmillan.

⁷²² AH.N., Consejos, 11979. “Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo por la cual se manda formar una Junta Superior de Medicina”.

⁷²³ MENDOZA, J. (1804). *Historia del caracter, sintomas y método...*; GONZÁLEZ, P. M. (1801). *Disertacion medica...*; (1801). *Reflexiones sobre la epidemia padecida en Cádiz y pueblos circunvecinos...*; AREJULA, J. M. (1803). *Sucinta exposición de la enfermedad...*; AREJULA, J. M. (1806). *Breve descripción de la fiebre...*

económico, entre otras cosas por no existir “ninguna clase de persona a quien por el empleo de médico estaría obligado a asistir”⁷²⁴.

Conviene seguir insistiendo en que el Colegio gaditano estaba asumiendo una posición de preponderancia y liderazgo de la profesión del arte de curar, situando la formación medico-quirúrgica, tan denostada por las previas reformas, en un lugar de mayor estima que la del médico universitario. Así lo demostraba una petición enviada por Maximo Lorente —médico de la Corona—, el 3 de agosto de 1810 para formar parte del tribunal examinador formado en Cádiz. Una solicitud que era rechazada bajo el imperativo de que el tribunal, formado por el director, subdirector y nueve catedráticos, examinaba indistintamente entrambas facultades, algo que no podría hacer Máximo Lorente por estar únicamente revalidado de medicina⁷²⁵. Con esta resolución, la profesión médica quedaba denostada a una posición de segundo lugar.

5.4.2. ¿El fin del imperio gaditano?

Parecía que la posición de privilegio que habían ocupado los miembros del cuerpo de médico-cirujanos de la Armada en su relación con el nuevo poder político institucionalizado, y como poseedores del monopolio de gestión de la profesión, se veía cuestionada por la publicación de dos decretos en 1811: cumpliendo un año de la clausura de las universidades y Colegios —medida que había alentado la decisión de otorgar el monopolio de la expedición de licencias a la institución gaditana— reabrían sus puertas por Real Decreto del 16 de abril de 1811⁷²⁶. Una medida que ponía en tela de juicio el modelo de enseñanza conjunta de medicina y cirugía, al recuperar las universidades su ejercicio normalizado bajo los planes de estudios aprobados en 1807, en espera de que la comisión de Instrucción pública diseñara un nuevo plan⁷²⁷. La

⁷²⁴ A.H.N., Consejos, 11979. “Resolución del Consejo de Regencia a la instancia enviada por Juan Manuel de Arejula (...)”

⁷²⁵ A.H.N., Consejos, 11979. “Petición de Maximo Lorente como medico de la Real Familia solicita ser parte del tribunal examinador formado en el colegio de Cádiz” (3.08.1810).

⁷²⁶ “Decreto LVIII, de 16 de abril de 1811 en el que se mandan abrir las Univerisdades y Colegios”. (1811). Cortes de Cádiz, Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes generales y extraordinarias desde su instalación de 24 de setiembre de 1810 hasta igual fecha de 1811. Madrid: Imprenta Real, p. 130.

⁷²⁷ Aunque en términos generales quedaban restablecidos los planes de estudios según el *plan Caballero* la reducción del número de universidades en las que se podía estudiar medicina según dicho plan se veía alterada según se puede comprobar en una representación de la Universidad de Granada para que se le permita restablecer los dos últimos años de medicina que habían quedado eliminados en 1807. Véase:

decisión, solo unos meses después de reinstaurar el Tribunal del Protomedicato el 22 de Julio de 1811, acababa, aparentemente, con el derecho adquirido por la institución para conceder los títulos y revalidar la profesión médico-quirúrgica y, con ella, parecía poner fin también a la unión de ambos ramos al acoplar su ejercicio a las leyes que habían regido el Tribunal antes de 1780⁷²⁸, que si bien suponía la existencia de un único Tribunal para las tres ramas, estas eran consideradas separadamente.

Pese a los límites que podían suponer estas dos medidas para el Colegio gaditano y, en general para el proceso de profesionalización de la medicina y cirugía, conviene tener en cuenta que la petición del restablecimiento del Protomedicato había estado también auspiciada por alguno de los medico-cirujanos gaditanos, como hemos podido comprobar en el segundo capítulo. Se trataba de una medida impulsada por la comisión de Salud Pública—formada entre otros por Arejula— para ganar representación en las Cortes, no tanto en el ámbito profesional sino en el ámbito de la gestión de la sanidad pública. Una vía que reflejaba el esfuerzo por perder el carácter consultivo del criterio médico y adoptar una postura activa en el legislativo.

Sin embargo, esta medida parecía formularse en detrimento de la independencia conseguida por Cádiz en la gestión de la profesión y los avances hechos por unificar la profesión medico-quirúrgica siguiendo el ejemplo de los reformistas europeos⁷²⁹. Los esfuerzos del reformulado Tribunal por adaptarse a la nueva dirección que estaba tomando la ciencia médica, incluyendo, entre otras cosas, un químico dentro de sus miembros, no parecía suficiente cuando se hablaba de retomar los principios que habían regido la institución antes de 1780. Aún así, el hecho de excluir del Protomedicato a los dos miembros de la extinta Junta Gubernativa de Medicina — Manuel Núñez y Félix González— cuya propuesta de reforma de la profesión había rescatado el discurso de superioridad médica, parecía un buen síntoma⁷³⁰. Aún así

A.C.D., P-01-000030-0049, “Orden de las Cortes dando por válidos los cursos de Medicina en la Universidad de Granada y autorizando para que prosiga la enseñanza de dicha Facultad”.

⁷²⁸ En 1780 se habían conformado las tres audiencias del Protomedicato que obligaban a los aspirantes a examinarse ante los miembros de su Facultad. Véase: Díez, M. S. C. (1999). *El Real Tribunal...*, pp. 332-333.

⁷²⁹ El caso de Francia era, en este momento, el más significativo con la aplicación de la Ley vêtose (10/03/1803) que reorganizaba la profesión y los estudios médicos como la definitiva unificación de la medicina y cirugía. Véase: LA BERGE, A. (1992). *Mission and method...*; REY, R. (1993). “L’École de santé de Paris sous la Révolution : transformations et innovations”. *Histoire de l’éducation*, 57(1), 23–57.

⁷³⁰ La decisión de no incluir a los dos médicos de cámara va a ser recurrida por ambos, recibiendo una respuesta negativa por parte de la Regencia con la argumentación de haber sido ya decididos y

quedaba sobre la mesa la tarea de reformular su reglamento interior que, como hemos podido comprobar, fue un largo proceso lleno de eventualidades que demostraron las confrontaciones existente entre los distintos miembros, entre ellos Ameller y Arejula, y las distintas visiones que a la altura existían sobre la orientación que tenía que seguir el control de la profesión dedicada a la salud pública.

El Reglamento definitivo⁷³¹, después de haberse devuelto el primer borrador del que habían sido principalmente artífices Ameller, Arejula, Costa y Lorente⁷³², otorgaba el control de la profesión y enseñanza en las Universidades y Colegios, así como la concesión de títulos y exámenes en los ramos de la Medicina, Cirugía y Farmacia, al nuevo tribunal compuesto por dos cirujanos, dos médicos, dos farmacéuticos y un químico. Sin embargo, como hemos visto en el segundo capítulo, el objetivo de crear un tribunal único de la sanidad pública, como era concebido el nuevo Protomedicato, había tenido una difícil proyección en el papel: las circunstancias y premura habían impedido no solo crear un reglamento de sanidad pública —tan necesario en las circunstancias sanitarias en las que estaba discurriendo el debate político— sino también la requerida elaboración de un plan de estudios para reorganizar la enseñanza de los tres ramos. Quedaba fuera, además, el reglamento prometido para el gobierno de la medicina castrense y hospitales que tanto interesaba a los médico-cirujanos gaditanos, que veían peligrar los beneficios —tanto para la profesión como para su propio reconocimiento— de estar ligados de manera independiente al orden militar, como se había comprobado en todas las previas reformas.

El reglamento quedaba redactado, por tanto, con una larga lista de tareas pendientes, pero sobre todo, bajo el voto de dudoso acuerdo de cada uno de los miembros del Tribunal⁷³³. Las atribuciones y facultades, así como la posición y estatus de cada ramo estaba en juego, dejando entrever los intereses de cada uno.

expedidos los títulos de los miembros seleccionados Véase: A.C.D., P-01-000030-0034-0007-1, “Acuerdo sobre la representación de individuos del tribunal del protomedicato relativa a la expedición de títulos”.

⁷³¹ Remitido el 27 de noviembre de 1812 junto con los votos individuales de cada miembro. Véase: A.C.D., P-01-000020-0129-0001. “Expediente sobre el reglamento...”.

⁷³² A.C.D., P-01-000020-0129-0004-003, “Expediente sobre el reglamento...”. Antiguo Reglamento devuelto (23.04.1812).

⁷³³ En el segundo capítulo hemos hecho mención a los votos individuales incluidos en el Reglamento interno aprobado por el Protomedicato. A.C.D., P-01-000020-0129-0001.

Los farmacéuticos veían innecesaria la existencia de un químico en un tribunal que ya tenía profesores de farmacia entre sus miembros. Esta afirmación se unía al estado de malestar de la Junta de Farmacia, que por orden de Regencia había visto cesadas sus funciones desde el mes de septiembre de 1811 en virtud del decreto de restablecimiento del Protomedicato⁷³⁴. Entre ellos, Javier de la Peña junto a Ameller, apostaban en sus votos particulares por dividir las audiencias del Protomedicato para poder defender los intereses de su ramo frente a la posible vuelta al imperio de la escolástica medicina en la que serían convertidos en ciencias auxiliares. La propuesta de Mestre para reformular la organización del Protomedicato —presentada en forma de un nuevo reglamento⁷³⁵— dirigía su crítica a la incapacidad del código presentado de establecer los principios adecuados para la dirección escolástica y gubernativa de sanidad, tarea que, insistía, debía ser la principal de los profesores del arte de curar y no tanto el control de todos los aspectos de la sanidad como pretendía el Tribunal.

El panorama de la profesión médica que ofrecía el gobierno a la altura de la promulgación de la Constitución gaditana, parecía encontrarse en una encrucijada. Por un lado, los esfuerzos por aceptar un proyecto integral de la sanidad pública unificado, suponían un paso crucial en la cimentación de la profesión sanitaria a través del reinstaurado Protomedicato tanto en la gestión de las medidas sanitarias a nivel gubernamental, como en la dirección de la formación e instituciones profesionales que descansaban en el cuerpo de facultativos sanitarios. Sin embargo, por otro lado, la incapacidad de consenso entre sus miembros, los enfrentamientos desde la erección del Tribunal con la extinta Junta Suprema de Sanidad⁷³⁶, y el largo proceso de aprobación de su reglamento —que llegaría a la comisión legislación cuando el gobierno erigido en Cádiz daba su último aliento⁷³⁷— hacían dudar de la capacidad de este organismo para tomar las riendas del gobierno de la profesión médica y ser funcional.

⁷³⁴ A.H.N., P-01-000030-0034-0002-2. “Exposición de la Junta de Farmacia para que se declare nula la orden del Consejo de Regencia sobre el cese de sus funciones, ya que es anterior al decreto de las Cortes de 2 de agosto de 1811”.

⁷³⁵ A.C.D., P-01-000020-0129-0003. “Expediente sobre el reglamento...”. Propuesta del Reglamento de organización y gobierno interior del Tribunal del Protomedicato Supremo de salud pública (adjunta al voto individual de Agustín José Mestre).

⁷³⁶ véase capítulo 2.

⁷³⁷ El Reglamento no fue pasado a la Comisión de Legislación hasta el 5 de Mayo de 1814, solo cinco meses antes de que Fernando VII suprimiera el Protomedicato por Real Orden del 11 de septiembre de 1814.

Pese a no contar con el reglamento aprobado y reinar cierta disensión entre sus miembros, la documentación del Archivo del Congreso nos revela, no obstante, que el Protomedicato asumió sus funciones en el gobierno y revalidación de la profesión. Una función que parecía difícil de ejecutar dadas las circunstancias en las que se encontraba el país, como revela la petición de dicho Tribunal a la Regencia para que concediera la dispensa a los profesores de medicina, cirugía y farmacia de comparecer en Cádiz para obtener la reválida por imposibilidad de desplazo o falta de recursos⁷³⁸. En el mismo texto, el Protomedicato consultaba si a quienes el mismo tribunal despachara mediante una comisión para ser examinados en sus respectivos ejércitos o pueblos, se les otorgaría dicha dispensa y la excepción de pagar la cuota establecida para ese trámite. El decreto remitido por las Cortes autorizaba a la Regencia a conceder esta dispensa, tomando consciencia de los límites que imponía el contexto de la guerra, aunque incidía en la necesidad de que los aspirantes cumplieran con todos los demás requisitos requeridos, incluido el del pago de la tasa impuesta, exención que, pese a estar también presente en la petición del Protomedicato, no era concedido por las Cortes⁷³⁹.

El esfuerzo por poner orden en el control de la profesión bajo estas circunstancias, parecía ser uno de los objetivos del renovado Tribunal. Sin embargo, existe una doble lectura de esta petición: pese a que con el decreto LXXIX, el Protomedicato asumía como único órgano la capacidad de expedir títulos, no parecía haberse impuesto sobre la orden de la Regencia de julio de 1810 que permitía al Colegio gaditano, expedir el título de grado tanto en cirugía como en medicina. Situación que parecía confirmarse cuando el Protomedicato, en 1813, reclamó los depósitos de los exámenes de Grados al Colegio de cirugía a la par que elevaba una consulta a la Regencia con la intención de anular la facultad transitoria concedida a la institución gaditana. Una petición que recibía la siguiente respuesta:

“S.A. hecha cargo de todo, ha tenido a bien conformarse con lo propuesto por el Protomedicato, en cuanto a que el Colegio de Medicina y Cirugía ponga a disposición del Tribunal lo recaudado por los Grados de Cirugía de 2 de septiembre de 1811, pero en cuanto a que cese el

⁷³⁸ A.C.D., P-01-000030-0036. “Decreto autorizando a la Regencia a fin de que conceda dispensa de comparecencia a los profesores de medicina, cirugía y farmacia que por falta de medios no pueden revalidarse en la ciudad de Cádiz” (1812).

⁷³⁹ A.C.D., P-01-000004-0075. “Decreto de las Cortes sobre dispensa de comparecencia para revalidar a los profesores de Medicina, Cirugía y Farmacia” (1812).

Colegio en la facultad de dar grados, se ha servido resolver, esperar a que queden libres otras universidades.⁷⁴⁰

Esta situación privilegiada del Colegio de Cirugía de la Armada suponía una amenaza para el Protomedicato que, como la mayoría de las instituciones creadas por el nuevo gobierno liberal, encontraban su sede temporalmente en Cádiz. En este caso, sería comprensible que tras la petición de dispensa para los aspirantes de asistir a la ciudad gaditana para revalidarse, se pretendiera evitar el choque con una institución como la de la Armada que, según la orden que le había conferido la potestad de otorgar grados, podía revalidar de ambas facultades; frente al Protomedicato que otorgaba ambos títulos bajo exámenes diferenciados, siguiendo el esquema clásico de división de las facultades.

Parecía que la situación de excepción en la que se encontraba la Península —marcada por la ocupación francesa y la guerra— impedía la normalización de las estructuras y la asunción completa de sus funciones proyectadas, como era el caso del Protomedicato. Una situación que, claramente, estaba favoreciendo a instituciones consolidadas, como la de cirugía de la ciudad gaditana, frente al todavía disfuncional sistema universitario —aún parcialmente controlado por los franceses⁷⁴¹— y el Protomedicato.

⁷⁴⁰ FERRER, D. (1962). *Un siglo de cirugía en España...*, pp. 213-214. Citas en las que el autor no especifica fuente y que nos han sido imposible localizar más allá de la referencia hecha directamente por dicho autor en este capítulo.

⁷⁴¹ A finales de 1812 el ejército francés aún seguía ejerciendo su control en alguno de los centros universitarios claves de la península. La universidad de Salamanca —una de las instituciones que había liderado la reforma del plan de estudios previo a la guerra— vivía bajo la inestabilidad de las reiteradas ocupaciones francesas (tres en total) que se extendería hasta el 26 de mayo de 1813. La situación con Madrid había sido parecida, encontrándose sus instituciones, entre ellas el Colegio de San Carlos o el de medicina práctica, bajo la inestabilidad derivada de los infructuosos intentos por retomar la ciudad por las tropas españolas. Ya hemos visto que la retirada de las tropas napoleónicas de Andalucía habían propiciado el inicio de diálogos entre las universidades del territorio con las Cortes. Este había sido el caso, previamente mencionado, de la universidad de Granada que solicitaba la incorporación de los dos últimos años de medicina. En el caso de Valencia, la liberación del territorio vino acompañada de la solicitud de dos cátedras de cirugía para mejorar el estado de decadencia en el que se encontraba este ramo. A.H.N., P-01-000018-0019. “Expediente sobre el establecimiento de cátedras de cirugía en la Universidad de Valencia” (1813).

5.4.3. Un ejemplo excepcional del proyectismo gaditano: Flores Moreno y la exportación del modelo colegial a América.

Los esfuerzos de los cirujanos gaditanos por mantener su modelo institucional e imponerlo sobre las otras alternativas planteadas dentro de la nueva estructura estatal, no solo se limitaron al ámbito peninsular. Haciéndose eco de la nueva realidad política hispánica planteada en Cortes, emergió en el seno de esta institución una propuesta singular de reforma que planteaba la exportación del modelo colegial gaditano a las nuevas provincias americanas —y que sin duda favorecía su imagen de modelo consolidado frente la inestabilidad de las alternativas propuestas—. Esta propuesta vendría de la mano de uno de los grandes reformadores en el ámbito sanitario de este periodo liberal: Francisco Flores Moreno; y sería presentada a las Cortes en forma de tres manuscritos entre los años 1811 y 1812, bajo el título inicial de *Memoria Médico-Política en que después de manifestar las causas que han influido en el atraso de la Medicina, Cirugía y ciencias auxiliares en las Américas, se proponen los medios de mejora el estado de la salud pública, hasta elevarlo al grado de perfección a que ha llegado en Europa*⁷⁴².

El conjunto de estos tres manuscritos⁷⁴³ forman un documento de gran valor en el campo de la sanidad de principio del siglo XIX y dentro de este debate sobre la profesión médica. Tengamos en cuenta el vacío historiográfico existente a la hora de plantear la incidencia —o siquiera existencia— de un debate político-médico en el reducto de Cádiz que mirara hacia las provincias americanas con su discurso reformista⁷⁴⁴. La propuesta de Flores Moreno —un trabajo inédito hasta el momento— supone, por tanto, un ejemplo único de la proyección del debate sanitario y profesional peninsular dentro del debate sobre “la cuestión americana” en un periodo tan convulso

⁷⁴² A.C.D. P-01-000020-0125. “Expediente relativo a mejorar el estado de la salud pública en las Américas”.

⁷⁴³ El Expediente estará formado por la *Memoria Médico-política* citada, una Ampliación a dicha *Memoria* y un Apéndice. Textos de los que hablaremos separadamente con posterioridad.

⁷⁴⁴ Un silencio que no deja de llamar la atención cuando una de las políticas de sanidad pública española de mayor envergadura y transcendencia al comienzo el siglo XIX —quizás también a nivel europeo— tuvo a América como uno de sus objetos principales: La expedición filantrópica de la vacuna. Puesta en marcha por el monarca Carlos IV en 1803 y liderada por el cirujano de la Armada Francisco Xavier Balmis esta empresa estatal de prevención sanitaria sin precedentes pretendía propagar la vacuna de la viruela por todos los territorios de la Corona Española, comenzando por las colonias americanas. Ampliamente estudiada como hito en la génesis e historia de la sanidad pública española, parecía, sin embargo, cerrar un capítulo en relación a proyección de políticas sanitarias (de envergadura) desde la Metrópoli, convirtiéndose para la historiografía en uno de los últimos símbolos del espíritu científico ilustrado.

como es el de las Cortes de Cádiz y el comienzo independentista de muchos de los virreinos españoles. Por otro lado, la construcción de la propuesta, a base de *Ampliaciones y Apéndice*⁷⁴⁵ entregados a lo largo de un periodo de dos años, permite estudiar la permeabilidad de la propuesta y la capacidad del cirujano de ir adaptando el proyecto a los profundos cambios que se estaban efectuando en el ámbito político-sanitario. Tengamos en cuenta que entre marzo de 1811, en que se firma la segunda parte de la memoria, y febrero del 1812, en el que escribe la tercera, la organización de la profesión médica basada en una Junta Superior de Medicina y Cirugía⁷⁴⁶, había pasado a regirse bajo el Protomedicato.

Por último, la *Memoria* de Flores Moreno vuelve a presentar al Colegio de Cádiz como una de las instituciones de mayor consolidación y capacidad de asumir e hilar el nuevo discurso reformista liberal en el ámbito sanitario y profesional. Y una de las únicas capaces, sin duda, de proyectar este discurso desde el ámbito peninsular a América. Algo que hizo remitiéndose al pasado ilustrado de la institución, remarcando su estatus como pionero en la introducción en España de las reformas médicas europeas y sobre todo, justificando su derecho para plantear reformas para América desde la excepcionalidad del servicio de estos cirujanos en la Armada. Un ámbito de práctica profesional que mantenía a muchos de ellos en contacto con los puertos americanos y su situación institucional⁷⁴⁷. En el caso de Flores Moreno, su experiencia en el ámbito sanitario americano quedaba respaldada con su participación en el proyecto expedicionario liderado por Alejandro Malaspina (1789-1794):

⁷⁴⁵ A.C.D., P-01-000020-0125-0002, “Apéndice a las memorias presentadas a S.M por el doctor Francisco Flores Moreno, sobre el establecimiento de un Colegio en Nueva España; “Ampliaciones hechas a la Memoria Medico Política, sobre el modo de perfeccionar en las Américas el estudio de la Medicina Cirugía y ciencias auxiliares”.

⁷⁴⁶ Su primera propuesta se basa en la estructura previa a la invasión remitiéndose a la función que estaba realizando el Colegio gaditano de manera provisional.

⁷⁴⁷ Las reformas borbónicas con respecto a su explotación y relación política con las colonias americanas se había traducido en la formación de departamentos de la marina en puertos y ciudades estratégicas de estos territorios pertenecientes a la Corona, como fue el caso del departamento de San Blas en Nueva España. Los trabajos realizados por Verónica Rodríguez Ortega y en especial el de María Luisa Rodríguez-Salas ahondan e identifican la numerosa comunidad de cirujanos peninsulares de la Armada vinculados a dichos departamentos, que a finales del siglo XVIII formaban el 42% del total de los facultativos en el caso de San Blas. Véase: RAMÍREZ, V. (2010). *El Real Colegio de Cirugía de Nueva España, 1768-1833 : la profesionalización e institucionalización de la enseñanza de la cirugía*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; RODRÍGUEZ-SALA, M. (2004). *Los cirujanos del mar en la Nueva España (1572-1820) : miembros de un estamento profesional o una comunidad científica?*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Destacamos en especial los capítulos 2.3 y 3.1 en los que facilita una lista con cada uno de los cirujanos que formaron parte de estos destacamentos de la Armada.

“Este viaje me hizo conocer la necesidad de organizar en algunas remotas y fértiles provincias la Medicina y Cirugía hasta el grado de perfección a que se ha elevado en Europa. Testigo ocular de las enfermedades endémicas tan frecuentes en aquellos climas, he visto con dolor la falta de policía y arreglo en los hospitales que hacen convertir en semilleros de peste y mortandad estos asilos de la humanidad doliente, que deben serlo de su restablecimiento y curación: he encontrado olvido y sin ejercicio el estudio de la Clínica tan necesario para formar hábiles Profesores en el arte de curar: he hallado en algunas capitales ejerciendo la Medicina a sangradores y cirujanos romanticistas desertores de los buques, hombres sin principios ni títulos convenientes.”⁷⁴⁸

La transcendencia de esta expedición —símbolo indiscutible de la política reformista borbónica del final de la ilustración— en el campo sanitario, suponía una carta de presentación muy adecuada para su propuesta y autoridad en el campo, más allá de probar su estatus como “testigo ocular” de las carencias y problemas americanos. No hay que olvidar que como resultado de este viaje de circunnavegación, Flores Moreno junto con Pedro María González —ambos primeros cirujanos de las corbetas *Descubierta* y *Atrevida* respectivamente— habían compuesto el primer tratado original de sanidad naval español, y texto de referencia durante todo el siglo XIX⁷⁴⁹. Sin embargo, lo interesante de esta referencialidad, es la capacidad de apelar a su experiencia dentro de uno de los hitos del reformismo borbónico, pero bajo un renovado discurso acorde con el nuevo lenguaje liberal y los imperativos del nuevo contexto político. Por tanto, si bien sitúa su preocupación en la estela del viaje malaspiniano, su discurso es capaz de separarse de la formulación paternalista y filantrópica con la que generalmente se asociaba a la actividad científico-médica borbónica⁷⁵⁰, para plantear la necesidad de reforma bajo una renovada óptica

⁷⁴⁸ A.C.D., P-01-00020-0125. “Memoria médico-política...”, fl.11-12.

⁷⁴⁹ Nos referimos al *Tratado de las enfermedades de la gente de mar*, firmado en 1805 por Pedro María González y al que hemos hecho referencia en el primer capítulo.

⁷⁵⁰ Una actitud que parecía encontrar un buen exponente en la Expedición de la vacuna como icono de la política sanitaria española con respecto a América en el cambio de siglo. Pensada en términos de filantropía —como su propio nombre indicaba— en la que la Corona pretendía proveer a la población de las colonias de ese conocimiento útil y de las estructuras. Una actitud que —como señala en su estudio Warren— parecía asumir la situación de inferioridad de las colonias y su carencia de médicos bien formados o instituciones que pudieran llevar a cabo dicha empresa por si mismos. la comunicación de conocimientos, o implementación de reformas se planteaban como una cesión o regalo por parte de la filantrópica metrópolis imperial a la desaventajada “periferia”. Véase: WARREN, A. (2010). *Medicine and politics in colonial Peru population growth and the Bourbon reforms*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, p. 92.

discursiva: como obligación de cualquier gobierno formado por ciudadanos cuya preocupación era el bien público. Su propuesta, en este sentido, no pretendía más que “secundar sus ideas benéficas y liberales” del “sabio y soberano Congreso puesto al frente de la nación”.

“El día ha llegado en que la razón y la justicia sean atendidas, y ambas asisten a los Americanos para reclamar de la Madre Patria lo mucho que los debe. Un abandono mas bárbaro que inhumano condenó por una larga serie de años a estos beneméritos Españoles a la ignorancia, y privaciones de toda especie, hasta de lo mas indispensable a la conservación de la Sociedad (...), Torpemente equivocados los medios de hacer a la vez felices la Metrópoli y las Colonias, resultó la desgracia de estas, y la miseria y despoblación de aquella. Tiempo es ya de remediar tantos males. Pocos conocimientos del estado actual de la América, y poca lectura de Política bastan para convencerse que el sistema de los gobiernos pasados sobre este particular fue el más destructor, no solo de la prosperidad de aquellos afortunados lugares, sino también de la grandeza a que debió llegar la Metrópoli”⁷⁵¹.

No debe escapar a nuestro análisis el peso que tiene en el lenguaje de Flores la filosofía mercantilista a la hora de introducir su *Memoria médico política*. En este sentido, la necesidad de una reforma venía motivada desde la necesidad de favorecer el primer objeto de cualquier Estado: aumentar la población y ayudar a su subsistencia para así prosperar. Una concepción que, por aquella época, ya estaba empezando a ser cuestionada por las recién publicadas ideas maltusianas⁷⁵², pero que seguía teniendo mucha fuerza, y más aún en el contexto colonial americano⁷⁵³. La vinculación entre la despoblación de los países americanos con la incidencia de las enfermedades consideradas endémicas en aquellos climas y localidades—como lo fiebre amarilla u otros tipos de calenturas remitentes e intermitentes— era achacada a la falta o escasez de profesores instruidos que pudieran mejorar la medicina preventiva, a la vez que la

⁷⁵¹ A.C.D., P-01-00020-0125. “Memoria médico-política...”.

⁷⁵² El ensayo sobre el principio de la población sería publicado por Robert Malthus en 1798. Aunque la primera edición en español no vería la luz hasta 1846.

⁷⁵³ El reciente trabajo de Adam Warren insiste en la pervivencia de esa preocupación sobre la despoblación por una gran parte de la intelectualidad colonial en el cambio de siglo: WARREN, A. (2010). *Medicine and politics...*; Por su parte, Mariano Bonialian nos ofrece un interesante estudio sobre la pervivencia del pensamiento demográfico mercantilista, poniendo el acento en la aplicación de este discurso en las relaciones peninsulares con las colonias, Aunque centrado en los siglos XVII y XVIII es un interesante marco teórico que es interesante consultar para ahondar en el tema: BONIALIAN, M. (2013). “Ideas demográficas mercantilistas en torno a España y América, siglos XVII y XVIII”. *Forum for Inter-American research*, 6 (2). Consultada online: <http://interamericaonline.org/volume-6-2/bonialian/#back11>

curativa. En un momento de constantes amenazas epidémicas como vivía Cádiz en ese contexto político, esta argumentación apelando a la mejora de las condiciones sanitarias en aquellos países en los que se consideraba endémica y, en muchos casos origen de las epidemias peninsulares, aseguraba una reacción más atenta en el Congreso —si tenemos en cuenta la agenda sanitaria de las Cortes—.

Impregnado su discurso del revolucionario principio de igualdad para los “españoles de ambos hemisferios”⁷⁵⁴, la propuesta de Flores apostaría por diseñar un modelo en América a imagen del peninsular, con los mismos privilegios tanto para profesores como para el alumnado. Por lo tanto, y dado la estructura institucional que tenía España en torno al control de la profesión a principios de 1811, ésta debía traducirse en la creación de Juntas Superiores de Medicina y Cirugía con las mismas facultades y prerrogativas que en ese momento poseía de manera provisional el Colegio gaditano tras la ocupación de Madrid⁷⁵⁵

No obstante la descripción detallada de las obligaciones de estas nuevas Juntas proyectadas —que según la primera memoria debían establecerse en las ciudades de México y Perú— sobrepasaban las prerrogativas de las peninsulares. En ellas recaía la obligación de diseñar—de manera urgente— el reglamento de un Colegio de Medicina y Cirugía y otras ciencias auxiliares, y controlar, examinar y expedir los títulos de cualquier aspirante a dicha profesión. A estas se le sumaban la obligación de ponerse al frente de estos colegios⁷⁵⁶, las tareas de erección e inspección de hospitales “para ponerlos al nivel de los de igual clase en Europa”, el tratamiento de las enfermedades epidémicas, dictar preceptos de higiene pública y policía médica análogos a las circunstancias, además del fomento y, entre otras cosas más, propagación de la vacuna⁷⁵⁷.

⁷⁵⁴ Principio que ya había quedado esbozado en forma de recreo el 15 de octubre de 1810 y que posteriormente tomaría forma en el primer artículo constitucional. Vease: “Decreto de igualdad de derechos entre los españoles europeos y ultramarinos: olvido de los ocurrido en las provincias de America que reconozcan la autoridad” (1813). *Colección de decretos y órdenes que han expedido las Cortes generales y extraprdinarias desde su instalación en 24 de Setiembre de 1810...*, p. 10.

⁷⁵⁵ Recordemos que desde Julio de 1810, se le había conferido la potestad al Colegio de Cirugía de otorgar ambos grados. Véanse notas 702 y 706.

⁷⁵⁶ No se nos escapa que Flores Moreno se ofrece para asumir la responsabilidad de dirigir este nuevo Colegio y ponerse al frente de la primera Junta de Sanidad propuesta. A.C.D., P-01-000020-0125-0002-2, “Apéndice a las memorias presentadas...”.

⁷⁵⁷ Esto supondría revisar el sistema de vacunación basado en Juntas diseñado por la Expedición Filantrópica de la vacuna. Vease: RAMÍREZ MARTÍN, S. M. (2011). “Francisco Xavier Balmis y las

Este diseño institucional estaba proyectando en América esa idea germinal de concebir la gestión de cualquier aspecto de la sanidad pública —incluido el ámbito de instrucción y organización institucional corporativa— de una forma integral y bajo el criterio médico que posteriormente se aplicaría a la hora de restablecer el Protomedicato en la Península. Un modelo que por otra parte, no dejaba de reproducir en cierta manera la concentración de poder que estaba asumiendo en ese momento el colegio gaditano y sus catedráticos —muy presente en las Juntas de sanidad y asumiendo las prerrogativas de las juntas en el control de la profesión—.

La propuesta concreta de formación de un Colegio de Medicina y Cirugía en Nuevo México vendría desarrollada en las ampliaciones hechas al primer manuscrito⁷⁵⁸. Esta va a ser la propuesta principal de su *Memoria médico-política*, que partía, como hemos apuntado con anterioridad, de la formación de una Junta Suprema de Sanidad a imagen de la establecida en la Península. Con esto se pretendía anular el control del Protomedicato sobre la ciencia quirúrgica y establecer un nuevo modelo para facilitar la unificación de la ciencia médica y quirúrgica en México. Citando los ejemplos de París, Montpellier, Edimburgo y Cádiz— esta reunión se presentaba como el principio rector del nuevo colegio. En este sentido, el plan presentado por Flores Moreno estaba fuertemente anclado en la configuración y ordenanzas que regían el Colegio de Cirugía de Cádiz en 1791, sobre todo en lo que concierne a su plan de estudios y la organización interna del Colegio⁷⁵⁹. Por otra parte, la base de la formación y de las ordenanzas del Colegio de Cirugía de Cádiz se dirigían a formar cirujanos para la Marina y esto distaba del objeto del nuevo Colegio de Cirugía de México, más orientado a formar a médico-cirujanos civiles⁷⁶⁰. Por tanto, aunque el referente para la

Juntas de Vacuna, un ejemplo pionero para implementar la vacunación”. *Salud Pública de México*, 53(2), 172–177.

⁷⁵⁸ A.C.D., P-01-000020-0125-0002-2. “Ampliaciones hechas a la Memoria Médico Política, sobre el modo de perfeccionar en las Américas el estudio de la Medicina Cirugía y ciencias auxiliares”.

⁷⁵⁹ Hay que recordar que, en el momento en el que escribe esto, Flores lleva diez años como catedrático del Colegio gaditano y, como él mismo afirmaba, su experiencia le había hecho comprobar que su plan de estudios era suficiente para formar buenos profesores. Sin embargo esa misma experiencia se traducía en la consideración de ciertas modificaciones que introducían cambios posteriores a dichas ordenanzas. Aunque no especificadas en este manuscrito, las pocas referencias a la base formativa del nuevo colegio hacían pensar que Flores Moreno consideraba la introducción de nuevas ramas como la Medicina legal y la cirugía forense dentro del programa formativo. Un ejemplo que ponía de relieve alguno de los cambios recientemente propuestos en el ámbito formativo —como había sido el curriculum presentado por el proyecto de reforma de 1808 Véanse cuadros 2 y 3, pp. 221-223.

⁷⁶⁰ El reino novohispánico ya contaba con un departamento de Marina con Ordenanzas propias desde 1774, dependiente del hospital de San Blas. Este puerto gozó de la presencia y el ejercicio de cirujanos tanto peninsulares como mexicanos provenientes del hospital Real de Naturales o el de San Andrés. Véase: RODRÍGUEZ-SALA, M. (2004). *Los cirujanos del mar...*

formación del Colegio de Cirugía de México fuera el de Cádiz, debía apartarse de aquellas disposiciones orientadas y relacionadas al servicio de Marina y su dependencia con el Ministerio de la Real Hacienda, como el mismo apuntará en una nota al final de este manuscrito⁷⁶¹.

Existe cierto peligro en categorizar esta propuesta como un ejemplo más del paternalismo peninsular, del pasado ilustrado revestido del nuevo discurso de responsabilidades y derechos del nuevo programa liberal. Diseñado en la metrópoli a modo de *exportación* de un modelo para mejorar la situación de miseria y desventaja de la *periferia*, es fácil asociarlo con esta idea de filantropía con la que la historiografía actual ha querido contraponer el esfuerzo de las élites médicas criollas de ese momento en el desarrollo científico y médico⁷⁶². Sin embargo, no debemos entender el programa de Flores como una propuesta ajena a la realidad médica criolla. En el momento que envía este manuscrito el cirujano gaditano parece consciente de las propuestas y reformas previas, así como sus debilidades y retos, planteadas desde la capital Novo hispánica, y que serían estratégicamente incorporadas como base para la nueva institución proyectada.

Efectivamente, Flores mencionaba los esfuerzos realizados por Antonio Serrano para renovar la medicina y cirugía mexicana bajo su dirección de la Escuela Anatómica. Frente al estado decadente que, según el autor, aún seguía mostrando la formación quirúrgica en la Universidad de México —en donde solo existía la obligación de hacer tres disecciones al año— este centro había conseguido mantener la formación anatómica continuada a través de disecciones diarias. Creada en 1769 por impulso del Virrey Agustín de Ahumada y, posteriormente, de Joaquín Montserrat, esta escuela anatómica asociada al Hospital de Naturales de México, se había creado para que, a imitación de los Colegios de Barcelona y Cádiz, se impartiese la cátedra de Anatomía Práctica.

Han sido varias las voces que han reivindicado la verdadera existencia de un Colegio quirúrgico en esta Escuela Anatómica, pese a no haber recibido el reconocimiento como tal por parte de la Corona. Este es el caso de Verónica Ramírez Ortega y María Luisa Ramírez-Sala, ambas grandes concededoras de las instituciones médico-

⁷⁶¹ A.C.D., P-01-000020-0125-0002-2. “Ampliaciones...”.

⁷⁶² CUETO, M., & PALMER, S. P. (2015). *Medicine and public health in Latin America : a history*. New York: Cambridge University Press; WARREN, A. (2010). *Medicine and politics...*, p. 92.

quirúrgicas Novo hispánicas. Su tesis parte de la idea de que si bien se estableció como cátedra de anatomía, su estructura docente fue mucho más amplia, constituyéndose como una Escuela de anatomía con cuatro cátedras. Una en anatomía práctica, otra cátedra en operaciones de cirugía en la que se estudiaba la patología quirúrgica, la tercera era la de fisiología, de la que se ocupaban de impartir los médicos del hospital de Naturales, y una última de clínica también asociada a la asistencia en dicho hospital. Sin embargo, a la altura de 1800 el currículo de la institución novohispana distaba mucho del impartido en los Colegios peninsulares⁷⁶³, pese a haber introducido la cátedra de botánica en el año 1788, como resultado de la Expedición Botánica dirigida por Martín de Sesse⁷⁶⁴.

Bajo la óptica del cirujano gaditano, la institución estaba lejos de tener un corpus docente estable y diferenciado, pues “aunque se da graciosamente algo de operaciones y fisiología, ni es curso formal ni hay profesores por ello, ni es de su instituto, ni menos puede suponerse se enseñan unos ramos tan interesantes, cuanto solo se tocan ligeramente, y por incidencia”⁷⁶⁵. Lo cierto es que, a comienzos del XIX, la falta de recursos de la Escuela de Anatomía estaba obligando a que el catedrático de la Escuela impartiera la cátedra de Anatomía práctica y la de Operaciones, dejando la de Fisiología y Clínica a un médico asignado desde el Hospital Real de Naturales.

Flores Moreno, en este sentido, demostraba ser consciente de los problemas económicos que estaba experimentando la Escuela en su lucha por establecerse como institución independiente, lo que confirmaba con una referencia a una queja documentada del propio Serrano. En ella, el cirujano Novo hispánico denunciaba el aprovechamiento personal de los miembros del Protomedicato y Protocirujanato del dinero obtenido de las reválidas y exámenes, sin revertir éste en el aprovechamiento de este para mejorar las instituciones científicas, fin para el que estaba destinado en su mayoría. En este sentido, y consciente de los retos que había tenido la institucionalización de la cirugía en Nueva España, Flores dedicaría una gran parte de su propuesta al problema de la financiación del Colegio proyectado. La eliminación del Protomedicato era, según su primera propuesta, uno de las claves para aumentar la

⁷⁶³ El curriculum de los Colegios de Cirugía de la Península a principios del siglo XIX ya habían asumido la enseñanza de física experimental, matemáticas, partos y enfermedades de mujeres y niños, química y botánica, entre otras cosas. Véase: ASTRAIN GALLART, M. (1996). *Barberos...*, pp. 112-113.

⁷⁶⁴ El estudio de botánica se impuso como requisito no solo para los estudiantes de Farmacia, sino también para los de Cirugía. Véase: RAMÍREZ, V. (2010). *El Real Colegio de Cirugía...*, p. 118.

⁷⁶⁵ A.C.D., P-01-000020-0125-0002-2. “Ampliaciones...”.

facultad y los recursos del Colegio proyectado. La Junta Superior puesta en su lugar pasaría, además, a estar formada por el mismo cuerpo de catedráticos del Colegio, que asumirían, al mismo tiempo, el puesto de vocales. Justificado por el ahorro que supondría al erario público y por el hecho de que generaría un Cuerpo facultativo en esta región, esta medida —planteada como corolario de su propuesta— parecía reproducir el modelo y concentración de poder que acumulaba el Colegio gaditano en aquellos momentos y que, al igual que aquella, recibiría una fuerte oposición a posteriori.

La elección de dichos catedráticos sería otro ejemplo más de la imbricación de la propuesta del cirujano gaditano con la realidad criolla y, por tanto, de su originalidad como propuesta metropolitana en el periodo liberal.

Efectivamente, de las diez cátedras propuestas, siete serían asumidas por catedráticos de diferentes instituciones novohispanas que se agruparían en torno a esta nuevo Colegio. Cuatro catedráticos de la Universidad de México, fuertemente criticada en su texto, dos provenientes de la Escuela de Anatomía y un catedrático de botánica de la recién instaurada en el Jardín botánico por Martín de Sessé. Las tres restantes, como indicaba Flores, “podrán hallarse en aquel Reino, entre los Profesores de ambas ciencias, que disfruten mas opinión por sus conocimientos y condecoraciones en la facultad”⁷⁶⁶. Con esto no solo sentaba las bases de una reforma asumiendo los recursos americanos, sino que además, reforzaba la idea de cesión de legitimidad y poder de las distintas instituciones dedicadas al control de la profesión en pos de su centralización en el futuro *Real Colegio de Medicina y Cirugía del Reino de Nueva España*.

El juego dialéctico de Flores conseguía, en ultimo término, un perfecto discurso de unión de intereses para ambos hemisferios, de doble lectura política y científica. Por un lado, se planteaba como monumento de la beneficencia del Augusto Congreso Español “que recuerde a la posteridad nuestra regeneración política”. Y por otro, emplear los recursos del Estado para hacer fructuosos los desvelos de los médicos y cirujanos mexicanos por mejorar su formación y recursos, como deber hacia esos ciudadanos⁷⁶⁷.

⁷⁶⁶ A.C.D., P-01-000020-0125-0002-2. “Ampliaciones...”.

⁷⁶⁷ Idem. “Levantar un Monumento, donde se cultive tan util saber, que publique en todo tiempo la beneficencia del Augusto Congreso Español, y que recuerde á la posteridad nuestra regeneracion politica; creo sea la empresa mas gloriosa.Hacér fructuosas las tareas y desvelos de la Juventud Mexicana que se dedica al estudio de la Medicina, y Cirugia, proporcionandola una Escuela, bien

La proposición hecha por el diputado de Coahuila⁷⁶⁸, José Miguel Ramos Arispe, en febrero de 1812 para que se pasara el proyecto de Flores a la Regencia y se evaluara sin esperar un informe del virrey de dicho Reino, parecía demostrar el interés suscitado por el proyecto del cirujano gaditano. A pesar de ello, la propuesta fue desestimada, resolviéndose — a petición de Manuel Villafane— que la *Memoria* pasase a la Comisión de Salud Pública “para que sin perjuicio de los informes pedidos á los virreyes, expusiese sobre ella cuanto le pareciese”⁷⁶⁹. Debemos tomar en consideración que había pasado casi un año desde que se había enviado el proyecto ampliado, y que las circunstancias en el ámbito de la organización sanitaria habían cambiado, haciendo necesaria la revisión de la propuesta. En este sentido, el último de los manuscritos enviados por Flores Moreno va ser un importante testimonio de dichos cambios estructurales y del compromiso de una reforma paralela y coherente en su discurso en ambos lados del Atlántico.

Firmado por Flores el 26 de febrero de 1812, con la Constitución ya sancionada, el *Apéndice a la Memoria* asumía la nueva organización del Protomedicato dentro de su proyecto, arguyendo que si bien en sus propuesta había atacado duramente a esta institución y ordenado su eliminación por las Juntas Superiores, había sido en pos de una coherencia administrativa con la Península. Por otra parte, su argumentación incidía en el estado viciado del Protomedicato en América y la falta de representatividad de los ramos de manera independiente, con el grave perjuicio que esto había ocasionado a la profesión quirúrgica y farmacéutica⁷⁷⁰. En este sentido, el restablecido Tribunal parecía adaptarse a los cambios que se pretendía llevar a cabo en

organizada, y que llena los deseos del hombre ilustrado, me parece un deber de todo Español que ame á sus compatriotas, y à quien no sea indiferente la causa de la humanidad”.

⁷⁶⁸ Estado del Norte de México.

⁷⁶⁹ Sesión del 16 de febrero de 1812: (1812). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes*. Tomo XII. Cádiz: en la Imprenta Real, pp-65-67. Ese mismo día se enviaba a la misma comisión una consulta de la Cámara de Castilla relativa a una exposición del Tribunal del Protomedicato: “...sobre que se relevase de impetrar la cédula de comparecencia y del pago de la cantidad señalada por esta gracia los profesores de medicina, cirugía y farmacia, que ó por la distancia, ó por el servicio efectivo que estuviesen haciendo, ó por falta de medios no pudiesen venir á revalidarse á esta ciudad. Aprovechan las Cortes la ocasión para recordar a dicho Tribunal que terminara el reglamento que se le mandó formar hace tiempo.”

⁷⁷⁰ Podemos encontrar una descripción de las funciones y desarrollo de la Institución del Protomedicato en el subcontinente americano desde su fundación en la obra de John Tate Lanning. LANNING, J. (1985). *The royal protomedicato...*

la capital Novo hispánica y una mejora al plan originalmente presentado al incluir el ramo de farmacia entre sus representantes⁷⁷¹.

Por otro lado, el nuevo manuscrito pretendía responder a las observaciones hechas por la Comisión de Salud Pública a petición de las Cortes —solo diez días antes—, entre las que parecía destacar el rechazo a que los catedráticos fueran vocales de la proyectada Junta⁷⁷². Es fácil pensar que dichas críticas estuvieran dirigidas a la imparcialidad y los posibles excesos que pudieran derivarse de esta estructura. La motivación de la medida había sido, según Flores Moreno, ahorrar gastos al erario público teniendo en cuenta los problemas financieros que habían tenido los intentos de reforma previos.

Retractarse de esta medida suponía buscar nuevos métodos de financiación para el establecimiento de vocales externos, suponiendo que no fueran suficientes los previstos con la reestructuración planteada en la propuesta inicial, o que la Real Hacienda no pudiera asumirlos. Flores Moreno, en este sentido, va a dirigir su mirada a la provincia de Perú en donde Hipólito de Unanue, médico criollo en la capital de Lima, había conseguido establecer un Colegio de casi las mismas características del que se planteaba en México, contando con la ayuda de financiación de corporaciones privadas y beneficencia pública.

No debemos subestimar la incorporación del referente peruano a su proyecto, sobre todo teniendo en cuenta la coetaneidad de su proyección. Efectivamente, aunque creado en 1808, no fue hasta 1811 cuando se formó la Constitución y plan de estudios del Colegio de San Fernando de Lima. Mandados los textos por el Virrey Abascal al gobierno español, fueron sometidas a examen por la Junta Superior de Medicina y Cirugía de Cádiz emitiendo su informe el 9 de agosto de 1811, por lo que Flores

⁷⁷¹. Tengamos en cuenta que en el momento que se presenta en Cortes este Apéndice a la Memoria médico-política, ya había entrado en vigor las Declaraciones y adiciones al decreto de 22 de Julio último sobre el restablecimiento del Tribunal del Protomedicato. Estas adiciones publicadas el 21 de Septiembre de 1811 modificaba la composición del recién instaurado Tribunal que pasaba a estar formado por dos cirujanos, dos médicos y dos farmacéuticos, frente a la composición que en julio había dejado fuera al ramo farmacéutico. Esta medida, sin embargo, seguía siendo muy controvertida. Teniendo en cuenta que en esa fecha todavía no habían tomado posesión los dos profesores de Farmacia designados para el puesto, la insistencia de Flores sobre la importancia de la Farmacia durante todo el manuscrito parece una declaración de su postura ante este debate.

⁷⁷² Se desconoce el paradero de este informe de la Comisión de salud pública. Las referencias a dicho texto son alusiones y datos ofrecidos por el propio Flores Moreno en su apéndice a la Memoria inicial. A.C.D., P-01-000020-0125-0002-2. “Apéndice...”.

Moreno solo había podido tener acceso a ellos después de haber publicado su primer proyecto⁷⁷³.

El referente español deja de ser así el único espejo de la reforma de Flores Moreno que se serviría de la experiencia criolla —de médicos y autoridades— para adaptar el modelo reformista sanitario español a las peculiaridades sociales y económicas del territorio americano. En este sentido, la singularidad del proyecto presentado por Hipólito Unanue y el Virrey Abascal había consistido, como ha señalado Adam Warren⁷⁷⁴, en diseñar el Colegio para que se apoyara económicamente de las generosidad de las comunidades que más se iban a beneficiar de sus servicios. Esto implicaba una red de apoyo provincial y sus cuerpos gubernamentales así como otros apoyos de beneficencia pública y corporaciones ricas. Como ejemplos podemos establecer las contribuciones de los obispos, y parte de las rentas de los mineros de Hualgayoc; el Cabildo de Lima cedió algunos arbitrios mientras que se cedían los beneficios de una corrida de toros en la plaza de Acho y de una lidia de gallos.⁷⁷⁵

La adaptación de este modelo económico era, ante los ojos de Flores Moreno, una solución a los problemas financieros que frenaban la posibilidad de erección del nuevo Colegio en Nueva España⁷⁷⁶ y ponía el juicio y la experiencia americana al frente de la reforma. De esta forma, la propuesta se cerraba con la confianza puesta en los diputados de ultramar, los Virreyes y el cuerpo facultativo de aquellas provincias, como pilar de una posible reforma por su conocimiento de las necesidades de esos territorios.

⁷⁷³ Es comprensible, por tanto, que en el desarrollo de su Memoria, el cirujano gaditano abandonara ese primera idea de realizar su proyecto de reforma tanto en México como en Perú al conocer el proyecto de Unanue para formar un Colegio en Lima.

⁷⁷⁴ WARREN, A. (2010). *Medicine and politics...*, p. 198.

⁷⁷⁵ CÁRDENAS Z. (2006). “Esteban Eduardo. Transformaciones en las prácticas medicas en Lima, durante la primera mitad del siglo XIX”, ponencia dentro del Las Jornadas latinoamericanas de estudios sociales de la ciencia y la tecnología http://www.ocyt.org.co/esocite/Ponencias_ESOCITEPDF/3PER001.pdf

⁷⁷⁶ Flores Moreno solo concibe adaptar el plan económico, sin embargo no habla nada de su organización y plan de estudios. Su lectura parece ignorar que al tiempo que Unanue pretendía adaptar la financiación a los grupos que más se beneficiarían con su práctica, esta adaptación también tenía un efecto en el diseño curricular. Como ha apuntado Warren “The distinct nature of Lima’s medical curriculum resulted in large part from the vast scope of knowledge the school’s founders wished to extend to the provinces. Both Abascal and Unanue believed that students should receive training in a wide range of courses in order to become competent”. En este sentido, las críticas que contiene el informe de la Junta de Medicina y Cirugía de Cádiz al curriculum planeado por Unanue ponen en evidencia la toma de conciencia de los médicos peninsulares de algunas de las motivaciones básicas de este nuevo planteamiento. Véase: WARREN, A. (2010). *Medicine and politics...*, p. 203.

El plan diseñado por Flores Moreno no llegó a materializarse en un proyecto definitivo, pese a haber trascendido a la comunidad médica americana que insistiría en que las Cortes tomaran una resolución con respecto a la propuesta⁷⁷⁷

5.5. El problemático debate sobre los límites de la práctica médica y sus interlocutores.

Los esfuerzos por definir un modelo de reforma de la profesión sanitaria desvelaban la compleja dinámica de relaciones y niveles de discurso en los que se estaba proyectando el debate. Una cuestión que suponía, como venimos comprobando, un desafío en el plano institucional y respecto al reconocimiento profesional de sus miembros, pero que al mismo tiempo trascendía al plano de la enseñanza y su planificación, y por tanto, a la definición de la práctica médica y a los límites de la profesión. En definitiva, se estaba cuestionando la viabilidad de un proyecto unificado de enseñanza y práctica médica en el que cirujanos y médicos tuvieran la misma formación y reconocimiento, frente a una reforma en la que siguieran marcando la división práctica y teórica de ambos ramos.

En el plano teórico, la decisión de las Cortes gaditanas de restablecer el Protomedicato parecía delimitar en torno a dicho Tribunal la tarea de decidir —o, por lo menos, proponer— la nueva orientación de la profesión sanitaria⁷⁷⁸. Al menos así lo sugería su artículo sexto, en el que se señalaba que en él descansaba la tarea de “proponer al Estado todos los planes, reformas y mejoras tanto en la enseñanza de los diversos ramos del Arte de curar y de las ciencias auxiliares suyas, como en el establecimiento y

⁷⁷⁷A.H.N., Consejos, L.3766. “Registro de resoluciones de la Regencia. Secretaría del Despacho de la Gobernación de Ultramar”. Instrucción pública 355 (despacho del 3 de marzo de 1813): “la escuela de cirugía de México solicita se le declare tribunal de la misma facultad independiente del Protomedicato. La secretaría hace presente, hallarse pendiente de la resolución de las Cortes un plan presentado por el profesor Don de Santa María y Don Francisco Flores Moreno sobre el arreglo de la enseñanza de la medicina y la cirugía de aquella ciudad. Resolución: esperese la resolución de las Cortes.”

⁷⁷⁸ Matthew Ramsey en su estudio acerca de las políticas del monopolio médico establece tres formas básicas de regulación de la práctica médica entre las que se encuentran los monopolios corporativos, la regulación burocrática, y lo que denominó el campo radicalmente libre (the radical free field). La experiencia revolucionaria de España y Francia adquieren, según su criterio, unas características similares tendentes a la burocratización de la regulación médica. Una burocratización que, en el caso de España, significaba una extensión del modelo del Protomedicato ya presente en el antiguo Régimen. El autor señala la gran paradoja del liberalismo en la que se asientan estos dos modelos en la que bajo la defensa de las libertades individuales se establece un control de las estructuras que protegían el bienestar social. Véase: RAMSEY, M. (1984). “The politics of professional monopoly...”, pp. 230-245.

dirección de hospitales, especialmente militares”⁷⁷⁹. En la práctica, la pervivencia y relativa independencia del Colegio gaditano en la toma de decisiones y la inexistencia de un plan del camino que tenía que seguir la enseñanza o las instituciones encargadas, cuestionaban la capacidad del nuevo Congreso de reconducir las distintas voces del debate hacia un proyecto viable.

Esta tarea que parecía complicarse con las dinámicas parlamentarias y legislativas, marcadas, al igual que en el proceso legislativo del Directorio francés, por la acción de las comisiones como órganos destinados a gestionar y filtrar la información y los debates ⁷⁸⁰. Realidad que en cuestiones complejas como la de la regulación de la práctica médica —que implicaba una dimensión académica y docente, y otra de control institucional de su práctica— dieron lugar a escenarios de debate que operaban paralelamente, dificultando la cristalización de un proyecto válido de reforma.

Tengamos en cuenta que si bien el Protomedicato había sido comisionado por las Cortes para controlar y establecer las directrices de la enseñanza y profesión médica, quirúrgica y farmacéutica, en paralelo a este proceso, la Comisión de Instrucción pública debía encargarse de reorganizar la educación nacional, en la que se incluía la universitaria y la técnica —ámbitos en los que se organizaba la formación sanitaria—. Una tarea que con la reapertura de las universidades en abril de 1811 adquiría un carácter de urgencia, sobre todo cuando habían quedado sobre la mesa, antes de la interrupción de la guerra, dos proyectos diferentes de gestión universitaria.

De la misma manera, hemos señalado la estrecha vinculación existente entre el desarrollo de la práctica e institucionalización médica y la estructura militar del Estado. Ahora se impone sopesar esta relación. El caso del Colegio gaditano ofrecía un ejemplo esclarecedor, al representar ese esfuerzo de mantener la independencia y beneficios que le ofrecía su vinculación a la Armada frente a las iniciativas centralizadoras del Estado. En este sentido, y dadas las circunstancias en las que se encontraba el país y la urgencia por perfeccionar la maquinaria militar del nuevo gobierno, conllevaba también la creación de una comisión para proyectar una

⁷⁷⁹ Artículo 6, Decreto LXXIX. Restablecimiento del tribunal del Protomedicato. A.C.D., P-0007-00084.

⁷⁸⁰ ALONSO DE ANTONIO, Á. L. (1991). “Repertorio bibliográfico sobre comisiones parlamentarias y diputación permanente”. *Revista de Derecho Político*, (33), 303–362; I PUJOLS, M. B. C. (2012). “Los actores del parlamento detrás del escenario: el control del debate parlamentario desde la oscuridad de oficinas, comités y comisiones (Francia, 1789-1793) 383”. In REPETO GARCÍA, D. (Ed.), *Las Cortes de Cádiz y la Historia Parlamentaria [Recursos electrónico]*. Servicio de Publicaciones.

constitución militar; y, si bien entre las prerrogativas del Protomedicato quedaba incluido el ramo de la militar junto a la gestión de sus hospitales, la independencia y prerrogativas otorgadas al colegio gaditano parecían dejar abierto el debate a la posible reconsideración de su vinculación al ámbito de la Armada. Algo que quedaría rápidamente comprobado al introducirse el debate sobre la unión de la medicina y la cirugía dentro de la comisión militar⁷⁸¹.

De este modo, la complejidad que había venido acompañando la gestión del ejercicio y enseñanza sanitaria desde las primeras reformas iniciadas en el siglo XVIII quedaba proyectada en el ámbito de las Cortes en sendas comisiones que asumían —dentro de los límites del propio objetivo marcado a cada una de ellas— el debate en torno a la profesión médica y su enseñanza.

Así pues, se estaba produciendo un cambio de perspectiva en cuanto al rol de la clase médica en la organización de su práctica a medida que avanzaba el debate en Cortes. El Protomedicato, que había sido visto por los médicos, cirujanos y farmacéuticos —al menos en el plano teórico— como un instrumento burocrático óptimo para introducir su criterio y regular la profesión, experimentaba, como hemos podido comprobar, ciertos síntomas de parálisis. Sus tareas y objetivos se estaban viendo solapados, además, por las comisiones previamente mencionadas cuya composición estaba lejos de ser representativa en el plano sanitario.

En el caso de la Comisión de Instrucción Pública, la presencia de Higinio Antonio Lorente entre sus primeros miembros, tras su creación el 9 de diciembre de 1810⁷⁸², parecía reflejar cierto compromiso con la clase médica en las decisiones que implicaba la reforma de la instrucción pública. No obstante, pese a la presencia del Protomédico y médico de cámara en la comisión, su nombre quedaría excluido de las dos Juntas —o comisiones especiales— designadas, consecutivamente, para crear un informe o plan para el arreglo de la educación nacional⁷⁸³. De la misma forma, la comisión nombrada

⁷⁸¹ (1814). *Exposición de la comisión de la constitución militar, acompañado de los trabajos que se le pidieron*. Madrid: Imprenta de Repullés.

⁷⁸² (1870). *Diario de sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias : dieron principio el 24 de setiembre de 1810 y terminaron el 20 de setiembre de 1813*. Vol. 1. Madrid: Imprenta de J.A. Garcia. Los miembros de la comisión fueron: Joaquin Fondevilla, Isidoro Antillón, Alberto Lista, Manuel Abella, Manuel Valvuela, Juan Tineo, Higinio A. Lorente, Mariano Gil Bernabé, Jaime Villanueva, Juan C. Bencomo y José I Morales y por último, la presidencia era ocupada por Jovellanos.

⁷⁸³ La primera sería designada el 23 de septiembre de 1811, meses después de haberse reabierto la enseñanza en las universidades y como contrapunto de la Junta de Instrucción pública nombrada por José Bonaparte el 12 de febrero de ese mismo año. Su miembro serían: Jovellanos, Luis de Salazar,

el 23 de junio de 1812 por las Cortes con el objetivo de formular la nueva constitución militar, tras grandes problemas por definir su configuración y poner en marcha las sesiones⁷⁸⁴, no contaba entre sus vocales con ningún miembro de los Colegios de medicina y cirugía dependientes de este ramo.

La ausencia de representación de miembros de la profesión médica en las comisiones parecía relegar *a priori*, una vez más, la decisión en cuestiones sanitaria a un cuerpo sin conocimiento técnico, como había sido el caso en la primera configuración de la Comisión de sanidad pública. En la práctica, esto no supuso la inexistencia de un criterio y opinión médica dentro de los procesos resolutiveos en torno a su profesión. La clase médica desarrolló estrategias aprovechando los cauces abiertos por los nuevos mecanismos parlamentarios para proyectar su voz, tanto dentro del espacio de discusión que ofrecía las Cortes como en medios alternativos.

Aunque limitados en el plano de decisión, teniendo en cuenta el grado de consolidación de su rol como consultores en el campo de la sanidad pública⁷⁸⁵ —sin duda favorecido por las amenazas constantes en este periodo⁷⁸⁶—, se produjo una oleada de instancias dirigidas a las Cortes, y a sendas comisiones, introduciendo su opinión y criterio en el debate sobre la profesión. Uno de los ejemplos más representativos —por toda la polémica que causará tras su publicación— es la *Memoria sobre una reforma de la ciencia de la salud pública* dirigida al Congreso en septiembre de 1811. En un momento en el que el recién instaurado Protomedicato encontraba sus primeros problemas para poner en marcha sus prerrogativas, las ideas de este cirujano eran recibidas por la Comisión de Salud Pública como “útiles en lo tocante a la facultad, así en la parte de directiva como en la de instrucción”⁷⁸⁷ y

Vicente Blasco, Quintana, Manuel Abella, Juan de Ara, Josef Rebollo, Martín de Navas, Eugenio de Tapia, Bartolomé Gallardo, Diego Clemencia y José Eduardo (*Gaceta de Madrid*. 12/2/1811). En junio de 1813, la Regencia considero que la Junta pno había entregado conclusiones satisfactoria por lo que nombró una nueva comisión compuesta por: Martín González Navas, Josef Vargas Ponce, Eugenio Tapia, Diego Clemencia, Ramón de la Cuadra y Quintana. Véase: ARAQUE HONTANGAS, N. (2013). *Manuel José Quintana y la instrucción pública*. Madrid: Dykinson, p.38

⁷⁸⁴ (1814). *Exposición de la comisión de la constitución militar...*

⁷⁸⁵ LEÓN, P. (2002). “La consulta médica. Una práctica de la medicina en el siglo XVIII”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 22, 279–302.

⁷⁸⁶ Véase segundo capítulo.

⁷⁸⁷ A.C.D., P-01-000004-0023-0001. “Dictamen de la comisión de Salud pública se acuerda remitir al tribunal del Proto-medicato una Memoria del doctor Juan Santa María sobre reformas en la ciencia médica, para que haga de ella el uso que estime conveniente”.

remitidas al Tribunal para su uso⁷⁸⁸. Pero este no sería el único caso. En el proceso resolutorio de la comisión encargada de formar la Constitución militar, se llegaron a recibir un total de 144 memorias por parte de profesores en medicina y cirugía ofreciendo posturas en pro y en contra de la cuestión de si convenía que estuvieran reunidas ambas facultades en el ámbito castrense. Unas memorias que, según la *Exposición* presentada por la comisión de constitución, fueron revisadas a la hora de tomar una decisión en este ámbito⁷⁸⁹.

A pesar de la existencia de un flujo participativo de médicos y cirujanos dentro de los límites del espacio discursivo de las Cortes, este no estaba exento de restricciones: la visibilidad de su juicio y opinión —al tener un peso limitado en el plano resolutorio— dependían de los mecanismos de aceptación y filtración de contenidos con los que operaba la maquinaria burocrática de las Cortes. De esto se deduce que muchas de las propuestas, no pasando la aprobación de las primeras comisiones, no llegaban a incidir en los distintos espacios en los que se debatía sobre la cuestión tratada. El hecho de que existiera una comisión de examen de memoriales, como uno de los filtros para las propuestas planteadas en cualquiera de los ámbitos discutidos, reflejaba las dificultades planteadas. Sin embargo, esto no supuso el silenciamiento del criterio médico dentro del debate sobre su ejercicio.

Favorecido por los nuevos mecanismos y libertades auspiciados por el discurso liberal imperante en las Cortes, se generaba así un espacio alternativo de discusión fuera del ámbito parlamentario que permitió al cuerpo de médicos y cirujanos estrechar las barreras impuestas a la proyección pública y política de su criterio.

El decreto sobre libertad de prensa⁷⁹⁰ marcó el inicio de ese nuevo espacio discursivo y de crítica, que permitiría canalizar y proyectar el criterio médico dentro un intenso debate paralelo al de las Cortes. Una discusión que, aunque fuera de los cauces oficiales, daba proyección pública a los problemas en torno al control y enseñanza de la práctica médica, permitiendo en cierto modo también su incidencia en espacio parlamentario de construcción gubernamental.

⁷⁸⁸ Cuando Santa María decida publicar su obra lo hará añadiendo una nota dirigida a los médicos resaltando la utilidad con la que había sido considerada su propuesta por las Cortes

⁷⁸⁹ (1814). *Exposición de la comisión de la constitución militar...*, pp. 23-24.

⁷⁹⁰ Decreto IX, de 10 de noviembre de 1810. (1820). Colección de los Decretos y Órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias. Tomo 1. Madrid. Imprenta Nacional

5.5.1. Espacios alternativos de debate: la libertad de prensa y la proyección pública de la voz de médicos y cirujanos.

“Ya llegó la época en que recobramos el derecho que dio la naturaleza para pensar con libertad y exponer con franqueza las ideas; no haya facultativo que no aproveche este tiempo feliz para llamar la atención del Gobierno al remedio de los vicios y reforma de su profesión”⁷⁹¹

Con estas palabras, el médico catalán Antonio Hernández Morejón plasmaba de una forma magistral las posibilidades que el nuevo espacio de debate auspiciado por la libertad de prensa abría a los profesores médicos para dirigir al nuevo gobierno sus ideas sobre el gobierno de la profesión.

Efectivamente, a golpe de imprenta se facilitó un cauce de salida a esta discusión sobre el cuerpo de médicos y cirujanos, el futuro de sus instituciones y la enseñanza, bajo el amparo de artículos constitucionales como el de instrucción pública, en el que se establecía que “todos los españoles tienen libertad de escribir, imprimir y publicar sus ideas políticas sin necesidad de licencia, revisión o aprobación alguna anterior a la publicación (...)”⁷⁹².

Un espacio que no solo suponía un cauce efectivo para dirigir al gobierno las propuestas reformistas, sino que también daría rienda suelta a las pretensiones corporativistas de médicos y cirujanos, que liberados del imperio de la censura, apuntaban su dedo acusador ante los errores previos de la Corona española, culpándose los unos a los otros de la decadencia de la profesión.

Con esto no pretendemos negar la existencia previa de un debate abierto y crítico sobre la profesión. Las tensiones entre la Universidad, Protomedicato y Colegios de Cirugía que con intensidad se habían producido durante el siglo XVIII, como hemos comprobado previamente, también habían generado una confrontación dialéctica previa cuyo testigo recogían ahora los médicos y cirujanos en el contexto gaditano. No obstante, existían marcadas diferencias en los cauces tras los que emergía la crítica: frente a un discurso proyectado principalmente en los propios ámbitos académicos y

⁷⁹¹ MOREJÓN, A. H. (1813). *Juicio imparcial sobre la reunion de la medicina con la cirugía y relaciones con la farmacia con entrambas*. Valencia: por los Yernos de José Estévan, p. 62.

⁷⁹² El artículo añade una limitación al final del artículo: “bajo las restricciones y responsabilidad que establezcan las leyes”. Título IX.- De la instrucción pública., artº 371. Véase: (1812). *Constitución política de la monarquía española: promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812*. Cádiz: Imprenta Real, pp. 103-104.

profesionales⁷⁹³, instancias dirigidas directamente a los órganos competentes, o críticas veladas bajo un discurso más moderado⁷⁹⁴, emerge un renovado debate que, en paralelo al desarrollo de las Cortes, intensifica el tono crítico, esta vez, bajo la atenta mirada pública..

La arena pública se presentaría como un elemento clave para la construcción de las nuevas estrategias discursivas desarrolladas bajo el emergente gobierno liberal, convirtiéndose en plataforma para la proyección política de la voz de los médicos. Las palabras de Francisco Salvá y Campillo en una de las publicaciones más polémicas de este debate sobre la reforma del ejercicio médico, son sintomáticas de esta estrategia y el papel clave que jugaba la publicidad de aquellas reflexiones: con sus ideas, decía, podría “excitar varias reflexiones a los lectores inteligentes en la materia. Estos al favor de la prensa libre podrían comunicarlas a la Nación, interesándose igualmente que nosotros en el bien de la publica salud, y en los progresos de nuestra facultad que deseamos promover”⁷⁹⁵.

Es interesante remarcar que, en sus palabras, el interés nacional por la salud pública — creciente cada día por el impacto público de la situación sanitaria que rodeaba a la reunión de Cortes— era extensible al campo del ejercicio y formación médica. O por lo menos ahí residía la intencionalidad: convertirla en una preocupación de la recién inaugurada Nación facilitando su inclusión dentro de la agenda política (*vox populi, vox dei*).

Sin embargo, la proyección pública de este complejo debate, si bien podía ser un cauce que favoreciera una toma de conciencia de la necesidad de reforma en la profesión, exponía también sus límites y enfrentamientos. Ese debate sin censura auspiciado por la libertad de prensa abría a la puerta a un discurso acusatorio en el que médico y cirujanos, como hemos apuntado previamente, se dirigían mutuamente.

“(…) Cuando los médicos han tratado de deprimir a la cirugía tampoco han entendido lo que hacían, así como los cirujanos cuando aun en caso de vindicada han intentado envilecer a la Medicina: esas cartas infamatorias, esos libros o papelotes revolucionarios no producen otro

⁷⁹³ CASTILLEJO, D. (1772). *Discurso que para la renovación...*

⁷⁹⁴ El caso de las críticas dirigidas al estatus y reconocimiento de los profesionales quirúrgicos de la Armada dentro del *Tratado de las enfermedades de la gente de mar* (1805), es un ejemplo de ello.

⁷⁹⁵ SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos del Dr. Don Francisco Salvá y Campillo sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar*. Mallorca: Oficina de Antonio Brusi.

efecto en el pueblo y literatos sino una desconfianza de la facultad extremadamente perjudicial.”⁷⁹⁶

Así, la exposición pública de los problemas que experimentaba la profesión médica podía crear este doble escenario en el que el espacio crítico constructivo como proyección de un plan de reforma se transformaba, según las palabras de Junoy, en un espejo público de los conflictos irresolutos entre sus miembros.

Hay que tener en cuenta también que se trataba un fenómeno auspiciado y mantenido por las élites dentro de la profesión. Aquellas capaces de acceder a recursos para la publicación de sus obras, o que tuvieran el apoyo institucional que cubriera con ese gasto. Subrayemos, en este sentido, que solo el texto de Santa María es recomendado para su publicación desde el poder político que, finalmente no correrá a cargo de las Cortes. Esta situación incide directamente en la cuestión en torno a la pugna por el control de la profesión, (preocupación sobre el status) con la clara excepción de un texto publicado por Antonio Graels, (médico en la localidad de Bañares, Extremadura) que en 1814 parecía vindicar el estado de aquellos médicos de provincia olvidados⁷⁹⁷.

5.5.1.1. La polémica está servida: Santa María y su propuesta de reforma de la salud pública.

Una de los primeros textos que vio la luz pública en torno al debate sobre el futuro de la profesión médica fue la *Memoria sobre una reforma en la ciencia de la salud pública* (1811) escrita por Juan de Santa María. Un texto que, como hemos visto, ese mismo año había sido entregada a las Cortes, recibiendo el elogio de la Comisión de Salud Pública.

Apelando a las obligaciones que tanto las Cortes como sus legisladores estaban contrayendo con la sociedad con su proyecto constitucional, el cirujano se esforzaba en el texto en situar al futuro de la Medicina y los miembros de su cuerpo facultativo como uno de los elementos claves para la sociedad y el proyecto político en ciernes:

⁷⁹⁶ JUNOY, F. (1813). *Carta o reflexiones: dirigida á su discípulo N. N. acerca los pensamientos del Doctor Don Francisco Salva y Campillo relativos al mejor arreglo del arte de curar*. Barcelona: Juan Dorca.

⁷⁹⁷ GRAELLS, I. (1814). *Proyecto dirigido a promover los adelantamientos de la medicina y mejorar la suerte de sus profesores, igualmente que la de los enfermos*. Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro; según una noticia contenida en el periódico la Atalaya de la Mancha en Madrid del 19 de octubre de 1814, por 6 reales se podía conseguir el texto en la librería Villareal de la calle Carretas.

porque “sin salud no hay sabiduría, sin ésta no hay rectitud, sin rectitud son inconformes las relaciones sociales y sin ellas no tiene objeto la constitución”⁷⁹⁸.

Siguiendo esta línea discursiva el autor presentaba las dos cuestiones que deberían ser abordadas por el nuevo gobierno para reformar la organización del ejercicio médico y su institucionalización: en primer lugar, promover que los profesores tuvieran la consideración pública que les correspondía, y en segundo lugar, reducir la educación médica a un sistema doctrinal ordenado, que produjera profesores sabios en vez de *rutineros* y *empíricos*: dos adjetivos que desacreditaban no solo a aquellos practicantes que sin una formación adecuada ejercían como médicos o cirujanos bajo el amparo de la experiencia, sino también la caduca y rutinaria formación escolástica de las universidades.

En cuanto al primer punto, Santa María insistía en el poco reconocimiento que se había dado al cuerpo de médicos, cirujanos y farmacéuticos por el nuevo gobierno político. Un cuerpo que según el autor, pertenecía a la clase ilustrada y debía elevarse a los primeros rangos, adquirir las primeras distinciones y formar, en definitiva, una clase respetable del Estado⁷⁹⁹. Estas palabras llevaban implícita una crítica directa al proceder de las Cortes en cuanto a las reinstauración del Protomedicato y el objeto desequilibrado de sus favores políticos en el campo médico.

Tengamos en cuenta que el texto de Santa María se publica en el momento concreto en el que el recién instaurado Protomedicato luchaba por establecer su cuerpo organizativo. Y si bien las intenciones de las Cortes tras el restablecimiento de este órgano eran las “más rectas” —en este proceso de reconocimiento público de la voz médica— estas habían fracasado al haber creado un órgano en el que no se incluían la representación farmacéutica y parecían ignorarse las críticas y proyectos de los otros miembros de la profesión: “¿Cuando hubiera decretado el Congreso la creación de un Protomedicato si hubiese visto que sepultaba la sana crítica de los Médicos Pensadores y ofendía a toda la clase Farmacéutica?”. Recordemos que el texto de Santa María había sido enviado al Tribunal del Protomedicato para su examen. Estas últimas

⁷⁹⁸ DE SANTA MARÍA, J. (1811). *Al Congreso Augusto de las Cortes Generales y Extraordinarias de la Nación. Memoria sobre una reforma en la ciencia de la salud pública...*, p. 4.

⁷⁹⁹ Esta idea articula todo el texto, pero se menciona particularmente en las páginas 9 y 32. Los trabajos de Sarfatti Larson han ahondado sobre los mecanismos de persuasión para adquirir el prestigio colectivo dentro de un grupo profesional para elevar su “respetabilidad” dentro del ámbito social y estatal. Véase: SARFATTI LARSON, M. (1979). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis* Berkeley: University of California Press, p. 309.

palabras parecían dar a entender que su *Memoria* había sido ignorada y, por lo tanto, esclarecen la intencionalidad del autor a la hora de publicar a posteriori el texto remitido en Cortes, para someter sus ideas al juicio público.

En la misma línea, Santa María acusaba al nuevo gobierno de haber favorecido a un único organismo: el Colegio médico-quirúrgico de Cádiz, que como hemos apuntado previamente en este capítulo, había acumulado los honores del Ministro de Hacienda y médico de cámara entre sus catedráticos. Unos favores que según el cirujano, debían haber sido extensibles al cuerpo entero de Profesores de la Armada⁸⁰⁰. Una crítica que será reiterada por parte de otros tantos médicos dentro de este debate.

“La estimación justa de los médicos consiste en su consideración social, que fomenta la opinión pública” . Con estas palabras se remarcaba la ausencia de representación de médicos dentro de la conformación de las Cortes⁸⁰¹ y la carencia de confianza de los pueblos en los profesores, en parte por la inexistencia de dicho reconocimiento público⁸⁰². Una realidad que según el autor parecía confirmarse en la comisiones provinciales y municipales que recurrían a la representación de los artesanos más humildes en vez de dichos médicos y cirujanos que luchaban por su reconocimiento profesional. Unos profesores que a la altura del debate parlamentario, no contaban con ninguna condecoración de órdenes o pensiones nacionales frente a los teólogos y juristas, profesiones que habían alcanzado todas las distinciones sociales⁸⁰³. Este último punto será posteriormente confirmado cuando el testimonio de Ignacio Graels que desde su puesto como médico en un pueblo escribirá en 1814 que “los *verdaderos* médicos se hunden confundidos con la chusma de pseudomédicos, barberos,

⁸⁰⁰ Tengamos en cuenta que aunque Juan de Santa María no había sido formado en Cádiz sino en el Colegio de cirugía de Madrid, su traslado a México y, después de ser condenado por la Inquisición a Filipinas delimita su práctica al cuerpo de la Armada, comisionada generalmente a los destinos de Ultramar.

⁸⁰¹ Una situación que cambiará el 29 de octubre de 1812 cuando se nombra al médico Manuel Martín diputado en representación de la ciudad de León. En este sentido sería interesante estudiar comparativamente el cambio que se produce en el terreno de la representación y consideración de los médicos en el ámbito político en las Cortes gaditanas respectivamente con el Trienio Liberal en el que nos encontramos a Antonio García y García, José María Valentín Gómez Farias, Feliz Janer y Bertán, Mariano Lagasca y Segura y Agustín López de Baños. Todos ellos médicos y diputados: Véase: SAN SEGUNDO, G. (2012). “1812: El nacimiento de la sanidad moderna”. *Medical Economics*, 166, 14–22.

⁸⁰² Entendemos que el concepto de opinión pública en el texto del cirujano hace referencia a su reconocimiento público.

⁸⁰³ Santa María indica una excepción al apuntar que el médico Mariano Martínez de Galinsoga se había condecorado a finales del siglo XVIII con la Cruz chica de Carlos III. Una distinción que bajo el lema de *Virtuti et merito* condecoraba a aquellos que hubiesen destacados por su servicio a la Corona y España. Véase: DE CADENAS Y VICENT, V. (1985). *Extracto de Los Expedientes de la Orden de Carlos III. 1771-1847*. TomoVIII. Madrid: Hidalguía, Exp. 916, p. 86.

sangradores, curanderos, charlatanes y todos los matadores (...) prohibidos y despreciados por los pueblos”⁸⁰⁴. Un desprecio que se traducía, en su caso y en el de muchos otros, en el rechazo a otorgarles el derecho de vecindad y por lo tanto, llevado al extremo, suponía la negación de su estatus como ciudadanos al estarles negado el derecho a votar por no estar inscritos en el registro:

“¿Tan inútiles, tan despreciables son los Médicos para no poder ocupar un asiento en las salas consistoriales, al lado del honrado labrador o del noble artesano? No, no es posible que las Cortes hayan querido privarnos de un derecho tan legítimo! Yo el más inútil y mas despreciable de todos, lo pido y lo reclamo (...).”⁸⁰⁵

Esta reclamación dirigida por ambos médicos a la opinión pública, y en extensión a la clase política, venía acompañada, en el caso de Santa María, de una seria reforma del sistema de enseñanza, de manera que su control recayera en los propios médicos y que fuera la igualdad y unidad entre los distintos ramos el principio organizativo. Un proceso que había sido iniciada por Gimbernat y Virgili con el establecimiento de los Reales Colegios pero que había quedado irresoluta.

Esta propuesta que corre en paralelo a los intentos de los médico-cirujanos gaditanos por reclamar la presencia de la profesión médica en las comisiones de salud pública y la formación del Protomedicato, establece como medio para obtener sus objetivos un organigrama estructural alternativo al que se estaba considerando en el seno del Tribunal. Bajo el nombre de Junta Suprema de Salud Pública, este órgano acapararía el control absoluto de la profesión, y asumiría las potestades encargadas al Protomedicato, crear un reglamento de sanidad pública, reformar los hospitales militares, lazaretos y cuarentenas..., incidiendo en su obligación con respecto a la higiene pública de todo el Reino y del control de las oficinas de Farmacia –ramo que en ese momento estaba siendo desplazado a un segundo orden por el Protomedicato–.

Este tribunal formado por cinco miembros de la profesión, establecía una centralización absoluta del control profesional, dividiendo su organización en cinco ramos a cuya cabeza se encontraría cada uno de los cinco miembros de la Junta. De este modo, se proyectaba la creación de un organismo de *Inspección General de Salud Pública* dirigido por el primero de los miembros de la Junta y asentado en la Corte, que serviría como Consejo de apelaciones para el resto de departamentos regionales o

⁸⁰⁴ GRAELLS, I. (1814). *Proyecto dirigido a promover los adelantamientos...*, p. 5.

⁸⁰⁵ Idem, p. 17.

Colegios con su jurisdicción respectiva, asumiendo el gobierno absoluto de la profesión. En el ámbito de la práctica militar se proyectaba la creación de una *Dirección general de salud del ejército* y una *Dirección general de la Armada*, ambas designadas independientemente al segundo y tercer miembro de la Junta. El control del ramo de Farmacia era también asumido independientemente por el cuarto miembro, siendo el quinto el *secretario consultor de la Junta Suprema*, encargado de las disposiciones diplomáticas, y de presentar al gobierno las ordenanzas y creación de un Archivo. Una estructura que respetaba la idea de unidad del control de la sanidad pública con la que se proyectaba el Protomedicato, pero que, a diferencia de esta, mostraba un esquema más delimitado de sus funciones y su control, ofreciendo un lugar privilegiado al ramo militar.

De esta Junta también dependerían los Colegios que, debido a la ocupación francesa, se reducían funcionalmente al de Cádiz y Santiago, y que asumirían, según el plan, la formación de los Maestros de la Armada y del Ejército. Ninguna mención se hace, sin embargo, a la formación de las universidades, ni a la formación de profesores en el ámbito civil. Las exigencias de la guerra en ese mismo año, podían justificar esta focalización en el ámbito colegial asociado al ámbito militar. Sin embargo, habría que tomar en consideración que basada en la idea defendida por el autor, de unidad de las ciencias y la crítica constante dirigida a los “médicos de canas y bordados”⁸⁰⁶, la inclinación a circunscribir el proyecto reformista al de los Colegios, como iconos de las transformaciones formativas, puede considerarse en función de la afinidad con el proyecto planteado.

El texto terminaba con un discurso de defensa a ultranza de la medicina y patología química bajo el supuesto científico de que *el hombre es producto de las afinidades químicas*. Una afirmación con la que se presentaba deudor de los sistemas de afinidades químicas. Una teoría de la que se había servido algunos autores franceses como Buffon para generalizar las leyes de atracción newtonianas al resto de fenómenos naturales, y en particular a las reacciones químicas, con las que se pretendían explicar la causa de la enfermedad⁸⁰⁷. Teniendo en cuenta que en los Colegios se seguía

⁸⁰⁶ DE SANTA MARÍA, J. (1811). *Al Congreso Augusto de las Cortes Generales y Extraordinarias de la Nación. Memoria...*, p. 30.

⁸⁰⁷ Aunque especificará que estas autoridades solo señalan el camino de lejos. El trabajo de Arquiola y Montiel resulta una referencia adecuada para aproximarnos a la introducción de la química en las teorías general de la enfermedad y en la clasificación anilítica y nosológica de la misma. Véase: ARQUIOLA, E., & MONTIEL, L. (1993). *La corona de las ciencias naturales...*; pp. 69 y 283.

considerando la química como ciencia adyacente —estudiándose en Cádiz solo en el primer año y junto a la física—, consideraba necesaria para progresar en el campo científico y, por tanto, en la consideración del cuerpo de profesores, la formación exclusiva en química el primer año, repitiéndose en el segundo. Una propuesta que aunque un poco extrema, parecía proyectar el diálogo que aún seguía latente entre las ciencias europeas y los innumerables caminos para generar una teoría sobre la enfermedad.

Bajo la premisa de desterrar a “un olvido eterno el sistema antiguo de gobierno, demoliendo la barrera que levantó la ignorancia para separar a la Medicina de la Cirugía, borrando el carácter químico que distingue a uno solo, siendo o debiéndolo ser todos...”⁸⁰⁸, la propuesta de Santa María parecía no alejarse de la estela reformista de los Colegios que desde la ilustración habían ganado terreno y parecían encontrar un buen asiento bajo el amparo del discurso liberal de Cortes —así parecía confirmarse al haber sido elogiada su utilidad por la Comisión de Salud Pública—.

Una de las peculiaridades formales comunes al número considerable de propuestas que médicos y cirujanos publicaron durante este periodo es su carácter dialógico. Los textos, en este sentido, no van a ser expresiones individuales del modo de entender las reformas de cada individuo —dinámica más propia de las *memorias* entregadas a las comisiones en Cortes para su deliberación— sino que proyectaban una discusión polifónica, orquestada en torno a alguna de estas propuestas que, como materiales incendiarios, producían un hilo de respuestas públicas que hacían crecer el debate y que desvelaban la complejidad de intereses insertos en él. Por eso, en nuestra opinión, se hace necesario en nuestra opinión, abordar las propuestas reformistas teniendo en cuenta toda las ramificaciones dialógicas que generan y no de manera individualizada como se ha hecho en ocasiones en nuestra historiografía ⁸⁰⁹.

⁸⁰⁸ DE SANTA MARÍA, J. (1811). *Al Congreso Augusto de las Cortes Generales y Extraordinarias de la Nación. Memoria...*

⁸⁰⁹ Como hemos apuntado en la introducción, uno de los problemas en la historiografía médica es que muchos de estas propuestas se han estudiado como propuestas individuales sin contrastarlas dentro del debate público que generan. El caso más paradigmático es el relativo al texto de Salvá y Campillo que analizaremos a continuación, estudiado recientemente por José Luis Peset de forma aislada sin tener en cuenta las 3 contestaciones que provoca ni el segundo texto que publicaría el mismo Salvá para contestar a las críticas. Véase: PESET REIG, J. L. (2005). “Francisco Salvá y Campillo y la reforma de la enseñanza médica”. (pp. 245–260) In SÁNCHEZ RAYGADA, C. H. (Ed.). *Ciencia y Academia. IX Congreso Internacional de Historia de las Universidades*. Tomo II. Valencia: Instituto Figuerola de Historia y Ciencias Sociales. El texto de Santa María ha sido mencionado junto con las otras publicaciones que suscitó, pero siempre en contextos de estudio en torno a la prensa y la imprenta. Véase: MARTÍNEZ

En el caso del texto de Santa María, esta exigencia de cambio de perspectiva se hace aún más obvia al tener en cuenta que este documento había sido presentado ya de forma individualizada a las Cortes sin haber obtenido ninguna respuesta del Protomedicato al que se había remitido. La publicación de sus ideas, en este sentido, buscaba la respuesta pública y médica que se le había negado en el ámbito de las Cortes. Una respuesta que llegaría rápidamente pero que, sin embargo, generaría una reacción en cadena que tendría como objetivo desacreditar y desarmar públicamente sus argumentos.

No es de extrañar que la respuesta viniera principalmente de miembros del Colegio gaditano de medicina y cirugía, debido a la censura dirigida por el autor a sus catedráticos. Francisco Flores Moreno —catedrático de botánica del Colegio, cuya implicación en el debate sanitario, como ya hemos visto, estaba siendo muy activa tanto en la Cortes como en la prensa—, fue el primero en atacar a Santa María bajo el objetivo de desmontar la proposición mantenida en su escrito de que *el hombre es el producto de las afinidades químicas*. Esta frase, que había servido a Santa María para sustentar brevemente su propuesta formativa bajo el imperio de la teoría de las afinidades, era considerada por Flores como irrisoria, cuanto menos una hipótesis lanzada sin la mayor reflexión por el cirujano. En un total de 43 páginas, el catedrático construirá un elaborado edificio teórico basado en los trabajos y citas textuales de Francis Bacon, Xavier Bichat, George Cabanis o Charles C. Dumas, con los que pretendía desmontar la débil base teórica del cirujano madrileño que se había dejado llevar, como algunos fisiólogos, por la necesidad de crear modelos e hipótesis explicativos que ahondaran sobre la naturaleza de las causas, más que centrarse en los fenómenos demostrados por la experiencia⁸¹⁰.

El texto de Flores Moreno y la sustentación teórica de sus argumentos suponen para el historiador de la medicina y de sus instituciones, una interesante radiografía de las bases científico-teóricas y del nivel de comunicación científica que existía en ese momento en España. Un conocimiento científico que, por otra parte, era presentado como un elemento clave dentro del debate sobre la profesión médica, apartándose de

BARO, J. (2006). “Sueños, diálogos y viajes imaginarios: literatura y política en el Diario mercantil de Cádiz (1810-1814)”. In *La Guerra de la Pluma. Imprentas, literatura y periodismo*. Cádiz: Universidad de Cádiz.

⁸¹⁰ MORENO, F. F. (1812). *Reflexiones filosófico-medicinas acerca de una proposición que se halla en la Memoria sobre la reforma en la ciencia de la salud pública presentadas por el Dr. en Cirugía D. Juan de Santa María*. Cádiz: Imp. Tormentaria.

las consideraciones más estructurales y organizativas que habían dirigido generalmente este debate.

Efectivamente, una gran parte de la argumentación teórica de Flores refleja la deuda del médico-cirujano con las escuelas y doctrinas francesas asentadas en París y Montpellier, que intentaban marcar los pasos del nuevo rumbo con el que se quería dar una respuesta a la crisis epistemológica en la que se había sumido la medicina de la época. En este sentido, tanto Santa María como Flores Moreno, mostraban la centralidad que el concepto de organización estaba desempeñando en el intento de racionalizar la medicina como “ciencia del hombre”⁸¹¹. La débil sistematización del primero bajo conceptos de afinidades químicas como marco explicativo de las causas primeras de la enfermedad, era enfrentado en el texto de Flores Moreno con el sustento teórico, analítico y experimental de las doctrinas vitalistas y de los llamados médicos “ideólogos” que desde finales del siglo XVIII estaban replanteando las bases de la fisiología y patología⁸¹². Así lo demostraban las referencias a las *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte* y la *Anatomía general aplicada a la fisiología y medicina*, de Xavier Bichat, *Los principios de fisiología* de Dumas, y, entre otros, los textos de Cabanis⁸¹³. Principios y líneas teóricas con las que, en parte, había entrado en contacto a través del pensionado, que como algunos de los alumnos del Colegio de la Armada, había realizado en París y otras ciudades europeas en las últimas décadas del XVIII⁸¹⁴ y, que por otra parte llegaban a través de la publicación y traducción de estas obras extranjeras, como vemos en las referencias usadas por el autor.

En cierto sentido, las reflexiones de Flores Moreno daban cuenta de que el debate científico y epistemológico iniciado en Europa durante el periodo ilustrado en el campo de la medicina seguía activo en España, pese a las circunstancias y a los signos

⁸¹¹ ARQUIOLA, E., & MONTIEL, L. (1993). *La corona de las ciencias...*, pp. 48-51.

⁸¹² ROSEN, G. (1946). “The philosophy of ideology and the emergence of modern medicine in France”. *Bulletin of the History of Medicine*, 20(2), 328-339.

⁸¹³ BICHAT, X. (1814). *Anatomía general aplicada a la fisiología y a la medicina. traducida del francés por Ramón Truxillo*. Madrid: Imp. de la Hija de Ibarra; BICHAT, X. (1807). *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte; traducidas al castellano de la segunda edición francesa por Tomás García Suelto*. Madrid: Imp. de la Administracion del Real Arbitrio; DUMAS, C.-L. (1804). *Principios de fisiología ó Introducción a la ciencia experimental filosófica y médica del hombre vivo; traducida por Don Juan Vicente Carrasco*. Madrid: Imp. de Mateo Repullés. Aunque las referencias bibliográficas de Flores Moreno solo mencionan el título y el autor, no mencionan la edición por lo que las referencias anteriormente citadas toman las traducciones disponibles en ese momento. En el caso de las obras de autor Destutt Tracy y la obra no mencionan la edición ni año de publicación de las mismas

⁸¹⁴ A.G.M., Lg. 2898.57. “Expediente Flores Moreno”. Destino que ocupa por Real Orden del 19 de octubre 1787.

claros de agotamiento y estancamiento científico-intelectual tan señalados por la historiografía tradicional⁸¹⁵.

Sin embargo, como hemos mencionado previamente, es interesante medir las implicaciones e intencionalidad de Flores Moreno al introducir este debate científico y doctrinal en el seno de un debate sobre la organización de la profesión médica. Las referencias a los trabajos de Destutt de Tracy⁸¹⁶ y Cabanis —en especial a su obra *Coup d’oeil sur les révolutions et sur la réforme de la médecine* (1804) que es citada varias veces en el texto⁸¹⁷—, nos hace pensar que el médico gaditano tenía muy presente el discurso del *ideólogo* francés, defendido ante el Consulado, sobre la exigencia de reflexionar sobre la ciencia médica en un momento en el que se estaba reformulando la instrucción pública y sus planes. De este modo, se podrían fundamentar en una teoría y un método adecuados y así reformar en poco tiempo el ámbito intelectual.

“Sepa el doctor Santa María que cuantos facultativos hay en Europa de alguna ilustración, conocen, desde antes que él viniera al mundo, la necesidad de reformar en mucha arte el estudio de la medicina: no según el ridículo plan que él proponer, reducido a setenta y dos líneas de impresión en octavo español, sino con arreglo a miras sabias, extensas y detenidamente combinadas, sobre el conocimiento de las varias ciencias que tienen relación con el arte de curar.”⁸¹⁸

A pesar de la presencia de esta línea de pensamiento reformista francesa en su texto, no debemos dejar pasar desapercibido que en el contexto del debate iniciado por Santa María el elaborado discurso científico utilizado por Flores se presenta paralelamente como argumento de autoridad para desbancar el proyecto Santa María.

⁸¹⁵ Véase nota 20.

⁸¹⁶ Citará la obra de 1801 *Elementos de ideología*. Al no existir una traducción en español en la época deducimos que hace referencia a su edición original. Una relación exhaustiva de las numerosas traducciones españolas de las obras de estos autores se ofrece en: GRACIA GUILLÉN, D. M. (1980). “Ideología y ciencia clínica en la España de la primera mitad del siglo XIX”. *Estudios de historia social*, (12), 229–243; CASTRO ALFÍN, D. (1986). “Los ideólogos en España: la recepción de Destutt de Tracy y de Volney”. *Estudios de Historia Social*, (36), 337–343.

⁸¹⁷ Aunque Flores Moreno cita la obra en español, la imprecisión en el título utilizado para citarlo —que cambia de *Revoluciones de la medicina* a *Reforma de la medicina*, aproximándose en algunas ocasiones a su título original, como en la nota 11 en la que cita al edición de 1804 bajo el nombre de *Revoluciones y reforma de la medicina*— nos confirma que el médico-cirujano está haciendo referencia a la obra original en francés (que además no sería traducida al español hasta la década de los 20, como confirma Sánchez- Mejía. Véase: SÁNCHEZ MEJÍA, M. L. (2004). “La teoría política de los ideólogos. Estudio preliminar”. In *Textos políticos de los ideólogos*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, pp. XI–XXXVIII.

⁸¹⁸ MORENO, F. F. (1812). *Reflexiones filosófico-medicinas acerca de una proposición...*, p. 43.

Poniendo en duda la sustentación científica de una sola frase del proyecto, *El hombre es el producto de las afinidades químicas*, se cuestionaba no tanto el proyecto presentado —pues no pasaba desapercibida la similitud de alguno de los principios organizativos propuestos con algunos de los defendidos por el Colegio gaditano y el Protomedicato— sino la capacidad de Santa María para proponerlo⁸¹⁹.

La crítica a la defensa de un plan científico basado en una hipótesis no demostrada como era la frase que se intentaba desmontar. Señalaba a Santa María, como intenta argüir Flores Moreno, como un sujeto que había excedido los “límites de su profesión” que había demostrado poco estudiada. Una osadía que le había llevado no solo a aventurar proposiciones ajenas al sentido, sino a denigrar a los profesores del arte de curar. Con esta pequeña referencia Flores presentaba el *quid* de la cuestión: un cirujano que había sido condenado por la Inquisición hasta el punto de casi perder el reconocimiento legal de su título como cirujano por el Protomedicato⁸²⁰, había puesto en duda la posición y status de privilegio del Colegio gaditano, y no solo eso, sino que, además, sus proposiciones habían sido consideradas útiles por el Congreso.

Recurrir solamente a un argumento de autoridad para criticar a Santa María, es decir, criticar al cirujano solo desde la posición de privilegio y de reconocimiento político que poseía Flores, podría efectivamente reforzar la crítica elevada al Colegio gaditano y a esa élite que copaba las instituciones. La estrategia discursiva, por tanto, parecía residir en desacreditar al cirujano en el plano científico, creando una asociación entre ese estado de condecoración y honor que recibía Flores Moreno y otros de los catedráticos gaditanos por parte del gobierno, con ese monopolio cognitivo —adquirido tras años dentro del sistema institucionalizado reconocido—⁸²¹.

⁸¹⁹ El esquema propuesto adaptaba las funciones proyectadas para el Protomedicato además de proponer reconocimiento público y político de sus profesionales, unión de la medicina y cirugía en los planes de estudio, etc. No olvidemos que Juan de Santa María había sido colegial del Real Colegio de Cirugía de Madrid.

⁸²⁰ A.H.N. Inquisición, 3730, Exp.146. En el expediente se puede comprobar cómo Santa María es condenado en México, entre otras cosas, por libertino, escandaloso y enemigo declarado de la religión católica y sus ministros. Su condena en principio había sido el destierro a Filipinas, aunque en sus *Memorias* (1811), revelan que este fue llevado a cabo en Ceuta. El indulto, como demuestra, un expediente remitido por el Consejo de Ultramar con fecha de 2 de agosto de 1811, Santa María había solicitado recuperaras derechos y libertad y declarándole buen ciudadano. Véase: Archivo General de Indias (A.G.I). Ultramar 163. n.83. “Juan de Santa María”.

⁸²¹ Los argumentos de Flores Moreno también implican ciertos mecanismos y estrategias de persuasión. Un concepto que según ha explicado González Leandri —siguiendo trabajos como el de Sarfatti Larson— está estrechamente unido a la búsqueda de respetabilidad y prestigio social como parte de ese proceso de profesionalización. Véase: GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999). *Las profesiones...*, pp. 93-106.

El debate iniciado por Santa María se convertía en este sentido, no solo en un debate sobre los elementos que debía abordar la reforma de la profesión médica, sino sobre quién tenía la autoridad para hacerlo. Por otra parte, no podemos ignorar la existencia de un interés personal por parte de Flores Moreno para desacreditar a Santa María, que iba más allá de la defensa de la institución quirúrgica de la que aquel era catedrático. En el mismo año en el que Flores publicaba este escrito, el cirujano madrileño había presentado en Cortes con fecha de 7 de octubre de 1812, un *Plan para el establecimiento de un colegio de medicina y cirugía en México*⁸²². Una propuesta que hacía sombra a la memoria entregada por el cirujano gaditano con el mismo objeto⁸²³.

Sorprende la repercusión pública y mediática de la respuesta de Flores Moreno, que no solo fue secundado desde el ámbito de la profesión médico-quirúrgica sino que alcanzó otros espacios de discusión intelectual, llegando incluso a provocar una interesante y amplia respuesta popular. Efectivamente, la aparición del folleto de 24 páginas bajo el título *Juicio recto de la memoria del Doctor Santa María, sobre una reforma en la ciencia de la salud pública*, publicado por un estudiante del Colegio de Medicina y Cirugía gaditano—Fernando González y Casas—, retomó la línea crítica del catedrático gaditano desde el ámbito médico-quirúrgico⁸²⁴. Mofándose del estilo literario y adornado de Santa María, le tacharía de “atrevido escritorzuelo” y “reformador extravagante” al proponer un plan basado en la ciencia del laboratorio sin ni siquiera citar a autores como Fourcroy, Lavoisier, Cullen, Pinel, y sin hacer referencia a la importancia de la medicina clínica y al apoyo de otras ciencias para formar con erudición a los médicos.⁸²⁵. Un perfil que sin duda había intentado

⁸²² Sesión del 7 de octubre (1812). *Diario de las discusiones y actas de la Cortes*. Vol. 15. Cádiz: Imprenta Real, p. 333.

⁸²³ A.H.N., Consejos, L.3766 1812-7-16 / 1813-9-28. “Registro de resoluciones de la Regencia. Secretaría del Despacho de la Gobernación de Ultramar”- Los expedientes de la Secretaría del Despacho de la Gobernación de Ultramar demuestran los términos de clara competencia en la que se estaban evaluando ambas propuestas. Uno de los expedientes establece, tras la entrega de la propuesta de Santa María, que se pase a las Cortes “a fin de que comparándolo con el que tiene presentado Don Francisco Flores Moreno aprueben el que estimen preferible. En un segundo momento, a la altura de marzo de 1813, se recibe una instancia del propio colegio de Cirugía de México instando para que se tome una resolución sobre ambos planes. Una preocupación que la Secretaría de Ultramar hace presente a la Regencia que resuelve que la respuesta tiene que esperar la resolución de las Cortes.

⁸²⁴ GONZÁLEZ Y CASAS, F. (1812). *Juicio recto de la memoria del Doctor Santa María, sobre una reforma en la ciencia de la salud pública*. Cádiz: Imprenta de D.Manuel Santiago de Quintana.

⁸²⁵ Aunque fuera de nuestro objeto de estudio es interesante mencionar la centralidad que adquieren los alumnos como agente social clave dentro del proceso de profesionalización en el ámbito médico, tanto ejerciendo como grupo de presión, como de reproducción y de perpetuación de los debates y procesos de profesionalización. Aunque centrado en el caso argentino, el trabajo de González Leandri resulta una fuente de necesaria consulta para ahondar en este tema, en especial su capítulo dedicado a “La Academia

fomentar el Colegio gaditano para preparar a los cirujanos de la Armada, presentados como “los profesores más beneméritos y capaces”.

El estilo burlón utilizado a veces por González y Casas⁸²⁶ sería imitado en otro folleto que salió publicado poco después por Sebastian Josef Rigal, un “licenciado en Artes”, que bajo una pretendida *Apología* de la Memoria presentada por Santa María para defenderle de las impugnaciones de Flores Moreno y González y Casas, realizaba una afilada e irónica crítica a las aspiraciones y superioridad del cirujano⁸²⁷.

Lo que llama la atención de este texto es la información que nos aporta sobre los círculos de difusión del debate iniciado por Santa María. Tengamos en cuenta que Rigal no pertenece a la clase médica —aunque señala haber estudiado un curso de química con Pedro Gutiérrez Bueno⁸²⁸—. Sin embargo, afirmaba conocer el debate, entre otras cosas, por haberse convertido en un tema de interés y de crítica dentro de su tertulia literaria. Una tertulia en el que la figura de Santa María se había ganado los adjetivos de “charlatán, calavera, mequetrefe, un químico consumido y arlequín de las afinidades”⁸²⁹. Un detalle que pone en evidencia la repercusión de esta discusión fuera de los círculos estrictamente médicos.

Los ecos del debate también llegarían a las calles, donde, según relataría Adolfo de Castro en su obra sobre el Cádiz de la guerra de la Independencia⁸³⁰, Santa María, al

de medicina y la emergencia de los estudiantes como nuevo agente social”. Véase: GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar...*, p.113-151.

⁸²⁶ Un ejemplo del discurso irónico utilizado González y Casas: “Venid, venid aquí, hombres de estado políticos profundos, sabios de todos tiempos, que os habéis afanado en buscar el modo mas ventajoso de establecer una sociedad y de arreglar sus leyes interiores y hallareis resueltas vuestras dudas, allanadas todas vuestras dificultades por un Mancebo aspirante a la Medicina en cinco renglones”. GONZÁLEZ Y CASAS, F. (1812). *Juicio recto...*, p. 6.

⁸²⁷ RIGAL, S. J. (1812). *Apología de la memoria presentada al Augusto Congreso de las Cortes por el Dr. Santa María, sobre una reforma en la ciencia de la salud pública. la que ha sido impugnada por el Dr. D. Francisco Florez Moreno, medico honorario de cámara de S.M. &c.* Cádiz: Imprenta de D.Manuel Bosch.

⁸²⁸ Director y profesor de química, desde 1804 en el recién inaugurado Colegio de Farmacia de Madrid. Previamente director de los laboratorios del Ministerio de Estado y catedrático de química del Real Colegio de Madrid. Autor del Curso de química, teórico y práctica, para la enseñanza del Real Laboratorio de Química de esta Corte (Madrid, 1788), y uno de los traductores de la obra científica de Lavoisier, Moreau y Fourcroy sobre la nueva nomenclatura.

⁸²⁹ RIGAL, S. J. (1812). *Apología de la memoria...*, pp. 2-3.

⁸³⁰ CASTRO, A. DE. (1862). *Cádiz en la Guerra de la Independencia: cuadro histórico*. Cádiz: Revista Médica, p.43; El relato también sería recogido por Menéndez Valdés en su *Historia de los heterodoxos españoles*. PELAYO, M. M. Y. (1992). *Historia de los heterodoxos españoles*. Vol. 2. Madrid: CSIC, p. 965; Apuntemos que Santa María utiliza la locución latina “odio al vulgo ignorante, y me alejo de él”. También en su última frase está haciendo alusión a uno de los impresores más famosos de la ciudad

querer vindicarse por la imagen pública que los catedráticos habían proyectado de su persona, decidió colocar unos cartelones por la ciudad el mismo día de la procesión del Corpus, con el siguiente mensaje:

“A los manes de Newton y de Buffon
A la Europa Sabia y pensadora.
A la posteridad.
Odi profanum vulgus, et arceo
Dedicatoria del sabio Lancelin,
con que contesta el ciudadano Santa María a los papeluchos que se han
escrito en contra de su memoria médica
No se vende ni se halla como esté, en las esquinas
gratis me fecit Nicolaus Gomez Requena.”⁸³¹

La exposición pública de Santa María como gesto de reivindicación es una interesante muestra de las dimensiones que alcanzaba este debate dentro del espacio público. Sin embargo, ponía de manifiesto que si bien la imprenta había abierto la puerta a la proyección pública del debate sobre la reforma de la profesión, lo que realmente parecía haber trascendido es la proyección de las confrontaciones internas, que en este caso parecían ir más allá del tradicional enfrentamiento entre *médico puros* y cirujanos.

Por otra parte, debemos apuntar que estas no fueron las únicas voces que participaron dentro del debate público sobre la profesión, ni Cádiz el único lugar en el que se proyectó. Las circunstancias particulares de la ciudad que acogía el debate constitucional y en la que tenía su sede el Colegio de Cirujanos de la Armada, parecían justificar las dimensiones que adquirieron la acogida del debate en un público altamente estimulado por la discusión política y la postura de defensa de los catedráticos gaditanos. Sin embargo, a medida que la Península se fue liberado del ejército francés y que el debate parlamentario y sus comisiones buscaban una solución a la organización de la instrucción pública, emergieron otras voces y otros centros de debate.

Gaditana. La errata en la palabra “este” que aparecía acentuada, contaría posteriormente Adolfo de Castro, puso en ridículo al autor públicamente.

⁸³¹ El cartel fue inmediatamente recogido por el Diario Mercantil de Cádiz (nº 65 y 162, 5 de marzo y 10 de junio de 1812) y por el Redactor General (nº 272 y 281, 12 y 21 de marzo de 1812).

5.5.1.2. Salvá i Campillo y el debate sobre el nuevo modelo instructivo tras la apertura de las universidades.

El caso de la publicación de los *Pensamientos del Doctor Salvá y Campillo sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar* (1812), es otro claro ejemplo de las distintas voces y posturas detrás de cada texto e interlocutor. Esta propuesta escrita en 1811 y publicada con retraso por las circunstancias del país, sería seguida de las críticas y contrapropuestas de Antonio San Germán⁸³² —cirujano mayor del primer ejército y honorario de la Real Cámara—, Francisco Junoy⁸³³ —médico y cirujano por la universidad de Valencia y el Real Colegio de Barcelona respectivamente—, y Manuel Rodríguez⁸³⁴ —cirujano Mayor del Hospital militar de Mahón—. Un intenso debate que se extendería durante el año 1813, terminando con la publicación del propio Salvá y Campillo que, a modo de *Suplemento*, respondía a las críticas hechas a su primer escrito.

Tengamos en cuenta que las instituciones de pertenencia de estos interlocutores, al contrario que en el caso del Colegio gaditano, debían enfrentarse a la tarea de reestructurar su actividad después de la clausura de sus centros por el gobierno durante la guerra. La línea discursiva, por tanto, adquirirá otro tono en comparación con el iniciado por los gaditanos, en el que más que proyectar una nueva estructura se había tratado de mantener y parapetar el status privilegiado de los médico-cirujanos y el modelo institucional formativo que se había mantenido durante el conflicto. Sin embargo, esto no excluía que los diferentes actores del debate llegaran por distintos caminos a plantear las mismas cuestiones sobre el arreglo de la profesión, reproduciendo los esquemas de enfrentamiento acerca de quien debería marcar esta reforma y quien, al fin y al cabo, debía formar parte de esta élite unida al gobierno que ahora parecía monopolizar el colegio gaditano. Además, conviene remarcar que la propuesta que iniciaba el debate pertenecía a un médico formado en la Universidad de Valencia, que aunque reconocida por haber sido un centro de enseñanza con una fuerte presencia de la formación quirúrgica y clínica en sus aulas⁸³⁵, seguía manteniendo,

⁸³² GERMÁN, A. S. (1812). *La cirugía vindicada: carta del D.D. Antonio de San-Germán al D.D. Francisco Salvá y Campillo*. Barcelona: Imprenta de Juan Dorca.

⁸³³ JUNOY, F. (1813). *Carta o reflexiones: dirigida á su discípulo...*

⁸³⁴ RODRÍGUEZ, M. (1813). *Carta de un facultativo a un militar...*

⁸³⁵ PIÑERO, J. M. L. (2002). *La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002): breve historia de medio milenio*. Valencia: Universitat de València, Facultad de Medicina y Odontología; PESET, J. L. (1973).

como en el resto de las universidades, una clara delimitación de la profesión médica frente a la quirúrgica. Por tanto, no es extraño que la crítica de las propuestas reformistas de este profesor del Real Estudio de Medicina Clínica de Barcelona, vinieran de la mano de médicos y cirujanos formados en el ámbito del ejército, en donde la propuesta reformista —al igual que en el Colegio gaditano— partía de la disolución de los límites existente entre ambos ramos.

La línea de debate abierta por Salvá y Campiño planteaba una reestructuración de la organización de las instituciones y enseñanza de la profesión. Bajo la pretensión de crear un plan realista respecto al dolorido erario público, organizado y coherente territorialmente, retomaba, además, el debate inconcluso en 1807/8 sobre la organización de un plan de estudios y la conveniencia de unir o separar los estudios médicos de los quirúrgicos y farmacéuticos. Dividida en 16 capítulos, esta obra pretendía establecer parámetros que regularan todos los aspectos de la organización profesional, desde los exámenes, los libros que debieran comprar los alumnos o hasta privilegios asociados a los profesores, etc.

La medicina y la cirugía: ¿profesiones lucrativas? El debate sobre la financiación

La primera preocupación de Salvá y Campillo era la obtención de fondos para la creación de un sistema eficiente y a la altura científica de las instituciones europeas. Para ello proponía un modelo económico en el que el Estado dejara de ser el interventor principal y fueran los alumnos quienes lo sufragaran a través de las matrículas, la compra de los libros, las tasas para el examen de grados y las habilitaciones y la creación de un periódico que actualizase en el campo científico a los estudiantes. El Estado se encargaría principalmente de proporcionar los edificios y de mantenerlos, que en el modelo de Salvá quedarían reducidos a tres escuelas⁸³⁶.

Esta formulación económica tenía muchas reminiscencias con los proyectos de organización de la medicina planteados en la Francia de la Revolución por Jean-Antoine Chaptal y Antoine François de Fourcroy en 1800 y 1803 respectivamente.

“Reforma de los estudios médicos en la Universidad de Valencia: el plan de estudios del rector Blasco de 1786”. *Cuadernos de Historia de La Medicina Española*, 12, 213–264.

⁸³⁶ La elección de un modelo de tres escuelas tiene como puntos de referencia el decreto del 4 de diciembre de 1794 impulsado por Fourcroy en el que se establecían las escuelas de salud (*Écoles de santé*) de París, Montpellier y Strasburgo. Un número que había sido considerado insuficiente en la posterior reforma de la profesión médica del 10 de marzo de 1803, pese al apoyo recibido por Chaptal en 1800.

Estos autores aparecerían citados por el médico catalán para justificar la reducción del número de escuelas y, sobre todo, defender el principio básico de que la medicina era una profesión lucrativa y por lo tanto, no debería ser pagada por la tesorería nacional⁸³⁷.

Esta forma de caracterizar el ejercicio médico como una actividad mercantil y lucrativa está muy vinculada al desarrollo del discurso liberal en paralelo a los procesos de industrialización, que en España se habían dejado sentir tardíamente. Un proceso y caracterización que desde la sociología, se estudiaría posteriormente como elemento clave para dotar de autoridad, unidad de acción y resonancia pública de sus miembros, dentro de los procesos de profesionalización.⁸³⁸

Sin embargo, sería erróneo considerar la propuesta de Salvá y Campillo como una defensa de la idea del Estado no interventor en el ejercicio de las profesiones —como se ha estudiado desde el estructuralismo y el funcionalismo el caso de la profesionalización en el caso americano—⁸³⁹. Salvá, tomando el ejemplo francés, estaba reproduciendo la tensión dialéctica existente, en ambos países, entre la autonomía profesional y la tradición de un Estado protector e impulsor de la medicina y otras ciencias. Una tensión que se veía muy claramente en la gestión de la profesión en los núcleos rurales con respecto a las ciudades. Su plan, en este sentido, perseguía— como ha señalado José Valenzuela⁸⁴⁰— la asistencia médica en los núcleos rurales, concitando el apoyo financiero gubernamental a través de una precisa jerarquización académica de los médicos y por la subsiguiente clasificación de las poblaciones en

⁸³⁷ Para defender estas ideas, reproduce un fragmento del *Projet de loi sur l'instruction publique* publicado en el *Moniteur*, nº 49, an IX por Jean-Antoine Chaptal en el que dice que Las escuelas de las ciencias especiales que dan de comer al alumno, no deben ser pagadas totalmente por la tesorería nacional, así como esta no paga el aprendizaje de las artes mecánicas” Así mismo insistiría en la idea repetida por Fourcroy en su *Discourse prononcé par Fourcroy orateur du gouvernement sur le projet de loi relatif al exercice de la médecine*, de que por más honorífica que sea la profesión médica, está acompañada de lucro; condice a la fortuna, y es justo, que procurando ganancias a los que la ejercen, se les exija desembolsos anticipados....”. Véase: SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos del Dr. Don Francisco...*, pp .5-6.

⁸³⁸ FREIDSON, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.

⁸³⁹ Para un análisis detallado sobre el marco teórico que ofreció el funcionalismo y el estructuralismo dentro del estudio de los procesos de profesionalización, véase: GONZÁLEZ-LEANDRI, R. (1999). *Las profesiones...* pp. 24-31.

⁸⁴⁰ VALENZUELA CANDELARIO, J. (1994). “El espejismo del ejercicio libre: la ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 14, 269–304.

categorías, en razón de los honorarios que en las mismas pudieran percibirse, potenciando, por otro lado, el libre ejercicio de la facultad en todo el reino.

Como pasó en Francia con la ley del 19 de Ventôse del año II (10 de Marzo de 1803), se rechazaba el principio de confianza asociado al pensamiento liberal respecto a la capacidad del paciente para identificar al “buen” médico, y, por tanto, estableciendo como obligatorio un reconocimiento estatal de certificación que protegiera a los profesionales de los *charlatanes*⁸⁴¹. De ahí el proyecto de organización, unificación y sistematización, que pretendía Salvá y Campillo de las instituciones y planes de estudios con su proyecto.

El principio de lucro sobre el que Salvá presentaba la actividad médica estaba muy unido, en este sentido, al reconocimiento del *status* profesional. Un reconocimiento social y político, que si bien descansaba en la estructura burocrática que otorgaba el Estado, debía aspirar al provecho económico y no a la manutención y reconocimiento bajo los honores concedidos por el gobierno.

El modelo económico defendido por el médico catalán, siguiendo la estela de lo propuesto por los ideólogos franceses, fue el primer punto criticado públicamente desde el ámbito quirúrgico. Algo ciertamente comprensible si tomamos en consideración que el auge de la profesión quirúrgica durante la ilustración había sido posible solo gracias al apoyo económico y político de la Corona borbónica y cuyo mantenimiento y rentas seguían recayendo principalmente en el Estado –superando extensiblemente la financiación recibida por los centros universitarios–⁸⁴².

⁸⁴¹ El trabajo editado por Gerald L. Geison sobre la Profesiones y el Estado Francés entre 1700-1900 ofrece un estudio detallado sobre las dinámicas de transformación de la organización profesional de los médicos en el periodo estudiado. En el caso indicado, prestar especialmente atención al trabajo de Mathew Ramsey en el que profundiza sobre el compromiso sugerido por Cabanis en el periodo revolucionario entre la libertad de industria y el interés público. Véase: FREIDSON, E. (1988). *Profession of medicine...*; RAMSEY, M. (1984). *The politics of professional monopoly...*, pp. 225-245.

⁸⁴² Salvá y Campillo criticaba que la medicina no solo se enseña gratis en España sino que además era peor financiada que la cirugía. En su texto especifica un cálculo de lo que cuesta al Estado un cirujano del Colegio de Barcelona: “En el de Barcelona paga diariamente la tesorería 50 pesetas, p 200 reales de vellón y con ellas se forzó al hospital, por mas que sepultase, a mantener 50 practicantes, lo que asciende al a los 73 mil reales o bien a 3650 duros. Cada practicante está mantenido cinco años; pues entran a colegiales internos, a si llamados, desde el segundo año de los seis de curso; luego cuesta en todos los cinco años 7300 reales o 365 duros (...) no será calculo exagerado decir que por no haner querido, que los alumnos expresados del colegio de cirugía afeitasen, durante los últimos cinco años de estudio, el estado había pagado cerca de 400 duros a cada cirujano de regimiento, el día que empezó a servirle realmente”. En SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos del Dr. Don Francisco...*, p. 101.

El primero en reaccionar fue Francisco Junoy, con un ataque directo a los presupuestos presentados por el médico catalán, considerados poco realistas para las exigencias —en instrumentos y personal— de un centro formativo de medicina. Sin el Estado no se podía conferir la idea de erigir escuelas de este tipo, y para demostrarlo ponía de ejemplo los presupuestos que había manejado el Colegio de Barcelona en el periodo en el que funcionaba de manera autónoma al Protomedicato—y por lo tanto, percibiendo para sí las tasas de examinación y habilitación—: cifras que demostraban ser insuficientes.

La alternativa ofrecida por Salvá de cargar con los pagos al alumnado —considerado este pago como un desembolso anticipado de su lucro futuro— era según el cirujano, inasequible en el estado que vivía la medicina española en el momento que, al contrario de lo que afirmaba Salvá, demostraba ser lucrativa para poco más de cuatro médicos y un par de cirujanos⁸⁴³.

Sobre esta idea descansaba una crítica directa a la dirección hacia la que apuntaba el plan de Salvá de estrechar el cerco de la profesión médico-quirúrgica en torno a una élite social y económica que pudiera permitirse acceder al “sistema de conocimientos” requeridos para el reconocimiento de su profesión. Esta “clausura social”, en términos weberianos, solo permitiría el acceso a la profesión médica y quirúrgica, según el cirujano, a los que fuesen como Salvá, “hijos de padres ricos, o llenos de bienes de fortuna”⁸⁴⁴.

En este sentido, Junoy, desligándose de la estela discursiva francesa en la que se había apoyado Salvá, apelaba al ejemplo marcado por los ingleses, en donde se había impuesto el dicho latino *Galenus dat opes, et honores* —en contraposición al caso español en el que era la Jurisprudencia (*Justinianus*) quien la recibía mientras la medicina daba escasez (*inopiam*)—⁸⁴⁵.

⁸⁴³ Idem, p. 9.

⁸⁴⁴ La “clausura social” fue definida por Weber, según explica Gonzalez Leandri, como un proceso mediante el cual determinados colectivos intentan maximizar recursos en el mercado restringiendo, por los mecanismos más diversos, el acceso a las oportunidades a un limitado número de elegibles. Véase: GONZÁLEZ-LEANDRI, R. (1999). *Las profesiones...* p. 129.

⁸⁴⁵ Junoy parte del dicho latino *dat Galenus opes, dat Justinianus honores, sed Moses sacco cogitur ire pedes* para reflejar lo lejano que quedaba la asociación del lucro con la profesión médica, proponiendo como reflejo de la realidad una modificación al dicho: *Galenus dat inopiam, Justinianus ver dat opes, et honores*”. En JUNOY, F. (1813). *Carta o reflexiones...* pp. 9-10.

Esta referencia es interesante si tenemos en cuenta las grandes transformaciones que empezaban a tambalear la base aristocrática en la que tradicionalmente se había basado el prestigio y acceso al cuerpo de facultativos en el modelo británico, dando paso a una clase media reconocida y empoderada por su conocimiento⁸⁴⁶.

Según su propuesta, había que condenar esa apuesta por la élite económica promulgada por Salvá y más parecida al caduco modelo aristocrático inglés, para aspirar al reconocimiento y medición del estatus del médico más allá del criterio monetario⁸⁴⁷. De esta forma, España no llegaría a tener facultativos hábiles como los ingleses hasta no ser reconocidos, no solo con dinero, sino con honores y respeto social. Algo que parecía lejos de ajustarse a una realidad en la que no existían en Cortes representantes electos entre los médicos y cirujanos y, predominaba en algunos círculos, un discurso como el de Salvá, en el que se veía la profesión como una carga para el Estado y no como una inversión necesaria para mejorar la ciencia del país, como lo habían proyectado los Borbones al crear los Colegios de Cirugía.

Según Antonio San Germán en un texto publicado coetáneamente al de Junoy en respuesta al debate iniciado por Salvá, era ese gesto de favor político y económico a los Colegios de Cirugía en detrimento a las Universidades, el que había motivado el plan económico de independencia del Erario público. Todo esto secundado por la intención de arrebatarse a esta institución el reconocimiento que tradicionalmente habían tenido los considerados *médicos puros*:

“No es seguramente la compasión que tiene V. al tesoro público sino los deseos vivos y las ganas mudas de que el Gobierno quite la que tiene señalada a los Reales Colegios de Cirugía: he aquí mucha parte del fundamento de su discurso, y la mitad a lo menos del motivo de su nuevo plan.”⁸⁴⁸

⁸⁴⁶ Una transformación que en términos de ética profesional Saratti Larson explico de manera magistral como la superación del *nobles oblige* para llegar al *new savoir oblige*. Corfield, por otro lado, habla del surgimiento de una “aristocracia del talento” cuya autoridad “descansaba en su capacidad y habilidad más que en su posición heredada o linaje familiar” véase: SARFATTI LARSON, M. (1984). “The production of expertise...”; CORFIELD, P. J. (2012). *Power and the Professions in Britain 1700-1850*. Routledge, p. 219.

⁸⁴⁷ Corfield señala que el respeto mostrado a la profesión servía como retribución en contraposición a la tacañería de su recompensa pecuniaria. CORFIELD, P. J. (2012). *Power and the Professions ...*, p. 176.

⁸⁴⁸ GERMÁN, A. S. (1812). *La cirugía vindicada...*, p. 8.

La crítica de San Germán no iba desencaminada si tenemos en cuenta la dura campaña de desprestigio dirigida por Salvá a los Colegios de Cirugía durante todo su memoria. Siguiendo la línea de Santa María, denostaba la injustificada posición de prestigio de los Colegios a los que criticaba ser patrimonio de unas pocas familias —en Cádiz para la familia Perchet, en Barcelona para los de Virgili y en Madrid para los ahijados de Gimbernat⁸⁴⁹— y de haber gastado sesenta veces más entre las tres instituciones que las tres principales universidades de España en un mismo periodo. Un gasto que según el médico, debía de contraponerse a los adelantos hechos en el campo de la cirugía, y estudiar si realmente compensaba al erario.

La retirada del apoyo económico del Estado a los Colegios supondría el colapso del sustento principal de estas instituciones. Por el contrario, y ahí reside la clave de la respuesta de San Germán previamente citada, la Universidad contaba con rentas propias y, sobre todo, con el apoyo de la iglesia a través de prebendas eclesiásticas o pensiones sobre mitras⁸⁵⁰. Una situación que bajo los parámetros del plan económico de Salvá, situaría a la cabeza a las universidades en cuanto a recursos económicos.

Unir o separar?

El plan de estudios propuesto por Salvá y Campillo no se separaba mucho de la línea marcada por el “Plan Caballero” de 1807, estableciendo una formación en seis años para adquirir el bachiller médico. Sin embargo, añadía un estricto modelo de jerarquización de la profesión adoptando rigurosos exámenes anuales y largos periodos de estudio y práctica para obtener los grados de licenciado y doctor. Con ello, pretendía no solo reforzar el cuadro de reconocimiento estatal de los grados profesionales, sino asegurar una adecuación entre los grados y el ejercicio y retribución en las distintas divisiones territoriales del territorio⁸⁵¹.

Por otra parte, su plan recuperaba ese interés por la medicina clínica y práctica hospitalaria que se había introducido en los planes de estudio de medicina de principio

⁸⁴⁹ Salvá y Campillo, F. (1812)...p. 69.

⁸⁵⁰ ref. ENTRAMBASAGUAS, J. L. L. DE, & SALINAS, S. B. (2001). *La Facultad de Cánones de la Universidad de Cervera: s. XVIII-XIX*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

⁸⁵¹ VALENZUELA CANDELARIO, J. (1994). “El espejismo del ejercicio libre: la ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 14, 269–304.

de siglo, gracias —entre otras cosas— al auge de las escuelas prácticas —como de la que él formaba parte—⁸⁵². En este sentido, parecía rechazar el camino reformista que habían seguido los Colegios, que aunque pioneros en la fundamentación práctica y hospitalaria de la formación médica, habían optado por un modelo muy costoso y basado en una “mal meditada” unión entre la medicina y la cirugía. Una decisión calificada de trasnochada, que bajo el plan de 1795, había permitido la formación y ejercicio de la medicina y cirugía indistintamente a los alumnos de los Colegios. La insistencia en este punto durante todo su trabajo — y las duras críticas que recibe al respecto por parte de los cirujanos que se deciden a contestar su propuesta— no debe sin embargo confundirse con un rechazo directo a la unión de ambas facultades.

Como se aprecia a lo largo de sus más de 100 páginas de proyecto, Salvá y Campillo admitía la reunión de la enseñanza de estos ramos en las proyectadas escuelas, por suponer entre ellos una formación común, además de conllevar un ahorro en gastos de edificios, recursos y profesorado. Sin embargo, esta unión en la enseñanza no debía reflejarse en la práctica profesional. Tanto el ejercicio médico como el quirúrgico debían considerarse por separado para poder formar a expertos en cada ramo y no mediocres médicos y cirujanos sin el grado en especialización y maestría necesarias para cada uno.

Existe una interesante lectura de este punto de su propuesta, que recaía en un aspecto dominante en el ya tradicional enfrentamiento entre médicos y cirujanos por el reconocimiento profesional de ambos ramos: la preocupación por el intrusismo de los cirujanos dentro del ejercicio antes reservado a los médicos. Situación creada según Salvá, por los cirujanos —especialmente los de la Armada y el Ejército— con sus pretensiones de llevar un modelo solo aplicable a su circunstancialidad profesional — la necesaria práctica de ambos ramos— al total de la profesión médica, por considerarla de mayor estimación y más provechosa económicamente:

“Nuestros cirujanos, cargados de galones y bordados, llenos de vanidad, con las ínfulas de doctoramientos, iguales en privilegios a los de las facultades mayores, se han avergonzado de tener tienda de barbería. Pero no alanzando los honorarios de la cirugía a alimentarlos, han

⁸⁵² El trabajo de Ackernecht sobre el hospital de París resulta una referencia indiscutible sobre este proceso en el campo práctico en Francia. ACKERKNECHT, E. H. (1967). *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

querido ejercer la medicina interna, y robado a los médicos las curaciones que les pertenecían y han causado la anarquía.”⁸⁵³

La cuestión de fondo que volvía a resaltar parecía recaer en una cuestión económica y de prestigio político-social. De ahí el interés en delimitar su ejercicio, para evitar que los cirujanos formados también en medicina—libres de elegir su ámbito de práctica—comparan los puestos antes reservados a los médicos formados en el academicismo universitario, por considerarlos más lucrativos. Su propuesta, como le reprochó San Germán, sindicaba a los cirujanos⁸⁵⁴, asociando su ejercicio y actividad de lucro, más allá de la institucional, a la antigua actividad de las barberías⁸⁵⁵. Una crítica presente, por otra parte, en el discurso de Junoy: “Después de muchos años de haber servido de cirujanos al público en la parte más penosa del arte de curar, en pago el Doctor Salvá los aísla a una tienda de barbería”⁸⁵⁶.

La postura de Salvá y las consecuentes respuestas de Junoy, San Germán y Rodríguez podían hacer pensar que el panorama que se abre en el periodo constitucional gaditano planteaba un proyecto reformista anclado en el caduco discurso y disputas ya latentes en los últimos años de la ilustración española:

“¿Será posible que en un tiempo en que deben ofrecerse a la patria sacrificios puros, y a los legisladores ideas ciertas, benéficas y liberales, se trate de reproducir los despreciables y odiosos argumentos de Guido Patin, y de encender la tea de la discordia entre los sacerdotes del Dios Epidauro?”⁸⁵⁷

Aunque no podemos ignorar la presencia de la deuda con la situación dialéctica entre médicos y cirujanos que tan bien reproducen estas palabras de Manuel Rodríguez —publicadas posteriormente en respuesta al debate iniciado—, es necesario también tener en cuenta que no todas eran propuestas caducas.

Entre ellas destacaba la iniciativa de Francisco Junoy que, como parte de la Comisión formada en 1808 para crear un nuevo plan estructural de la profesión médico-

⁸⁵³ SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos...*, p. 99.

⁸⁵⁴ GERMÁN, A. S. (1812). *La cirugía vindicada...*, p.1.

⁸⁵⁵ SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos...*, pp. 99-103.

⁸⁵⁶ JUNOY, F. (1813). *Carta o reflexiones...*, p. 84.

⁸⁵⁷ RODRÍGUEZ, M. (1813). *Carta de un facultativo a un militar del primer Ejército...*

quirúrgica, presentaba un modelo que pretendía recuperar los principios que habían inspirado dicha propuesta bajo criterios de unión entre médicos y cirujanos. Tengamos en cuenta que, a ojos de Salvá y el público en general, la Comisión designada por Godoy no había llegado a producir ningún resultado como parte de sus discusiones, justificando este desenlace, según palabras de Salvá, en la falta de acuerdo de sus miembros⁸⁵⁸. Esta realidad fue desmentida por Junoy, quien advertía que se había llegado a componer un plan basado en el acuerdo de los distintos puntos de vista de los miembros y que llegada la guerra —y solo a la espera de la aprobación de los médicos áulicos reunidos en Madrid— había acabado en manos de los franceses o perdidos⁸⁵⁹. En este sentido, la publicación Junoy en respuesta a Salvá sería el único referente existente de las ideas planteadas por la comisión hasta que Galli decidiera publicar el texto en la década de los veinte.

El camino que tenía que seguir la reforma bajo el recién estrenado gobierno liberal, según Junoy, San German y Rodríguez, venía de desdibujar las líneas existentes entre ambos ramos, cuya asociación planteaba una nueva perspectiva en la concepción de la enfermedad y los procesos curativos. Frente a la propuesta de Salvá de volver a la enseñanza de la práctica quirúrgica a manos de los médicos se contraponía la insistencia de estos autores en la necesaria mirada y mano del cirujano en la formación anatómica⁸⁶⁰.

Pese a las duras críticas dirigidas a las ideas del médico catalán, su propuesta encerraba unos interesantes planteamientos que no solo miraban al pasado español, sino que

⁸⁵⁸ SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos...*

⁸⁵⁹ JUNOY, F. (1813). *Carta o reflexiones...*, p. 65.

⁸⁶⁰ GERMÁN, A. S. (1812). *La cirugía vindicada...*, pp.13-15. “Es absurdo manifiesto decir lo que V con mucha autoridad ordena, e que los *cirujanos podrán aprender lo que les falta de anatomía en el curso de operaciones* (...) sepa V. Sr. Dr. que en el tratado de operaciones no se enseña la anatomía, sin que se hace uso de la que se aprendió en su propia asignatura; pero sepa también que el mal anatómico puede salir buen cortante, pero nunca buen operador. Las operaciones de cirugía son actos sanos gobernados por el juicio del que los ejecuta, de modo que el entendimiento del Operador gobierna su mano, y que antes de que empezarse la operación el buen cirujano debe tenerla meditada en su mente, debe saber el paraje fijo que la ha de ejecutar, el método,, debe tener prontos y corrientes los instrumentos... debe revolver en su mente la anatomía de la parte para saber que es lo que ha de cortar, lo que debe evitar, lo que le puede suceder en el arco de la operación apearlo al instante”. En GERMÁN, A. S. (1812). *La cirugía vindicada...*, pp.13-15; ¿O dios mio, cuando saldremos de tanta garimaquia y logomaquia?! apuren sus cerebro los teólogos en discurrir aristotelicamente si as’les conviene, por cierto a la medicina no le interesan los fundamentos aristotélicos. La filosofía médica consiste en tener una buena lógica, matemáticas y física, experimental fundada en los principios químicos; le interesa conocer al hombre mediante la anatomía la fisiología, el mantenerle en salud por medio de la higiene, conocerle en enfermedad por una patología completa, curarle mediante una buena terapéutica y materia médica antecediendo o acompañando a esta la hisotria natural, la química farmacéutica, y la botánica....” En JUNOY, F. (1813). *Carta o reflexiones...*, p. 68.

además, asumían y reflejaban algunas de las problemáticas claves emergentes en el proceso reformista que lideraban otros países, en particular en el caso de Francia. Si bien la vindicación de los cirujanos ante el plan de Salvá parecía reclamar una organización similar a la que en los años previos habían alcanzado los franceses bajo la ley Ventôse de 1803 —que había eliminado la distinción entre ambas facultades y estableciendo un sistema de grados que permitía alcanzar la distinción de doctor tanto a médicos como cirujanos—, no debemos obviar que es este contexto en el que también se inspira el médico en su propuesta.

La deuda de Salvá con la producción intelectual y legislativa franca de este periodo es indiscutible a lo largo de su primera propuesta —San Germán a modo de crítica contra su falta de originalidad lo llamará mendigo de las obras de Fourcroy, Chaptal, Cabanis, Baumes, Tissot y otros muchos—. Sus ideas, sin embargo, se alejaban del discurso revolucionario sobre la eliminación de cualquier distinción entre ambos ramos —tan presentes en los discursos de Cabanis y Fourcroy, adoptando como paso intermedio el reconocimiento de la enseñanza conjunta. Algo que ya de por sí introducía una, nada desdeñable, tercera vía a las propuestas de reforma puestas sobre la mesa a las puertas de las revoluciones en España. Con todo, en su postura no deja de señalar que pese a las limitaciones de la unión de ambos ramos, el ejemplo francés era preferible al español pues aunque la Convención hubiera otorgado el privilegio, tanto a doctores en medicina como en cirugía, a ejercer ambas, había establecido también un sistema de grados con los que les permitía definirse dentro de uno y otro ramo si lo deseasen. Una jerarquización que él había querido plasmar tanto en la formación como en sus correspondientes niveles y esferas de ejercicio⁸⁶¹.

Lo interesante de la negativa de Salvá a seguir esta línea de reforma, es que lo hacía apoyándose en los discursos que estaban surgiendo en ese momento en Francia como crítica hacia las consecuencias que la nueva ley aprobada por la Convención estaba teniendo sobre la profesión quirúrgica. Sus citas al trabajo de Jean Baptiste Baumes y su propia experiencia en la escuela de Montpellier en 1802 le servirán para sustentar un argumento, que como ha señalado Laurence Brokiss, se convirtió en un elemento

⁸⁶¹ Tenemos que tener aquí muy presente que una de las grandes transformaciones que ofrece la ley del 19 ventôse de XI es que establecía una jerarquía estricta entre los diferentes grados de doctor en medicina y cirugía (y de los inferiores de matronas y *oficiar de santé*) imponiendo la obligación, a partir de 1807, de registrar su título como forma de unificar bajo la autoridad de la administración imperial, las múltiples formas de legitimación profesional dentro de la administración imperial. Véase: CHRISTELLE, R. (2010). “Une révolution médicale? Dynamiques des professions de santé entre Révolution et Empire”. *Annales Historiques de La Révolution Française*, (3), 141–159.

desestabilizador de la reforma: la emergente crítica de médicos y cirujanos por la pérdida del interés hacia la cirugía:

“En dépit de la considération que vaut à la chirurgie le relèvement de son niveau, très peu d'étudiants en médecine choisissent de se présenter à un grade de docteur en chirurgie. Ce désintérêt se manifeste à l'évidence dans le fait qu'entre 1803 et 1815, sur les 2153 grades accordés par la faculté parisienne, seuls 72 l'ont été en chirurgie.”⁸⁶²

Este argumento se vuelve central en su segunda publicación, cuando en 1813 veía la luz su contestación pública a los ataques dirigidos por Junoy, San Germán y Rodríguez a su primera propuesta, bajo el título: *Suplemento a los pensamientos sobre el arreglo del arte de curar*. Este texto, que alcanza las 247 páginas, revisaba punto por punto su propuesta inicial, bajo el pretexto inicial de haber recibido desde Francia los trece volúmenes de 1812 del *Correo de Francia* y los correspondientes al año 1813, cuya lectura le había hecho reflexionar, una vez más, sobre el plan propuesto, añadiendo aportaciones que consideraban interesantes para elaborar su réplica en el debate.

Hay que tener en cuenta que al haberse trasladado el debate a la arena pública, el concepto de honor y la necesidad de limpiar la imagen pública mancillada por los textos impresos por los cirujanos del ejército, se convertía en un elemento clave en el debate, como había sido el caso de Santa María⁸⁶³. En este sentido, el *Suplemento* publicado por Salvá resultaba en gran medida una reiteración de los argumentos expuestos en su primer texto, expresados en forma de réplica a cada uno de los argumentos expuestos por los otros autores partícipes en el debate. No obstante, notamos un cambio de aproximación: consciente de que las críticas se habían centrado en su apelación y crítica al pasado reformista español en el campo, introducía un mayor apoyo de la literatura extranjera para contrarrestar esa mirada hacia el pasado español

⁸⁶² BROCKLISS, L., & ROGERS, R. (1989). “L’enseignement médical et la Révolution: essai de réévaluation”. *Histoire de L’éducation*, 79–110. “A pesar de la consideración que le ha servido a la cirugía la mejora de su nivel, muy pocos estudiantes de medicina decidían presentarse al título de doctor en cirugía. Esta falta de interés se manifiesta claramente en el hecho de que entre 1803 y 1815 de unos 2153 títulos otorgados por la escuela de París, sólo 72 fueron en la cirugía”.

⁸⁶³ Douglas Kellner ha relacionado esta preocupación como un elemento intrínseco al concepto de “esfera pública burguesa” introducido en 1962 por Habermas y a la transformación de los espacios y las formas de debate político desarrollados desde finales del siglo XVIII y XIX. KELLNER, D. (2000). “Habermas, the public sphere, and democracy: A critical intervention”. *Perspectives on Habermas*, 259–288.

—siempre presente⁸⁶⁴— con una visión proyectada hacia los caminos que dejaban abiertos otros países tras su experiencia.

Jean Baptiste Baumes era en este sentido, una cita recurrente— como lo fuera en su primer texto— por ofrecer datos contrastados y actualizados de los efectos que la unión de ambos ramos estaba teniendo sobre la cirugía:

“Mr. Baumes en el cuaderno último del año 1814 de sus anales clínicos de Montpellier, hace la recapitulación de la tesis defendidas en la escuela médica en dicho año. (...) se lamenta de esta manía de los cirujanos de ejército de abandonar sin motivo legítimo, el título honorífico de cirujanos que les ha procurado sus ascensos y aun muchas condecoraciones. Mira esta deserción, como una especie de ingratitude del todo imperdonable. En el mismo diciembre de 1814 Mr. Sedillot en su diario médico de Paris escribe: que en todas las nuevas escuelas del arte de curar, entre 100 laureados, a lo más toman 10 la borla de cirugía.”⁸⁶⁵

Ese préstamo de las obras coetáneas extranjeras seguiría con las menciones al trabajo del fisiólogo Anthelme Richerand cuya *Nosografía quirúrgica* aparecía constantemente citada para marcar esa línea divisoria entre las patologías quirúrgicas y las internas⁸⁶⁶. No hay que desdeñar el hecho de que, con estas referencias, Salvá estuviera construyendo argumentos contra el intrusismo quirúrgico desde el reclamo de los propios cirujanos por la independencia de su ejercicio y no desde el interés — muchas veces presente en su texto— de reclamar el lugar de preponderancia de los médicos en la organización institucional.

En su esfuerzo por reelaborar la línea discursiva del primer texto e incidir en el carácter constructivo de su plan, Salvá marcaba siete proposiciones con las que ahondaba sobre las alternativas de unión de ambas facultades con respecto a la propuesta de los cirujanos españoles que, según consideraba él mismo, estaba empapada de su deseo por acumular mayor prestigio y honores que los que ya había conseguido desde mediados del siglo XVIII. En ellas insistía en la imposibilidad de volver a un modelo como el de 1795 y de tener que apuntar en la dirección de la división del ejercicio aun asumiendo esferas de formación común, ofreciendo alternativas como la del médico

⁸⁶⁴ En todo su texto seguirá siendo recurrente la apelación al pasado de las universidades españolas en que la medicina y la cirugía estaban unidas... véase: SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos...*

⁸⁶⁵ SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos...*, p. 200.

⁸⁶⁶ La obra, publicada en tres volúmenes bajo el nombre de *Nosographie et Thérapeutique chirurgicales*, vio la luz en 1805 pero no fue traducida al español hasta la década de 1820, por lo que puede deducir que está citando la obra original.

italiano Leonardo Vordoni, cuyo trabajo —al que, por otra parte, no había accedido de forma directa, sino por las menciones del *correo de Francia*— establecía la posibilidad de contar con un profesional dedicado a operaciones por cada 200 habitantes⁸⁶⁷, reduciendo el peso del cirujano en la estructura formativa proyectada.

En sus proposiciones se dejaba traslucir la preponderancia de un modelo de jerarquización profesional férrea que no era sino la forma velada de defender el status profesional tradicionalmente mantenido por los médicos dentro de los caminos posibles de introducir una reforma que parecía inevitable:

“Comoquiera sea lo escrito en aquellos, sobre la disputada reunión, se añade lo que establezco en la proposición que me ocupa, saldrá tan claro como la luz del medio día, que ni me opongo a ella en la forma explicada en esta capitulo porque crea indecoroso al médico ejercer la cirugía; sino porque lo juzgo contrario a la conservación de esta rama del arte de curar, y aún más a su perfección, sosteniendo que el profesor reunido, si es licito hablar así, no será más, que un mediano médico y un mediano cirujano. Así los físicos propuestos por el doctor Junoy no deben ocupar el primer lugar de la escala que presenta el párrafo 24, sino el tercero, esto es, después de los doctores en medicina sola, o en cirugía sola.”⁸⁶⁸

5.5.2. Del debate público a la resolución en Cortes

No debe mirarse como un hecho baladí que, a la altura de 1813 —año en el que veía la luz la mayoría de las contestaciones a la propuesta de Salvá y su segunda publicación— y principios de 1814, se intensificaran el número de impresiones por parte de médicos y cirujanos. Entre los meses de febrero y septiembre de 1813, se produciría el proceso de discusión y planificación ejecutiva de las dos comisiones formadas en el entorno político de las Cortes, que afectaban a la organización profesional de la medicina: la Comisión para la elaboración de la constitución militar—que aunque formada en junio de 1812 no se llega a reunir hasta febrero de 1813— y la Junta de Instrucción Pública, constituida en el mes de marzo.

⁸⁶⁷ Vordoni había publicado en Padua, en 1808, su obra *Saggio di un metodo per formare dei buoni medici*.

⁸⁶⁸ SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos...*, p. 240.

Los esfuerzos de médicos y cirujanos por proyectar e introducir sus propuestas— además de intereses corporativos— en estos procesos de decisión, en los que carecían de representación, explicaban el eminente carácter estratégico que adquirieron las propuestas impresas dentro del nuevo espacio de debate auspiciado por la imprenta.

Por otra parte, no debemos olvidar que se trataba de un espacio marginal, es decir, paralelo a la arena política, por lo que aunque fuera significativo como estrategia de proyección discursiva, dependía de las dinámicas de decisión y procesos legislativos de las Cortes. De esta forma podremos entender el cambio de tono y discurso que experimentan las publicaciones impresas desde mediados de 1813. En este punto parece dejarse a un lado discusiones y proyectos de las dimensiones que habían propuesto Salvá y Campillo, o, desde Cádiz Santa María. Se abandonaba la pretensión de plantear una reforma integral de la emergente organización profesional, para centrarse en el problema en torno a la unión y separación de la medicina y cirugía. Este cambio en el discurso médico demostraba la transversalidad del debate impreso con el de las Cortes, en las que la Comisión militar parecía haber planteado en esos términos las posibilidades de reforma desde su ámbito de acción. En este sentido, mientras los miembros encargados de forma la nueva constitución militar ponían sobre la mesa la discusión sobre la idoneidad del modelo establecido por sus Colegios quirúrgicos, o la apuesta por un nuevo plan que recuperara la separación entre ambos ramos, veían la luz publicaciones como la de Hernández Morejón y González de Reconco, entre otros, que fuera de esos márgenes del debate político, reproducían esa cuestión ante la mirada de la opinión pública, defendiendo la separación de los distintos ramos por la imposibilidad de adquirir la perfección en todos ellos⁸⁶⁹. Se abría otra vez la veda al enfrentamiento dialéctico para imponer un modelo de enseñanza.

La publicación de la *Exposición de la comisión de constitución militar*, en 1814, reflejaría la incidencia de este debate entre médicos y cirujanos dentro del proceso de discusión sobre la nueva constitución castrense. Es interesante señalar cómo dentro del acelerado y complejo proceso de transformación del ejército Real en un ejército

⁸⁶⁹ MOREJÓN, A. H. (1813). *Juicio imparcial sobre la reunion de la medicina con la cirugía y relaciones con la farmacia con entrambas*. Valencia: por los Yernos de José Estévan; GONZÁLEZ DE RECONCO, M. M. (1813). *Dictamen que sobe la cuestión de si conviene o no, que los ejércitos y armada sean asistidos en todos casos por profesores que reúnan en sí las facultades de medicina y cirugía o profesores separados de cada una de ellas*. Oviedo: Oficina de Pedregal; Manuel Rodríguez, que había participado entro del debate iniciado por Salvá y Campillo, publicaba, además, una adición a su carta, incidiendo sobre la necesidad de la unión de los ramos de medicina y cirugía: RODRIGUEZ, M. (1813). *Adición oficial a la Carta de un facultativo a un militar— respondiendo afirmativamente a la cuestión sobre si conviene o no que en el ejército y la armada*. Mahón: Serra.

Nacional al que se enfrentaban, hubo espacio para debatir y reflejar esta problemática, que fue considerada por los comisionados como una cuestión de interés⁸⁷⁰. Su exposición revelaba dos elementos claves: por una parte, que el problema había sido consultado por los miembros de la comisión a distintos profesores en ambas materias, que —como mencionamos en otro apartado de este capítulo— habían producido 144 memorias y que según el texto, habían sido examinadas para tomar una decisión. Tenía sentido pensar, entonces, que las publicaciones que veían la luz esos meses, como las de Hernández Morejón o González de Reconco, podían ser las mismas que alguna de las entregadas a la Comisión. En este sentido se ponía de relieve, como ya se hiciera con la publicación de Santa María, el doble papel que estaba jugando el espacio público que, en esta ocasión no solo era un espacio al que se había relegado de manera marginal el debate, sino que parecía presentarse como una plataforma de proyección que reforzara, a través de su publicación como tema de interés público, su incidencia en las Cortes.

Por otro lado, es interesante subrayar la lectura que la Comisión hace de las 144 memorias presentadas, que reducía la controversia a una cuestión entre aquellos que apostaban por la “simplicidad y economía” —defensores de un modelo profesional conjunto— y los que temían que ese modelo ignorara el “principal objeto” que era “la mejor y más perfecta asistencia de los militares dolientes”⁸⁷¹. Esta simplificación del debate en el informe dejaba fuera el abanico argumental, la diversificación de propuestas y los intereses proyectados por los facultativos en sus publicaciones.

Aunque la *Exposición* no ofrecía un dictamen claro sobre la resolución que iba a tomar la nueva constitución militar en este aspecto, una publicación de los médicos de la Universidad de Cervera daba a entender que sus intenciones iban encaminadas a seguir el modelo de unificación:

⁸⁷⁰ (1814). *Exposición de la comisión...*, pp. 22-23.

La celeridad del proceso y sus incidencias y problemas a la hora de llevar a cabo la misión encomendada por la Regencia sería expuestas al principio de este informe. La complejidad de la transformación que implicaba el nuevo proyecto de organización militar ha producido un número importante de estudios, entre los cuales los más recientes son: MOLINER PRADA, A. (2012). “Constitución militar y liberalismo en España (1808-1814)”, *RUHM*, 2, 135-152; BLANCO VALDÉS, R. (1988). *Rey, Cortes y fuerzas armadas en los orígenes de la España liberal, 1808-1823*. Valencia: Siglo XXI, Institució Valenciana d'Estudis i Investigació; CUENCA TORIBIO, J.M. (2012), “En los orígenes de la Historia peninsular contemporánea; Ejército y liberalismo”, *Revista de Derecho Político* (83), 293-308.

⁸⁷¹ (1814). *Exposición de la comisión...*, p. 22.

“Señores: En un papel, que ha salido a la luz poco ha, acabamos de ver con el mayor dolor que parece que en la Constitución Militar que están Ustedes trabajando para nuestro ejército y armada, van a establecer que los Facultativos sean Médicos y Cirujanos a un tiempo. ¿Será esto cierto, Señores? ¿No se esperará que se vea si la comisión de Instrucción Pública, cuando organice las escuelas de medicina y cirugía, reunirá el ejercicio de ambas facultades? Si no lo hace ¿no habría una contradicción manifiesta en los trabajos de las dos comisiones? ¿o son menos preciosas la vida y la salud de los defensores de la Patria que las de las otras clases del Estado para confiarlas a las manos de un solo profesor, al tiempo que el más ínfimo artesano lograría a dos ocupados en su curación y alivio?”⁸⁷².

Estas palabras planteaban, desde el ámbito universitario, una interesante estrategia discursiva ante el debate sobre la profesión. Apoyándose en el carácter bicéfalo de los centros de decisión, se cuestionaba la apuesta por un modelo profesional unificado dentro del ámbito militar, apelando a la fuerza argumental que ofrecían la centralización y coordinación como elementos claves de organización constitucional⁸⁷³. Una prematura decisión de la comisión encargada de establecer la constitución militar sin esperar la sentencia de la de instrucción pública, podía hipotecar, según sus palabras, el funcionamiento del aparato médico-profesional, ofreciendo recursos diferentes en una sociedad —recién estrenada— de ciudadanos iguales.

Lo primero que llama la atención en este discurso es que introduce un elemento de la nueva cultura constitucional española dentro de su argumentación, que es la fuerza de ley de las medidas sancionadas en Cortes⁸⁷⁴. Una decisión como la que pudiera tomar la comisión militar quedaría escrita “con caracteres indelebles para el bien de los valientes defensores de la Patria... (pero) sería sumamente difícil el quitar tan negro

⁸⁷² UNIVERSIDAD DE CERVERA. FACULTAD DE MEDICINA REAL Y PONTIFICIA. (1813). *Algunas reflexiones a los señores de la Comisión de la Constitución Militar sobre la reunión del ejercicio de la medicina y cirugía*. Cervera:por Sigismundo Bou y Baranera.

⁸⁷³ Debemos tener muy presente también que el artículo 368 de la recién promulgada constitución liberal —perteneciente al Título IX. *De la instrucción pública*—se consagraba el principio de *uniformidad de la enseñanza*.

⁸⁷⁴ GALLEGO ANABITARTE, A. (1971). *Ley y Reglamento en el Derecho Público Occidental*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos; GARRIGA, C. (1995). “Constitución, ley, reglamento: el nacimiento de la potestad reglamentaria en España (1810-1814, 1820-1823)”, *Anuario de Historia del Derecho Español*, (LXV), 449-532; VARELA SUANZES-CARPEGNA, J. (1995). “Constitución y ley en los orígenes del Estado liberal”, *Revista Española de Derecho Constitucional*,(45), 347-365.

borrón de esas hermosas páginas que están esperando con anticipado gusto la nación entera”⁸⁷⁵.

Por otra parte, y quizás lo más interesante de todo, es que su argumento se basaba en la asunción de que la comisión de Instrucción pública, indudablemente, rechazaría dicha “monstruosa reunión” que se planteaba desde el ámbito militar. Una asunción que confiaba en la repetición de los esquemas que habían perdurado durante el reformismo borbónico, en el que la enseñanza universitaria y —por ende— las reformas dentro de la Instrucción pública, seguirían manteniendo su deuda al esqueleto institucional, jerárquico y académico de las universidades, frente al proceso de “militarización de la ciencia”⁸⁷⁶, que bajo las exigencias propias de ese campo, había creado un modelo paralelo de reforma, descentralizando y desestabilizando la organización sanitaria bajo los intereses de una nueva clase profesional quirúrgica ⁸⁷⁷.

Sin embargo, esta confianza de los médicos de la Universidad de Cervera en la pervivencia del *status quo* mantenido por dichas instituciones durante la Ilustración, se demostraría errónea tras la publicación, en 1814, del *Dictamen y Proyecto de Decreto sobre el arreglo general de la Enseñanza Pública*. Este texto —declaración de principios y esqueleto de la reforma de la nueva educación de corte liberal— parecía poner fin al modelo universitario de formación médica, apostando como rezaban sus artículos 63 y 64⁸⁷⁸, por la creación de “escuelas particulares” en las que la medicina y cirugía debían estar reunidas. Los profesores de la universidad catalana habían acertado al llamar la atención de la opinión pública sobre la importancia de la centralización y uniformidad en la nueva estructuración del estado liberal. Sin embargo, y al contrario de las expectativas de estos médicos, esta había seguido el camino de la unificación marcada por la comisión de constitución militar: concibiendo la unión de ambos ramos y centralizando su organización bajo este criterio.

⁸⁷⁵ Idem. p. 2.

⁸⁷⁶ Véase: LAFUENTE, A., & PESET, J. L. (1985). “Militarización de las actividades científicas...”

⁸⁷⁷ Esta crítica al interés personal de los cirujanos colegiados al amparo de la Armada estará muy presente en las publicaciones de Salvá y Campillo y Antonio Hernández Morejón. Véase: MOREJÓN, A. H. (1813). *Juicio imparcial sobre la reunion de la medicina con la cirugía...*; HERNÁNDEZ MOREJÓN, A. (1814). *Suplemento á la sentencia contra el juicio imparcial sobre la reunion de la medicina con la cirugía en los profesores del ejército*. Imprenta Patriótica, á cargo de Florentino Lopez; SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos...* op. cit.; SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1813). *Suplemento...*

⁸⁷⁸ (1814). *Dictamen y proyecto de decreto sobre el arreglo general de la enseñanza pública ; presentado a las Cortes por su Comisión de Instrucción Pública y mandados imprimir de orden*. Madrid: Cortes. pp.15-16.

Es imposible ignorar la deuda de este proyecto con las transformaciones de la estructura docente y el propio valor político y social de la educación de la revolución francesa⁸⁷⁹. La creación de las tres escuelas de salud (Écoles de Santé) durante el Consulado⁸⁸⁰—convertidas en Facultades a partir de 1807— parecía un claro punto de referencia para la nueva organización de la profesión y docencia del proyecto liberal gaditano. En este sentido, las transformaciones llevadas a cabo en el ámbito médico-militar durante la Ilustración española, se presentaban como el molde más adecuado para la aplicación de estas reformas, o por lo menos así lo daba a entender los comisionados en el prólogo de su reforma:

“Además de los estudios establecidos así en esta como en las demás universidades del Reyno, hay otros necesarios para varias profesiones de la vida civil, y que por lo tanto deberán enseñarse en escuelas particulares. Tal es el de la medicina y cirugía reunidas, las cuales se enseñarán en los colegios ya existentes en Madrid, Cádiz, Barcelona, Burgos, Santiago, Lima, México y Guatemala. La ventaja de que se aprendan ambas facultades en un mismo establecimiento, y la utilidad de que esta enseñanza tenga a su inmediación y como escuela experimental, grandes hospitales donde los discípulos observen y se ejerciten en las practica de su arte, han convencido a la Comisión de que debía limitarse exclusivamente a dichos colegios particulares esta importantísima enseñanza. ...”⁸⁸¹

⁸⁷⁹ Esta cuestión ha producido un número considerable de estudios en nuestro país que incluyen los trabajos más generales de Mariano y José Luis Peset sobre las Universidades y trabajos monográficos, como el de Ángel González y Juana M^a Madrid, que analizan comparativamente el informe sobre la Instrucción pública de Quintana y su deuda al *Rapport* entregado por Cordocet a la convención Nacional en 1792. El trabajo de Natividad Aranque también profundizará sobre estos vínculos estableciendo otra línea de aproximación con respecto a las reformas introducidas por administración de José I en paralelo a las gaditanas. El reciente trabajo editado por José María Hernández Díaz, sobre *Francia en la educación de la España contemporánea (1808-2008)* supone una revisión y aportación importante, sobre todo, en lo que respecta a nuestro trabajo, el capítulo dedicado a “las ciencias de la vida” escrito por Jose Luis Peset. y el de Puellas Benítez bajo el título de “Francia y la construcción del sistema público de educación en España”. Véase: HERNÁNDEZ DÍAZ, J. M. (2011). *Francia en la educación de la España contemporánea (1808-2008)*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; PESET, M. (1974). *La Universidad española...*; PESET, M., & PESET, J. L. (1992). “Las universidades españolas del siglo XIX y las ciencias”. *Ayer*, 7, 19–49; ARAQUE HONTANGAS, N. (2009). “La educación en la constitución de 1812: antecedentes y consecuencias”. *Revista de La Facultad de Ciencias Sociales Y Jurídicas de Elche*, V(Número Especial), 1–21.

⁸⁸⁰ Ley del 10 de marzo de 1803 (19 ventôse, año XI).

⁸⁸¹ Art. 63. Para la enseñanza de varios estudios que son necesarios para algunas profesiones de la vida civil, y que no se proporcionan en las universidades mayores, se establecerán colegios o escuelas particulares.

Art. 64. Estos colegios o escuelas se establecerán en el número y forma siguiente:

1º Para la enseñanza de medicina y cirugía reunidas, subsistirán los colegios existentes en Madrid, Cádiz, Barcelona, Burgos, Santiago, México, Lima y Guatemala.

2º Para la enseñanza de la veterinaria, la escuela establecida en Madrid, y las que se establezcan en Lima y México.

Más allá de declarar el triunfo del modelo unificado de enseñanza, estas palabras señalaba a los Colegios quirúrgicos preexistentes en la península como los más preparados para asumir la nueva configuración de las llamadas escuelas particulares, por la idoneidad de los hospitales asociados a sus centros. En este sentido, la formación de los futuros profesionales de la salud apostaba por una educación experimental; un camino que resultaba un cambio sustancial con respecto a la aproximación que habían seguido las reformas de la Instrucción médica en el ámbito de los centros de enseñanza superior. Con esta medida se estaba sentenciando definitivamente a la Universidad en el plano de la enseñanza de la medicina.

Se introducía además, la representación de las provincias americanas como parte de la reforma de instrucción pública española, considerando las escuelas de Cádiz, Barcelona, Madrid, Burgos y Santiago al mismo nivel de las establecidas en México, Guatemala y Lima. La elección de estos tres centros como los únicos representativos de todo el conjunto de las provincias ultramarinas, parecía responder al mismo razonamiento que motivó la elección de los de la península: en estas ciudades el desarrollo de la cirugía y la medicina experimental habían conseguido un desarrollo institucional independiente de la enseñanza de la Universidad y vinculado a la práctica hospitalaria. Tengamos en cuenta que Hipólito de Unanue, que para entonces había sido nombrado representante por la provincia de Arequipa en las Cortes, había recibido solo unos años antes la aprobación de la Junta gaditana para formar sus estatutos; la elección de México, por otra parte, parecía reflejar la aceptación al proyecto reformista planteado por Flores Moreno. Guatemala, por otra parte, había conseguido instaurar en 1805 un Colegio de Cirugía con la aprobación española, gracias al impulso del cirujano venezolano Narciso Esparragosa,⁸⁸².

El fin del periodo constitucional gaditano se saldaba con un cambio sustancial en el ámbito profesional-formativo. Lejos de perpetuar las dinámicas y carácter bicéfalo en la gestión profesional, la resolución de la Comisión de Instrucción Pública y la Militar abrían la puerta a un modelo unificado e integral siguiendo el camino marcado por los Colegios quirúrgicos en todos los territorios españoles. Una vía resolutiva inesperada

(1814). *Dictamen y proyecto de decreto ...* pp.15-17.

⁸⁸² MARTÍNEZ DURÁN, C. (1945). *Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y evolución*. Segunda Edición. Guatemala: Tipografía Nacional.

en un panorama en el que el médico universitario, como veíamos en el testimonio de los facultativos de la universidad de Cervera, confiaba en la repetición de los esquemas del pasado ilustrado, que pese a las transformaciones en el ámbito quirúrgico y experimental, habían sabido proteger el estatus del médico tras los muros universitarios. El debate entre médicos puros y cirujanos, si bien parecía reproducir viejas dinámicas y enfrentamientos, había sabido integrar un discurso de reforma, del que habían surgido posibles terceras vías de consenso como el que en 1808 se había esbozado. A la altura de 1814, las estrategias de proyección y de integración de los médicos en este debate por el futuro de la profesión se tradujeron el desarrollo de una línea de debate en los márgenes del ámbito parlamentario. Una alternativa que permitió la inclusión del criterio médico y su proyección como problema de interés político.

Si bien la vuelta de Fernando VII al trono puso fin al proyecto profesional y académico que habían resuelto las Cortes, y la vuelta a las ordenanzas de 1804, se había conseguido establecer una sólida base que se retomaría posteriormente. La deuda del *Reglamento General de Instrucción Pública* elaborado durante el Trienio Liberal hacía el proyecto de unificación elaborado por los gaditanos es la mejor prueba de ello⁸⁸³.

⁸⁸³ PESET, J. L. (1968). “La enseñanza de la Medicina en España durante el siglo XIX. El reinado de Fernando VII (1814-1833)”. *MEDICINA ESPAÑOLA*. Madrid, 350, 381–392;

CONCLUSIONES

España como metáfora de un cuerpo enfermo. Con esta imagen de la España decimonónica propuesta por el médico de la Armada Salvador Clavijo empezábamos este trabajo. Un país descrito como organismo sin defensas, arrasado por la *virulencia* de las guerras y los efectos desiguales de las *metástasis* y *gérmenes* causados por épocas de *septicemia* política que ahogaban nuestro progreso científico y médico.

Frente a esta imagen persistente a la hora de historiar el siglo XIX, y que ha imperado a la hora de plantear el desarrollo de la sanidad y medicina en sus primeras décadas, este trabajo ha pretendido mostrar una imagen contrapuesta de transformaciones y cambios en el ámbito sanitario de principios de siglo, arropado por la reforma política del primer liberalismo español. Un periodo que, siguiendo la metáfora utilizada por Clavijo, se presenta como un tiempo de *esporulación*, y que, aunque aparentemente efímera, se convirtió en el germen y sólida base del posterior desarrollo de la sanidad pública española.

Con ello no hemos pretendido cantar las bondades de la organización sanitaria resultante del debate parlamentario de los años 1810-1814, ni tampoco ignorar los elementos de freno en su desarrollo –que son muchos–, sino superar el monopolio de la imagen derrotista y poder abordar el estudio de las transformaciones y propuestas que se plantean en el ámbito sanitario español desde nuevas perspectivas.

A la altura de 1814 podemos ya hablar del afianzamiento de la idea de la sanidad como *res pública*; como responsabilidad política y de sus instituciones, alejando así la asociación de la sanidad a una acción mercantilista y caritativa más propia de la asistencia paternalista característica del Antiguo Régimen. El intenso programa de reformas llevado a cabo durante este corto periodo, consolidó las bases de un proyecto serio de centralización y unificación sanitaria para todo el país, incluyendo los territorios coloniales. Un proceso que conseguiría imprimir una nueva lógica administrativa más acorde con la racionalidad impuesta por el proyecto liberal.

Como hemos podido constatar, este proceso no puede entenderse sin el juego de tensiones generadas en torno al esquema *municipio –poder central* planteado por la nueva organización del Estado. Un binomio que opuso resistencias a la hora de

confrontar el problema intrínseco a la estructura política-burocrática tradicional de los Consejos y Juntas, consistente en la exigencia constante de consultas y comunicaciones entre los distintos niveles organizativos que dilataban los tiempos de decisión.

La ruptura de esta “rutina administrativa” característica del Antiguo Régimen estuvo unida a un lento proceso de inclusión y acomodo del criterio técnico en los órganos de decisión sanitaria. El debate parlamentario dejó abierta la puerta a la discusión sobre la posición del médico –facultativo sanitario– en los procesos de decisión, comenzando a socavar la función consultiva de su criterio. Un debate que terminó trasladándose al ámbito profesional y que, en definitiva, puso a prueba la capacidad de los médicos y cirujanos de proyectar su voz en un espacio de discusión sanitario muy polarizado. Con las limitaciones constantes a la introducción del criterio científico-técnico en los centros de decisión sanitaria, los propios médicos desarrollaron otras estrategias discursivas alternativas que permitieron proyectar sus propuestas y opiniones bajo el paraguas de las nuevas libertades y derechos ofrecidos por la Constitución.

En este sentido, las Cortes gaditanas fueron el escenario de una pugna por conseguir un reconocimiento político y profesional dentro del nuevo panorama político. Un debate que reprodujo confrontaciones heredadas del pasado ilustrado entre médicos y cirujanos pero que, como hemos mostrado, abrió la puerta a transformaciones claves en el ámbito de la formación y reconocimiento de la profesión médico-quirúrgica.

Por un lado, supuso la consolidación de un modelo moderno de unificación profesional entre la cirugía y la medicina, desterrando el principio de superioridad vinculado a los médicos universitarios sobre los Colegios de Cirugía. Por otro lado, como queda de manifiesto con el ingente número de propuestas analizadas y los distintos medios para proyectarlas, este proceso estuvo marcado por una activa participación y discusión de los facultativos en las posibles vías de futuro de la medicina y sus profesionales. Un panorama discursivo que ciertamente confronta la imagen de decadencia y carente de propuestas que sigue teniendo fuerza a la hora de historiar este siglo.

Uno de los hechos más sorprendentes y, en definitiva, novedosos es que este camino hacia el reconocimiento político y social de ambas profesiones —liderado y marcado por los cirujanos gaditanos— se logró construir sobre un suelo de relativo consenso y unificación. Frente al tradicional paisaje confrontado y polarizado de debate, resulta relevante concluir que la apuesta por la unificación profesional fue decidida

paralelamente por dos comisiones, la militar y la de instrucción pública, que habían mantenido tradicionalmente posturas confrontadas. Esto no supone desterrar del debate —como hemos podido comprobar— las posiciones enfrentadas entre médicos y cirujanos, pero sí marca, en el plano de la toma de decisiones, una fractura del modelo bicéfalo de decisión previo —civil/militar—.

Estos logros habían quedado ensombrecidos por la aparente incapacidad del proyecto liberal de ofrecer nuevas estructuras institucionales para perfilar el panorama que debía seguir la reforma sanitaria. Sin embargo, podemos aventurarnos a afirmar, que bajo este aparente continuismo institucional que suponía la reinstauración del Protomedicato y la posterior reincorporación de las estructuras de las Juntas Sanitarias a nivel local, subyació un programa de reformas que cuestionaron los límites, atribuciones y temporalidad que revestían tradicionalmente dichas estructuras de gestión sanitaria.

En el ámbito profesional esta sombra de aparente estatismo representada en los aún latentes enfrentamientos entre cirujanos y médicos y la recuperación de programas de reforma caducos —como el de 1804— han ocultado un interesante número de propuestas que buscaron apostar por terceras vías en la reforma de la profesión. Uno de los ejemplos más representativos es el plan de reforma y unificación propuesto entre 1807 y 1808 y las reformulaciones posteriores en torno a este proyecto. Una propuesta que hasta el momento no había sido objeto de estudio pero que por el contrario, ha arrojado, sin ninguna duda, nueva luz sobre el panorama reformista que inauguran estos primeros años del siglo decimonónico.

Hemos constatado en este trabajo la dependencia de este proceso de transformación con la urgente necesidad de encontrar una respuesta y enfrentar políticamente los reiterados focos de fiebre amarilla que se sucedieron durante el periodo parlamentario. El debate sanitario, tanto en el territorio ocupado por los franceses como en el nacional, corrió parejo a los ciclos epidémicos, ralentizándose cuando el peligro disminuía y reactivándose cuando resurgía. Sin embargo, frente a esta imagen cíclica de la reacción política, una de las grandes transformaciones de este periodo fue la confrontación de la temporalidad a la que iba unida la lucha contra las epidemias con la proyección de estructuras permanentes. La centralización y unificación de todas las funciones de la gestión sanitaria en el reinstaurado Protomedicato primero, y la configuración posterior de Juntas Superiores de Sanidad, de carácter fijo en las

municipalidades, demostraron inequívocamente el afianzamiento del concepto de previsión y prevención en el ámbito sanitario político.

La culminación de esta transformación tomó cuerpo en la proyección de un Código Sanitario. Un cuerpo normativo que hubiera podido unificar las diferentes políticas que debían seguirse en todo el país, para evitar la propagación o introducción de cualquier enfermedad y que regulara los protocolos de actuación y decisión en el campo de la salud. Si bien este proyecto no culminó en la promulgación de un proyecto legislativo, no puede ensombrecer la riqueza y profundidad de propuestas que se defendieron. Proyectos de codificación sanitaria que realmente supusieron los primeros intentos de organizar sistemáticamente la sanidad pública en nuestro país y fijaron las líneas básicas de su organización moderna.

Si tenemos en cuenta que la consolidación de una respuesta normativa coherente en otros países como Gran Bretaña —considerada a la cabeza en la gestión sanitaria europea— tuvo lugar en el año 1848⁸⁸⁴, ya podemos avanzar, a la luz de la investigación realizada, que el contexto gaditano planteó un panorama ciertamente vanguardista en el ámbito sanitario, frente a la losa de la mirada catastrofista sobre la que hemos insistido.

En definitiva, la singularidad de dichos textos recae en su capacidad de superar el localismo en el que se había basado tradicionalmente la gestión de medidas sanitarias, pero sin separarse de la nueva orientación de gestión provincial a la que tendía la administración liberal. No deja de sorprender, dado el corto —por no decir nulo— recorrido constitucional del país, su capacidad de enlazar y fundamentar los principios del discurso liberal y adaptarlos, de manera orgánica, al campo de la sanidad. Nos encontramos, por tanto, frente a tres códigos que ofrecen una renovada interpretación del concepto de bien público asociando la sanidad a la responsabilidad y deber adquirido por los ciudadanos como miembros del Estado.

La preocupación central compartida por el control de las epidemias fundamentaron estas propuestas en el control de las comunicaciones y el contagio, dando una preeminencia destacada a la sanidad marítima. Un elemento clave, sin duda, en el posterior desarrollo de nuestros textos constitucionales sanitarios.

⁸⁸⁴ En ese año se publicaba el “Public Health Act” que reformaba los límites del Estado en gestión sanitaria. Éste pasaba a asumir la responsabilidad de la formulación de las políticas sociales así como de la administración y control de las medidas comunes en todo el territorio británico.

Resulta indispensable resaltar la significación que tuvo la introducción, en algunas de estas propuestas, de sutiles modificaciones al control estricto de las comunicaciones, que permitieran el intercambio y el libre comercio. Esto nos ha permitido constatar la relación intrínseca, y tensión constante, que emergió en aquel momento entre el control sanitario y los intereses comerciales de un Estado basado en principios liberales. Un problema que tuvieron que enfrentar posteriormente los diputados del Trienio Liberal – pesando en la decisión de no aprobar el reglamento proyectado en 1822– pero que sin embargo, nunca ha sido considerado como parte integrante del discurso sanitario previo planteado en las Cortes gaditanas.

Estos primeros síntomas de flexibilización de los códigos estrictos de incomunicación contra las epidemias, también han arrojado nuevas perspectivas con respecto a la imagen perfectamente polarizada, ofrecida por la historiografía contemporánea, entre los discursos y medidas contagionistas y anticontagionistas. Dos concepciones que como hemos presentado en nuestro trabajo, en la práctica mostraron fronteras muy difusas, combinando muchas veces sus principios de actuación sanitaria.

Por último, y a la luz del análisis del discurso generado en torno a la sanidad en este periodo, la codificación e institucionalización sanitaria demostraron no ser los únicos medios para luchar contra la enfermedad. En una cultura política que daba sus primeros pasos sobre suelo democrático, la reacción de la ciudadanía se tornó en un elemento decisivo para la construcción de un andamiaje político. Un factor que en un ámbito como la sanidad —en el que entraba en juego un elemento tan inconmensurable como el miedo—, convirtió el control del discurso sobre la enfermedad en un elemento determinante en la construcción de una política sanitaria. Un aspecto relativamente poco estudiado, pero que sin embargo, ha demostrado ofrecer nuevas perspectivas en el estudio de la cuestión sanitaria. En este sentido, el estudio de fuentes periódicas y de los Diarios de Sesiones y sus distintas estrategias discursivas, nos han permitido interpretar el tema sanitario ya no únicamente como medida proactiva del Estado, sino como una posible amenaza e instrumento político. Algo que hemos podido comprobar en el debate sobre el traslado de las Cortes a Madrid, en el que el discurso en torno a la epidemia se instrumentalizó para poder consolidar este cambio de sede que meses antes se había visto rechazado por falta de apoyos políticos.

Somos conscientes, dada la complejidad del tema, de que en este trabajo se ha agotado la multiplicidad de los posibles modos de interpretación, ni se ha abarcado toda la

variedad de cuestiones que se plantean. Sí hemos aportado un análisis diferente, utilizando herramientas interpretativas que nos han permitido —y que pretendemos sigan permitiendo en futuros trabajos— replantear el estudio del desarrollo sanitario español bajo una óptica de cambio.

Esta tarea ha supuesto anteponerse a la mirada catastrofista que pone punto final, y no punto y aparte, a los intentos reformistas de este periodo políticamente convulso. Hemos apostado por abordar las propuestas reales de transformación que constituyen, como hemos mostrado, un sólido suelo y espejo de la configuración de la sanidad contemporánea española.

Esta investigación reivindica el papel de la enfermedad en los estudios historiográficos sobre sanidad, si bien no como elemento positivo, sí como motor de cambio. Un factor dinamizador e igualador que plantea la necesidad de integrar su estudio para analizar fenómenos, no solo sociales como ya se viene haciendo, sino también políticos o en relación a los discursos articulados en torno a ella.

Este es, sin duda, el horizonte que ha perseguido esta investigación bajo el imperativo de aportar nuevos estímulos a posibles investigaciones futuras en el campo de la sanidad del siglo XIX. Una perspectiva de análisis que nos permite abordar desde nuevos paradigmas la historia más reciente de nuestro país

CONCLUSION

Spain as a metaphor for a diseased body. With this image of nineteenth century Spain in our minds, put forward by the Armada's Commander in the Medical Corps, Salvador Clavijo, we commenced this work. A country described as a defenseless organism, razed by the *virulence* of war and the unequal effects of the *metastasis* and *germs* caused by season upon season of political *septicemia*; smothering our scientific and medical progress.

Faced with this persistent image at the time of recounting the history of the 19th century, and which prevailed at the time of planning the development of healthcare and medicine in its first decades, this work has attempted to demonstrate an opposing image of changes and transformations in the healthcare sector at the start of the century, wrapped up in the political reform of the first wave of Spanish liberalism. A period which, to develop the metaphor put forth by Clavijo, presents as a time of *sporulation*, and which, although apparently short-lived, became the seed and subsequent development of the Spanish public health system.

With this in mind, we didn't intend to sing the praises of the public health organization resulting from the parliamentary debate from the years 1810-1814, neither have we ignored the stalled elements in its development - of which there are many - but rather we tried to move past the monopoly of the defeatist image and focus the study on the transformations and approaches in the Spanish healthcare sector from new perspectives.

At the height of 1814 we can already discuss the strengthening of the idea of healthcare as a *res pública*; as a responsibility of the government and its institutions, therefore removing healthcare's association to a mercantilist and charitable action, more associated with the paternalistic support characteristic of the Old Regime. The intense program of reforms undertaken during this short period consolidated the basis for a serious project of public health centralization and unification for the entire country, including colonial territories. A process which managed to ingrain a new administrative logic which was more in line with the rationale imposed by the liberal regime.

As we have been able to determine, this process cannot be understood without taking into account the tension generated in relation to the *community-central power* scheme presented by the new organization of the State. A binomial which opposed resistance at the point of confronting the problem, which was intrinsic to the traditional political-bureaucratic structure of the Councils and Boards, consistent in the constant demand of consultations and communications between the different organizational levels which delayed decisions.

The breakdown of this "administrative routine", characteristic of the Old Regime, was linked to a slow process of inclusion and adoption of the technical criterion in the healthcare decision bodies. The parliamentary debate left the door open for discussions on the position of the physician - the healthcare practitioner - in the decision making process, beginning the process of undermining the consultative element of their approach. A debate which ended up moving on to the professional field and which, ultimately, put the ability of physicians and surgeons to voice their views to the test in an extremely polarized healthcare discussion space. With the constant restrictions on the introduction of scientific-technical criterion to the decision making process, the doctors themselves developed other, alternative discursive strategies which allowed them to put forward their proposals and opinions under the umbrella of new liberties and rights conferred by the Constitution.

In this sense, the Courts in Cadiz were the setting for a battle to achieve political and professional recognition within a new political landscape. A debate which resurrected age-old confrontations between doctors and surgeons, but which, as we have demonstrated, paved the way for key transformations in the field of training and recognition in the medical-surgical sector.

On the one hand, it involved the consolidation of a modern professional unification model between surgery and medicine, banishing the medical universities' superiority mindset over Surgical Schools. On the other hand, as evidenced by the huge number of proposals analyzed and the different ways to protect them, this process was marked by active participation and discussion by the doctors about the potential directions for medicine and its professionals in the future. A discursive landscape, which continued to gain strength at the time of recording the history of this century, definitely confronted the image of decadence and a lack of ideas.

One of the most surprising and ultimately groundbreaking facts is that this journey towards political and social recognition of both professions - led and marked by the surgeons from Cadiz - was constructed on a foundation of relative consensus and unification. Given the usual confrontational, and highly polarized debate scene, it is therefore relevant to conclude that the move towards professional unification was decided by two commissions, the military and public education systems, which had traditionally maintained opposing views. This didn't mean - as we have been able to establish - removing the differing positions between doctors and surgeons from the debate, but it did mark a split in the decision making process, previously a dual civil-military model.

These achievements were overshadowed by the apparent inability of the liberal regime to offer new institutional structures to shape a landscape for the healthcare reform to follow. However, we can venture to state that under this apparent institutional continuation which entailed the reinstatement of the *Protomedicato* and the later reincorporation of the Healthcare Board structures at a local level, it was behind a program of reforms which pushed the restrictions, powers and temporality which traditionally surrounded the healthcare management structures.

In the professional realm this shadow of apparent static behavior which was represented in the still-smoldering disputes between surgeons and doctors, along with the revival of obsolete reform programs - such as that of 1804 - have concealed an interesting set of approaches which sought to pursue other avenues to reform the profession. One of the most representative examples is the reform and unification plan put forward between 1807 and 1808, and the subsequent reworking in relation to this project. One approach which, up to this point was not the subject of study - nor was its existence even known - but which, on the contrary, has shed new light on the reformist landscape which inaugurated these first years of the 19th century.

In this work we have determined the dependence of this transformation project on the urgent need to find a solution and politically confront the repeated outbreaks of yellow fever that occurred during the parliamentary period. The healthcare debate, as much in the territory occupied by the French as in national territory, went hand in hand with the epidemic cycles, slowing when the risk dissipated and reviving when the epidemics resurfaced. However, along with this cyclical image of political reaction, one of the greatest changes in this period was the confrontation of temporality, to which the fight

against epidemics was linked, with the establishment of permanent structures. The centralization and unification of all functions of healthcare management in the reinstated first *Protomedicato*, and the subsequent setting up of fixed Healthcare Boards within the municipalities, demonstrated unequivocally the strengthening of a concept of projection and prevention in the political healthcare sector.

The culmination of this transformation took shape in the establishment of a Healthcare Code. A regulatory body, which could have been able to unify the different policies which had to be followed throughout the country, in order to avoid the spread or introduction of any disease, and which would have regulated the decision making and conduct-related protocols regarding healthcare. Even if this project didn't culminate in the enactment of a legislative program, the richness and depth of proposals that were championed cannot be overlooked. Healthcare codification programs which, in reality, involved the first attempts to systematically organize the public health system in our country, put the basic principles of its modern organization in place.

If we take into account that the consolidation of a coherent legislative response, such as that of Great Britain (considered to be the European leader in healthcare management), took place in 1848⁸⁸⁵, we can venture, in light of the investigation carried out, that the situation in Cadiz put forward a vision that was certainly cutting edge in the healthcare sector, at odds with the catastrophic view we have emphasized.

Ultimately, the singularity of these texts lies in their ability to overcome the localism upon which healthcare management measures have traditionally been based, but without separating themselves from the new direction of provincial management to which the liberal administration tended. It is nonetheless surprising its ability to dovetail and underpin the principles of the liberal discourse and adapt them in an organic way to the healthcare sector, given the short (rather than saying non-existent) constitutional path of the country. We found ourselves, therefore, faced with three codes which offered an updated interpretation of the concept of public welfare, involving healthcare with the responsibility and duty acquired by citizens as members of the State.

⁸⁸⁵ The "Public Health Act", which reformed the limits of the State in healthcare management, was published in that year. This assumed the responsibility of formulating social policies as well as the administration and control of common measures throughout the entire British territory.

The main concern shared by the control of epidemics substantiated these proposals in the control of communications and infection, putting major emphasis on maritime healthcare. Without doubt it is a key element in the subsequent development of our constitutional texts regarding healthcare.

The significance of the introduction, in some of these proposals, of subtle modifications to the strict control of communication, which allowed exchange and free trade, proves vital. This has permitted us to determine the intrinsic link, and constant tension, which emerged at that time between healthcare control and the commercial interests of a State based on liberal principles. A problem which the Liberal Triennial politicians subsequently had to face - putting a strain on the decision to not pass the protected legislation in 1822 - but which nevertheless has never been considered as an integral part of the healthcare discourse previously presented by the Cadiz Courts.

These first signs of relaxation of the strict solitary confinement codes against epidemics, have also shed new light on the perfectly polarized image offered by contemporary historiography, between the contagionist and anticontagionist discourse and measures. Two ideas which, as we have presented in our work, demonstrated very fuzzy boundaries in practice, often combining their healthcare performance principles.

In the end, and in light of the discussion generated in relation to public health in this period, healthcare codification and institutionalization demonstrated not to be the only means to fight disease. In a political culture that was taking its first steps on a democratic landscape, the reaction of citizens became a decisive element in the construction of a sanitary policy. A factor that in a field such as the healthcare sector, (which included a completely immeasurable element - fear) turned the control of the discussion on disease into a determining factor in the construction of a healthcare policy. An aspect largely unstudied, but which has nonetheless been shown to offer up new perspectives in the study of the issue of public health. In this sense, the study of newspaper sources and Parliamentary Session reports and the various discursive strategies, has allowed us to interpret the subject of public health not only as a proactive action of the State, but also as a possible threat and political instrument. Something that we have been able to establish in the debate on the transfer of the Courts to Madrid, in which the discussion on the epidemic was instrumental in being able to consolidate this change of location which months before would have been rejected due to lack of political support.

We are conscious, given the complexity of the subject, that this thesis has not exhausted the multitude of possible methods of interpretation, nor has it encompassed the full range of issues involved. We have indeed provided a different analysis, using interpretative tools which have allowed us - and which we intend to continue using in future works - to rethink the study of Spanish healthcare development under an optic of change.

This task has attempted to prevail over the fatalistic outlook and insert merely an interlude, rather than a complete end, to the reformist attempts of this tumultuous political period. We have chosen to address the real transformation proposals that, as we have shown, constitute a solid foundation and means of reflection of contemporary Spanish healthcare.

This research vindicates the role of disease in the historiographical studies into healthcare, not as a positive element, but rather as a means for change. An invigorating and equalizing factor which established the need for integrating the study to analyze phenomena, not only social ones, as has already been done, but also political elements or those related to the discourses articulated around it.

This is, without doubt, the trajectory taken by this study under the imperative of contributing new stimuli to potential future research in the field of 19th century healthcare. An analytical viewpoint which allows us to address from new paradigm the most recent history of our Country.

ABSTRACT

This doctoral thesis analyzes the process of the construction of a public health system in Spain in the 19th century, within the context of the Cadiz courts inaugurated in 1810, as a founding period in the healthcare organization of our country. With this in mind, this work addresses the void that existed in the field of healthcare in the early years of the 19th century in a three pronged manner: from an institutional and legislative perspective; as an analysis of discourse by the public and in the media regarding disease; and from the point of view of the institutionalization of medical knowledge and practice. An analytical work which is formally structured into five distinct sections:

The first section seeks to establish a context which will allow us to delve into the circumstances and singularities of the Cadiz region as a spatial, intellectual and institutional base for the transformations in the field of healthcare.

In the second chapter we present an analysis of the institutional organization of Public Health, taking into consideration the different processes, actors and circumstances involved in the creation of the bodies and methods designed for healthcare management as part of the construction of the foundations of the new liberal State. This approximation takes into consideration the complexity and limits of the healthcare organization in an occupied country, under the shadow of an epidemic, from the perspective of an analysis which establishes a dialog between the institutionalization of healthcare and epidemic disease management and, conversely, taking into account the arrangements made by the French administration.

The third chapter centers on the attempts at introducing a coding system to healthcare within this institutionalization process.

The fourth chapter focuses on the analysis of the construction of the public discourse in relation to disease as a key element in the foundation of a response and a healthcare program in a liberal society. This element is examined from two perspectives: political and in the media. On the one hand, the modulation of the healthcare discourse is examined by the parliamentarians within the Courts and the interests, concerns and instruments involved in this process. On the other hand, the press as a medium of

discursive creation about disease is examined, using "*El Conciso*" y "*El Redactor General*" as a principal study guide.

The fifth and final chapter discusses the problem of public health relating to practice and the professionalization processes within the body of doctors and surgeons, studying the institutional, training and socio-political recognition changes produced in this field as part of the general process of healthcare reform at the beginning of the 19th century. An examination which we carried out taking into consideration the polarization of the debate in separate discussion spaces, outside as well as inside the parliamentary sector, along with the plurality of voices orchestrating it; as much the politicians as the doctors.

Confronted with such an eminently catastrophic view in relation to the successes accomplished in the field of science and public health persistent in Spanish historiography, we have chosen to focus on the real transformational proposals which constitute a solid foundation and reflection of the contemporary Spanish healthcare configuration.

REFERENCIAS

A. FUENTES MANUSCRITAS

- *Archivo Del Congreso De Los Diputados*
 - P-01-000017-0019. “Memoria de Félix González acerca de la inoculación de la vacuna.” (1813)
 - P-01-000018-0019. “Expediente sobre el establecimiento de cátedras de cirugía en la Universidad de Valencia” (1813)
 - P-01-000018-0024. “Oficio del Gobierno acerca de los vocales de la Junta Suprema de Sanidad.” (1813)
 - P-01-000020-0114. “Orden dictando varias disposiciones para socorrer a los pueblos alertados por epidemia de fiebre amarilla y preservar a lo que no están redoblándose la vigilancia en Cádiz”. (11/10/1811)
 - P-01-000020-0116 “Orden de las Cortes encargando a las juntas supremas de sanidad el cumplimiento de las ordenanzas y estatutos de salud publica”. (23/11/1810)
 - P-01-000020-0117. “Orden de las Cortes para que se disponga en Cádiz las fumigaciones y demás diligencias a fin de extinguir el germen contagioso de las epidemias de fiebre amarilla”. (1810)
 - P-01-000020-0118 (001-002). “Orden de las Cortes para que se disponga en Cádiz las fumigaciones y demás diligencias a fin de extinguir el germen (1810-1811)
 - P-01-000020-0119. “Representación de la Junta Superior de Sanidad del reino de Valencia exponiendo las disposiciones dictadas por la misma para evitar la propagación de la fiebre amarilla”. (21/10/1811)
 - P-01-000020-0121. “Exposición de Bartolomé Mellado para que en toda corporación o junta de sanidad haya un profesor de medicina como vocal de ella”. (1812)
 - P-01-000020-0123 (001-002). “Expediente sobre organización de la Junta Suprema de Sanidad”. (1813)
 - P-01-000020-0124.(001-006) Expediente relativo al carácter y curación de la fiebre amarilla padecida en Cádiz. (1811)
 - P-01-000020-0125 (0001-0002). “Expediente relativo a mejorar el estado de la salud pública en las Américas”. (1812-1813)
 - P-01-000020-0126- (0001-0002). “Representación de Francisco Flores Moreno acerca del Reglamento de salud publica”. (20/01/1812)
 - P-01-000020-0128-0002. Expediente sobre formación de un fondo para atender los gastos del lazareto de Mahón. (1813)

- P-01-000020-0129 (001-006). “Expediente sobre el Reglamento del Tribunal del Protomedicato.” (1812-1814)
- P-01-000042-0037. “Lazareto de Cádiz. Disposición por la que las Cortes encargan a la Junta de Sanidad de aquella provincia que proporciones un lazareto en aquella ciudad mientras se aprueba la ley orgánica de sanidad” (5/06/1821)
- P-01-000039-0130. “Orden de las Cortes sobre que se anime el celo de las autoridades y juntas de Sanidad a fin de que su ilustración y vigilancia apure los medios de precaver cualquier riesgo en la salud publica”
- P-01-000030-0034 (0001-0008). “Expediente sobre el restablecimiento del Tribunal del Protomedicato”. (1811-1812)
- contagioso de las epidemias de fiebre amarilla” .(1811)
- P-01-000018-0065. “Representación del Ayuntamiento de Granada acerca de la Junta Provincial de Sanidad”. (1813)
- P-01-000120-0001-0067. Lista de los diputados que entre 1810 y 1811 tienen permiso por enfermedad u otros motivos para ausentarse de las Cortes
- P-01-000030-0049. “Orden de las Cortes dando por validos los cursos de Medicina en la Universidad de Granada y autorizando para que prosiga la enseñanza de dicha Facultad”
- P-01-000004-0075. “Decreto de las Cortes sobre dispensa de comparecencia para revalidar a los profesores de Medicina, Cirugía y Farmacia” (1812).
- P-0007-00084. “Decreto LXXIX. Restablecimiento del tribunal del Protomedicato”. (22/07/1811)
- P-01-000030-0034-0007-1, “Acuerdo sobre la representación de individuos del tribunal del protomedicato relativa a la expedición de títulos”. (31/10/1811)
- Impresos, Lg. 1, nº2. “Decreto de la Regencia de 30 de abril de 1810 sobre suspensión de la enseñanza de todas las ciencias que no estén referidas a la guerra”.(30/04/1811)

▪ Archivo Histórico Nacional

- ESTADO, 3130, Exp.13. “Orden impresa de Manuel Romero, ministro de Justicia y encargado del ministerio del Interior, por la que se establecen diferentes medidas para evitar la propagación de la epidemia que se ha manifestado en Ceuta, Orán y Cartagena”. (10-12-1810)
- ESTADO, D, N.86. “Decreto de las Cortes de 26 de noviembre de 1813 circulado por el Consejo de Regencia a todas las autoridades del Reino en el que se anuncia la suspensión de sus sesiones entre el 29 de noviembre y el 15 de enero, con motivo de su traslado y el del Gobierno a Madrid.” (26/11/1813)

- ESTADO, 2993, Exp.17. “Órdenes del día del duque de Dalmacia y circulares de la Junta de Salud Pública de Granada relativas a las medidas a adoptar para hacer frente a la fiebre amarilla que se ha propagado en la ciudad de Cartagena”. (1810)
- ESTADO, 11, D. “Decreto de las Cortes de 26 de noviembre de 1813 circulado por el Consejo de Regencia a todas las autoridades del Reino en el que se anuncia la suspensión de sus sesiones entre el 29 de noviembre y el 15 de enero, con motivo de su traslado y el del Gobierno a Madrid” (26/11/1813)
- ESTADO, 2972, Exp.9. “Eusebio Bardají Azara, secretario del despacho de Estado, sobre diversos asuntos de interés público.”
- ESTADO, 3095, Exp.3. “Reales decretos, reales órdenes, circulares, avisos al público y edictos impresos, dictados por diferentes autoridades de Andalucía. (1809-1814)
- ESTADO, 3111, Exp.14. “Reglamento impreso de Joaquín María Sotelo, Consejero de Estado y Prefecto de la provincia de Jerez, sobre las medidas para preservar los pueblos de la Prefectura del contagio de fiebre amarilla”. (1810)
- ESTADO, 11, A, L.140. “Órdenes, circulares y decretos de la Junta Central.” (1809)
- ESTADO, 3095, Exp.3. “Carta al facultativo de la Villa de Aroche, comunicado, por decreto del EXMO Sr. Mariscal Duque de Dalmacia la creación de una Junta Central de los reynos de Andalucía y Extremadura”.
- CONSEJOS, 11.970. “Minuta de instrucciones sobre instalación de Juntas de Sanidad, circuladas en 20 de octubre de 1800”.
- SANIDAD, 2904. “Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, por la cual se manda cesar a la Junta General de Gobierno de la Facultad Reunida, se restablece el Protomedicato; y que subsiga la Junta Superior de Farmacia con lo demás que se expresa”.
- CONSEJOS, L.3766. “Registro de resoluciones de la Regencia. Secretaría del Despacho de la Gobernación de Ultramar-1812-1813”.
- CONSEJOS, L.1403, Exp.105. “Oficio relativo al brote de fiebre amarilla que se manifestó en Cádiz.” (1814)
- CONSEJOS, L.1403, Exp.211. “Real orden relativa al cierre de toda comunicación con las islas de Córcega y Capraya con motivo de la manifestación de una epidemia.”
- CONSEJOS, 12006, Exp.15. “Real Orden comunicada por la primera Secretaría de Estado al Consejo por la que se obliga a construir cementerios en todas las localidades del Reino, y por la que se prohíbe que se entierren los cadáveres en poblado por el peligro de epidemia que entraña tal costumbre”.
- CONSEJOS, 11352, Exp.5, N.5. “Pliego ordinario del jefe político de Baleares a la Secretaría del Despacho de la Gobernación de la Península informando sobre la correspondencia recibida y remitida desde el pliego anterior, los periódicos publicados en Palma y Mahón desde dicha fecha y el fin de la epidemia de viruela en la provincia entre otras cosas.”

- CONSEJOS, 11983, Exp.2. “La Real Audiencia de Canarias solicita el dictamen del Consejo sobre su posible traslado a otro pueblo de la isla en caso de epidemia de fiebre amarilla, como en años anteriores.”
- CONSEJOS, 12868, Exp.43. “Expediente formado por una representación de la Junta Superior de Murcia en la que denunciaba el mal estado de la epidemia que sufría y las medidas que se habían tomado para contenerla.”
- CONSEJOS, 12006, Exp.1. “Expediente general sobre que se restablezca la Junta Suprema de Sanidad, insertándose la cédula impresa, la circular y los nombramientos de los individuos”. (1809-1812)
- CONSEJOS, 12005, Exp.87. “Cartagena. La Junta de Sanidad de la ciudad de Cartagena solicita que se suspendan las elecciones de diputados del común, personero y síndicos, por el peligro de contagio que suponen las reuniones del vecindario y se acepte a los individuos que propone para ocupar lasalcaldías de barrio.” (1811)
- CONSEJOS, 11979. “Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo por la cual se manda formar una Junta Superior de Medicina que vele sobre esta enseñanza, sus progresos y sus profesores, bajo las reglas que se expresan.” (1804)
- DIVERSOS-COLECCIONES, 73, N.53. “Expediente sobre establecimiento de un hospital fuera de la ciudad de Valencia para que se curen los soldados del ejército del centro y de Zaragoza y no contagie a la ciudad con la epidemia.”
- DIVERSOS-COLECCIONES, 114, N.123. “El general en jefe del 2º ejército remite la proclama por la que convoca a los soldados que quedaron enfermos en los pueblos a causa de la epidemia de fiebre amarilla, a reunirse con el ejército.”
- DIVERSOSCOLECCIONES, 114, N.110. “Decreto del general en jefe del 2º ejército ordenando a los soldados que quedaron enfermos o atrasados, que se reúnan con sus banderas en Murcia ahora que es libre la comunicación, una vez pasada la epidemia de fiebre amarilla”. (1812)
- INQUISICIÓN, 3730, Exp.146. “Expediente de Juan de Santa María”.

Archivo General De La Marina

- EXPEDIENTES PERSONALES, 2898, Exp. 57. Expediente de Francisco Flores Moreno.

Archivo General De Indias

- ULTRAMAR 163. N.º.83. “Juan de Santa María”.

Biblioteca Del Hospital Real (Granada)

- C-001-070 (84).”El Sr. Doguerau, Gobernador de esta plaza, escribió á esta Junta superior de salud pública ... que se hallaba con noticias positivas de que en Baza á pocos dias de haberse puesto en quarentena dos personas procedentes de Cartagena, habian fallecido”. (19.10.1810)
- C-001-070 (108). “Circular de la Junta Superior a las juntas de los pueblos de la Orden del Duque de Dalmacia relativa a la prevención del contagio de la febre amarilla
- C.001-067 (64) “Circular de la Junta de Salud Pública a los justicias de los pueblos relativa a la prevención de la propagación de la epidemia de fiebre amarilla en Cartagena”.

Archivo General De Palacio

- PERSONAL, Caja 16920 Exp.3. Francisco Flores Moreno
- PERSONAL, Caja 2610 Exp. 14. Pedro María González
- FERNANDO VII, Caja 394, Exp. 50. “Notificación del Sumiller de Corps al Grefier General con fecha de 5 de Septiembre de 1811”

Biblioteca Nacional de España

- R/60014. R/60014, Guerra de Independencia. 1808-1814. Colección de papeles patrióticos reunidos por Don Manuel Gómez Díaz.
- VE/582/, (1812). Constituciones que deben observarse y cumplirse puntualmente por los alumnos internos del Real Colegio de medicina y cirugía de Cádiz.

B. FUENTES IMPRESAS

- (1764). *Estatutos, y Ordenanzas Generales, que S.M. manda observar à los Colegios, y Comunidades de Cirujanos, establecidos en Barcelona, Cadiz, y en todo el Principado de Cataluña, para la enseñanza de la Cirugia, Exámenes de los profesores, y su gobierno economico.* s.n.. Consultado online: <http://www.liburuklik.euskadi.net/handle/10771/8837>)
- (1787). *Real Cédula de S.M. y señores del Consejo, en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el titulo de San Carlos.* Madrid: Imprenta de don Pedro Marin.
- (1791). *Ordenanzas de S.M. que se devben observar en el Colegio de Medicina y Cirugía establecido en la ciudad de Cádiz y por el cuerpo de sus profesores en la Real Armada para gobierno del mismo Colegio, asistencia al hospital y servicio de los buques de guerra.* Madrid: en la oficina de Don Benito Cano.
- (1793). *Ordenanzas generales de la armada naval: Parte primera. Sobre la gobernacion militar y marinera de la armada en general, y uso de sus fuerzas en la mar.* Cádiz: Imprenta de la viuda de Don J. Ibarra.
- (1795). *Ordenanzas que S.M. manda observar para la enseñanza de medicina práctica en las cátedras nuevamente establecidas en el Hospital general de Madrid con la denominación de Estudio Real de Medicina Práctica.* Madrid: Imprenta Real.
- (1799). *Reales Ordenes expedidas en el año de 1799 por la Primera Secretaria de Estado para la reunión del estudio y ejercicio de la Medicina y Cirugía, y erección de un Junta General de Gobierno de esta, facultad Reunida.* Madrid: Imprenta Real.
- (1801). *Real Cédula para la Observancia de las ordenanzas generales para el régimen escolástico y económico de los Reales Colegios de Cirugía y Gobierno de esta facultad en todo el Reino.* Madrid: Imprenta Real.
- (1801). *Reflexiones sobre la epidemia padecida en Cádiz y pueblos circunvecinos á fines del año de 1800: dirigidas á los profesores de Medicina por un amante del bien público.* Cádiz: En la Imprenta de don Pedro Gomez de Requena.
- (1804). *Real Cedula de S.M. y señores del Consejo en que se aprueban y mandan observar las ordenanzas generales formadas para el régimen escolástico y económico de los Reales Colegios de Cirugía , y gobierno de esta Facultad en todo el Reyno.* Barcelona: en la oficina de Juan Francisco Piferer.
- (1805). *Reglamento para gobierno del cuerpo de cirugia militar del exercito (sic).* Madrid: Imprenta Real.
- (1805). *Memoria sobre las disposiciones tomadas por el Gobierno para introducir en España el método de fumigar y purificar la armosfera de Guiton de Morveau, experimentos hechos con este motivo, y algunas otras noticias que prueban el poder desinfectante de los acidos minerales, y las oportunas providencias que ha*

dado el Excmo. Señor Generalísimo Príncipe de la Paz, con el fin de evitar los progresos del contagio de la fiebre amarilla, y su reproducción. Madrid: Imprenta Real.

(1807). *Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo por la qual se reduce el número de las Universidades literarias del Reyno se agregan las suprimidas a las que quedan según su localidad : y se manda observar en ellas el plan de estudios aprobado para la de Salamanca en la forma que se expresa.* Madrid: [s.n.].

(1809). *Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, por la qual se manda que todos los asuntos y providencias relativas al ramo de sanidad vuelvan a tener curso por la primera secretaría de Estado y Junta Suprema de Sanidad suprimida en el año de mil ochocientos cinco en la forma que se expresa.* Sevilla: Imprenta Real.

(1809). *Decreto sobre restablecimiento y convocatoria de Cortes expedido por la Junta Suprema gubernativa del Reino (“Consulta al país”)* (22 de mayo de 1809). Biblioteca Cervantes Virtual. Consultado online: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/decreto-sobre-restablecimiento-y-convocatoria-de-cortes-expedido-por-la-junta-suprema-gubernativa-del-reino-consulta-al-pais-22-de-mayo-de-1809--0/>

(1810). *Reglamento para el gobierno interior de las Cortes.* Cádiz: Imprenta Real

(1811). *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes generales y extraordinarias desde su instalación de 24 de setiembre de 1810 hasta igual fecha de 1811.* Cádiz: Imprenta Real.

(1811). *Carta segunda a Bonifacio sobre asunto diferente del representado a las Cortes por la Junta de Farmacia.* Cádiz: por Antonio de Murguía

(1811) *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias. Tomo I.* Cádiz. Imprenta Real.

(1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias, Tomo 2.* Cádiz, Imprenta Real.¹

(1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias, Tomo 3.* Cádiz: Imprenta Real.

(1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias, Tomo 4.* Cádiz: Imprenta Real.

(1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias, Tomo 5.* Cádiz: Imprenta Real.

(1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias, Tomo 6.* Cádiz: Imprenta Real.

(1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias , Tomo Séptimo.* Cádiz: Imprenta Real.

- (1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 8 Cádiz: Imprenta Real.
- (1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 9. Cádiz: Imprenta Real.
- (1811). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 10. Cádiz: Imprenta Real.
- (1812). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 11. Cádiz: Imprenta Real.
- (1812). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 12. Cádiz: Imprenta Real.
- (1812). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 14. Cádiz: Imprenta Real.
- (1812). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 15. Cádiz: Imprenta Real.
- (1812). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 16. Cádiz: Imprenta Real.
- (1813). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 18. Cádiz: Imprenta Real.
- (1813). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 19. Cádiz: Imprenta Real.
- (1813). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 20. Cádiz: Imprenta de D.Diego Campoy.
- (1813). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 21. Cádiz: Imprenta Real.
- (1813). *Diario de las Discusiones y Actas de las Cortes Generales y Extraordinarias*, Tomo 22. Cádiz: Imprenta de D.Diego Campoy.
- (1813). *Diario de las Actas y Sesiones Extra-ordinarias*, Tomo 23. Cádiz: Imprenta de D.Diego Campoy.
- (1811). *Carta segunda a Bonifacio sobre asunto diferente del representado a las Cortes por la Junta de Farmacia*. Cádiz: por Anto. de Murguía.
- (1812). *Constitución de la Monarquía Española. Promulgada en Cádiz a 19 de Marzo de 1812*. Cadiz: Imprenta Real.
- (1813). *Colección de los decretos y órdenes que han expedido las Cortes Generales y Extraordinarias desde 24 de febrero de 1813 hasta 14 de septiembre del mismo año*. Tomo IV. Cádiz. Imprenta Nacional.

- (1814). *Exposición de la comisión de la constitución militar, acompañado de los trabajos que se le pidieron*. Madrid: Imprenta de Repullés.
- (1814). *Dictamen y proyecto de decreto sobre el arreglo general de la enseñanza pública ; presentado a las Cortes por su Comisión de Instrucción Pública y mandados imprimir de orden*. Madrid: Cortes. Consultado online: [Memòria Digital de Catalunya: http://mdc.cbuc.cat/cdm/ref/collection/guerraInd/id/3862](http://mdc.cbuc.cat/cdm/ref/collection/guerraInd/id/3862)
- (1817). *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, quinta edición*. Madrid: Imprenta Real.
- (1820). *Memoria sobre la fiebre amarilla observada en España desde la entrada del presente siglo hasta el dia de hoy: en que se considera esta enfermedad como exótica, esencialmente contagiosa y trasportable por sus semilla á largas distancias*. Madrid: En la Imprenta de Villalpando.
- (1974). *Actas de las sesiones secretas de las Cortes Generales Extraordinarias de la nación española (...)*. Tomo único. Madrid: Imprenta de J. Antonio García.
- AMELLER, C.F. (1790). *El merito y el premio de al cirugia española. Oración inaugural que para la renovación de estudios del Real Coegio de Cirugia de Cadiz dixo Don Carlos Francisco Ameller*. Cadiz: D. Manuel Ximenez Carreño.
- AREJULA, J. (1806). *Breve descripcion de la fiebre amarilla padecida en Cádiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Málaga en 1803, y en esta misma plaza y varias otras del Reyno en 1804*. Madrid: Imprenta Real.
- _____. (1804). *Sucinta exposicion de la enfermedad contagiosa que reyna epidemicamente en esta plaza, sintomas con que se ha presentado y metodo curativo que hemos empleado* Granada : en la Imprenta de Moreno.
- ARGÜELLES, A. (1835). *Exámen histórico de la reforma constitucional que hicieron las Cortes generales y extraordinarias desde que se instalaron en la isla de León... hasta q. cerraron su Cádiz sus sesiones, I*. Londres: Woods hijo.
- BARON DE BOURGOING, J. F. (1788). *Nouveau voyage en Espagne, ou Tableau de l'état actuel de cette monarchie ...: Ouvrage dans lequel on a présenté avec impartialité tout ce qu'on peut dire de plus neuf, de plus avéré & de plus intéressant sur l'Espagne, depuis 1782 jusqu'à présent; avec u*. Paris: Chez Regnault.
- BERNARD, J., LEMAIRE, J.-F., & LACAN, A. (1995). *L'acte de naissance de la médecine moderne : la création des Ecoles de santé, Paris, 14 frimaire an III, 4 décembre 1794*. Le Plessis-Robinson (France: Synthélabo.
- BICHAT, X. (1807). *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte; traducidas al castellano de la segunda edicion francesa por Tomás García Suelto*. Madrid: Imp. de la Administracion del Real Arbitrio.
- _____. (1807). *Anatomía general aplicada á la fisiología y á la medicina. traducida del francés por Ramón Truxillo*. Tomos 1-4. Madrid: Imp. de la Hija de Ibarra.

- CABANELLAS, M. (1812). *Reglas para evitar en el presente año la reproduccion é importacion de la fiebre amarilla que destrozó á este pais en el pasado, ó su propagacion en el caso que aconteciese, sin que el.* Murcia: Teruel.
- CASTILLEJO, D. (1772). *Discurso que para la renovacion de los estudios dixo en el Real Colegio de Cirujia de Cadiz el dia 5 de octubre de 1771.* Cádiz: en la Imprenta Real de Marina de Don Manuel Espinosa de los Monteros.
- CHINCHILLA, A. (1848). *Anales históricos de la Medicina en general, y biográfico-bibliográfico de la Española en particular.* Vol. 3. Valencia: Imprenta de D. José Mateu Cervera.
- CIBAT, A. (1804). *Memoria sobre la calentura amarilla contagiosa: escrita en MDCCC, tiempo en que invadió a Cádiz y Sevilla .* Imprenta de Brusi y Ferrer.
- _____. (1805). *Memoria sobre la naturaleza del contagio de la fiebre amarilla, medios para precavernos de él y evitar que se haga endémico en nuestra España .* Imprenta de Brusí y Ferrer.
- CULLEN, W. (1800). *Nosology: Or, a Systematic Arrangement of Diseases, by Classes, Orders, Genera, and Species; ... and Outlines of the Systems of Sauvages, Linnæus, Vogel, Sagar, and Macbride. Translated from the Latin of William Cullen, ...* C. Stewart and Company.
- DE AREJULA, J. M. (1804). *Sucinta exposicion de la enfermedad contagiosa que reyna epidemicamente en esta plaza, sintomas con que se ha presentado y metodo curativo que hemos empleado.* por D. Luis de Carreras y Ramon.
- _____. (1806). *Breve descripcion de la fiebre amarilla padecida en Cadiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Malaga en 1803, y en esta misma plaza y varias otras del reyno en 1804.* Madrid: Imprenta Real.
- DE ARÉJULA, J. M., AMELLER, C. F., & COLL, J. A. (1811). *Copia del informe hecho por la comisión médica sobre la fiebre contagiosa que se padeció en Cádiz el año de 1810.* Cádiz: En la oficina de D. Nicolás Gomez de Requena.
- DE CASTRO, A. (1862). *Cádiz en la Guerra de la Independencia: cuadro histórico.* Cádiz: Revista Médica.
- DE FORONDA, V. (1801). DE FORONDA, V. (1801). *Cartas sobre la policia.* Madrid: Imprenta de Cano.
- DE GALLI, L. (1822). *Contestacion al informe inserto en los números III. y IV., tomo 2º, páginas 97 y 145 de las Décadas médico-quirúrgicas y farmacéuticas, ó sea justa vindicacion de los autores del Reglamento del Estudio reunido de medicina y cirugia.* Madrid: Imprenta de Fuentenebro.
- DE MARÍA, A. (1820). *Memoria sobre la epidemia de Andalucia el año de 1800 al 819.* Cádiz: en la imprenta de D. Antonio Murguia.
- DE SANTA MARÍA, J. (1811). *Al Congreso Augusto de las Cortes Generales y Extraordinarias de la Nación. Memoria sobre una reforma en la ciencia de la*

salud pública. Por el Dr- D. Juan de Santa María, Socio de mérito de la Real Academia Latina Matritense, y de la Sociedad Patriótica. Cádiz: Imprenta de Niel.

DE SAUVAGES, F. B., & DE LA CROIX, F. B. DE S. (1763). *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxtâ sydenhami mentem & botanicorum ordinem* . Sumptibus Fratrum de Tourne.

DE VILLALBA, J. (1802). *Epidemiologia española; o, Historia cronologica de la pestes, contagios, epidemias y epizootias: que han acaecido en España desde la venida de los cartagineses, hasta el año 1801, con noticia de algunas otras enfermedades de esta especie que han sufrido l.* Madrid: Mateo Repulles.

DE TIRTE AFUERA, R. (1811). *Diarrea de las imprentas. Memoria sobre la epidemia de este nombre, que reina actualmente en Cádiz, se describe su origen, sus síntomas, su índole perniciosa, su terminación, y su curación.* Cádiz: Viuda de Comes.

FLORES MORENO, F. (1812). *Reflexiones filosófico-medicas acerca de una proposición que se halla en la Memoria sobre la reforma en la ciencia de la salud publica presentadas por el Dr. en Cirugía D. Juan de Santa María.* Cádiz: Imp. Tormentaria

_____. (1813). *Ensayo médico-práctico sobre el tifus-icterodes, fiebre amarilla comunmente dicha, padecido en esta ciudad por los años de 1800, 804, 810 y 813* Cádiz: Imprenta Patriótica a cargo de D.R. Verges.

GARRIGA, J., & AGUIRRE, S. (1802). *Continuacion y suplemento del Prontuario de don Severo Aguirre: que comprehende las cédulas, resoluciones, &c. expedidas el año de 1801....* Madrid: se hallará en la librería se don Valentin Francés.

GONZÁLEZ DE RECONCO, M. M. (1813). *Dictamen que sobe la cuestión de si conviene o no, que los ejércitos y armada sean asistidos en todos casos por profesores que reúnan en sí las facultades de medicina y cirugía o profesores separados de cada una de ellas.* Oviedo: Oficina de Pedregal.

GONZÁLEZ Y CASAS, F. (1812). *Juicio recto de la memoria del Doctor Santa María, sobre una reforma en la ciencia de la salud pública.* Cádiz: Imprenta de D.Manuel Santiago de Quintana.

GONZÁLEZ, F. (1814). *Discurso médico-político sobre el estado de abandono en que se halla la práctica de la vacuna, y los medios que pudiéramos emplear en España para hacerla permanente, hasta la extinción del contagio de la viruela.* : en la imprenta de Sancha.

GONZÁLEZ, P. M. (1801). *Disertacion medica sobre la calentura maligna contagiosa que reynó en Cadiz el año de 1800, medios mas adecuados para preservarse de ella y de otras enfermedades contagiosas y pestilenciales.* por don Manuel Ximenez Carreño.

_____. (1805). *Tratado de las enfermedades de la gente de mar, en que se exponen sus causas y los medios de precaverlas.* Madrid: Impr. Real.

- GRAELLS, I. (1814). *Proyecto dirigido a promover los adelantamientos de la medicina y mejorar la suerte de sus profesores, igualmente que la de los enfermos...* Madrid: Imprenta que fue de Fuentenebro.
- HERMOSILLA MOLINA, A. (1978). *Epidemia de fiebre amarilla en Sevilla en el año 1800*. Sevilla: Talleres gráficos Oiga.
- HERNÁNDEZ MOREJÓN, A. (1814). *Suplemento á la sentencia contra el juicio imparcial sobre la reunion de la medicina con la cirugía en los profesores del ejército*. Imprenta Patriótica, á cargo de Florentino Lopez.
- HERNÁNDEZ MOREJÓN, A., CANAL Y GABUTI, M., GUERRA, F., & GÓMEZ DE REQUENA, P. (1801). *Reflexiones sobre la epidemia padecida en Cádiz y pueblos circunvecinos á fines del año de 1800: dirigidas á los profesores de Medicina por un amante del bien público*. Cádiz: En la Imprenta de don Pedro Gomez de Requena.
- HERNANDEZ, A. (1812). *Pensamiento de policia médica para extinguir el contacto de la fiebre amarilla*. Ramon Puchol.
- JUNOY, F. (1813). *Carta o reflexiones: dirigida á su discipulo N. N. acerca los pensamientos del Doctor Don Francisco Salva y Campillo relativos al mejor arreglo del arte de curar*. Barcelona: Juan Dorca.
- LAVEDAN, A. (1802). *Tratado de las enfermedades epidémicas, pútridas, malignas, contagiosas y pestilentes. [Historia de la peste; en la qual se ha añadido la peste de Atenas, de Marsella y la de Egipto ...]*. Volume 1. Cádiz: Imprenta Real.
- MARTINEZ, M. S. (1791). *Librería de jueces, utilísima y universal para abogados, alcaldes mayores y ordinarios, corregidores ...: tomo I, en que por exposicion universal ... se explican todas las qüestionés prácticas y leyes reales ..., sus diferencias y materias de Crímen, Indu*. Madrid: Imprenta de Benito Cano.
- MELLADO, B. (1811). *Historia de la epidemia padecida en Cádiz el año de 1810, y providencias tomadas para su extinción por las Juntas de Sanidad suprema del Reyno y su superior de esta ciudad: ideas generales de la fiebre amarilla que tienden á fixar su verdadero carácter á*. Cádiz: en la imprenta de Josef Niel.
- MENDOZA, J. (1804). *Historia del caracter, sintomas y metodo curativo y preservativo de la enfermedad contagiosa que se experimenta en la actualidad en esta ciudad de Cordoba*. Córdoba: en la Imprenta Real de Don Rafael García Rodríguez y Cuenca.
- MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene pública o Arte de conservar la salud de los pueblos*. Tomo III, Segunda edición. Madrid: Imprenta y esteriotipia de M. Rivadeneyra.
- MOREJÓN, A. H. (1813). *Juicio imparcial sobre la reunion de la medicina con la cirugía y relaciones con la farmacia con entrambas*. Valencia: por los Yernos de José Estévan.

- REAL PONTIFICIA UNIVERSIDAD DE CERVERA. (1813). *Algunas reflexiones a los señores de la Comision de la Constitucion Militar sobre la reunion del exercicio de la medicina y cirugia*. Cervera: Oficina de la Real y Pontificia Universidad, por Sigismundo Bou y Baranera.
- RECIO DE TIRTE AFUERA, P. (1811). *Diarrea de las imprentas. Memoria sobre la epidemia de este nombre, que reina actualmente en Cádiz, se describe su origen, sus síntomas, su índole pernicioso, su terminación, y su curación*. Cádiz, Viuda de Comes.
- RIEGA, B. (1817). *Reglamento interno de Sanidad para el gobierno y dirección del lazareto de Mahón*. Mahón: Imprenta de Pedro Antonio Serra.
- RIGAL, S. J. (1812). *Apología de la memoria presentada al Augusto Congreso de las Cortes por el Dr. Santa María, sobre una reforma en la ciencia de la salud pública. la que ha sido impugnada por el Dr. D. Francisco Florez Moreno, medico honorario de cámara de S.M. &c. y por e*. Cádiz: Imprenta de D.Manuel Bosch.
- RODRÍGUEZ, M. (1813). *Lazareto de Mahón: o memoria descriptiva de sus obras, reflexiones críticas sobre su estado actual y proyecto para que sea general y el puerto franco en beneficio del comercio mediterráneo, que por lo que puede convenir antes de arreglarse el ramo de sanidad, dedica al poder legislativo*. Maón: en la Imprenta de Pedro Antoio Serra.
- _____. (1813). *Carta de un facultativo a un militar del primer Ejército*. Vich: Imprenta del Ejército.
- _____. (1813). *Adición oficial a la Carta de un facultativo a un militar—respondiendo afirmativamente a la cuestión sobre si conviene o no que en el ejército y la armada*. Mahón: Serra
- SALAMANCA, J. (1822). *Observaciones médicas, sobre el contagio de la fiebre amarilla : y su introduccion en esta ciudad en varias épocas, desde el año de 1800 hasta el pasado de 21*. Granada: Impreso por don Francisco de Benavides.
- SALINAS Y GUTIERREZ, V. (1816). *Prophylaxis trabajos hechos en la plaza de Gibraltar para precaverse de la fiebre amarilla*. Sevilla: Imprenta de Aragon.
- SALVÁ Y CAMPILLO, F. (1812). *Pensamientos del Dr. Don Francisco Salvá y Campillo sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar*. Mallorca: Oficina de Antonio Brusi.
- _____. (1813). *Suplemento a los pensamientos sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar*. Barcelona: Oficina de Manuel Texéro.
- SAN GERMÁN, A. (1812). *La cirugía vindicada: carta del D.D. Antonio de San-Germán ... al D.D. Francisco Salvá y Campillo*. Barcelona: Imprenta de Juan Dorca.
- TISSOT, S. A. A. D. (1767). *Avis aux gens de lettres et aux personnes sédentaires sur leur santé, traduit du latin de M. Tissot...* Paris: J.-T. Hérissant fils.

- TISSOT, C.-J. (1798). *Del influxo de las pasiones del alma en las enfermedades y de los medios propios para corregir sus malos efectos*. Madrid: por Cano.
- TOURTELLE, É. (1815). *Elémens d'hygiène ou De l'influence des choses physiques et morales sur l'homme, et des moyens de conserver la santé*. Vol. 1. Rémont.
- TOWNSEND, J. (1791). *A journey through Spain in the years 1786 and 1787 ... and remarks in passing through a part of France*. Londres: C.Dilly.
- RODRIGUEZ VALDÉS, A.. & CANAL Y GABUTI,M. (1819). *Para corresponder esta Junta Superior de Sanidad á las diferentes solicitudes que se le hacen, ... ha acordado se imprima y circule el que la Real Comisión Médica de Consultores comprendió en su sabio dictámen dado en 31 de Diciembre de 1810 sobre la enfermedad conocida con el nombre de fiebre amarilla*. Cádiz : s. n.
- SAUVAGES, F. B. DE, & CROIX, F. B. DE S. DE LA. (1763). *Nosologia methodica sistens morborum classes, genera et species, juxtà sydenhami mentem & botanicorum ordinem* (Google eBook). sumptibus Fratrum de Tourne.
- VALDÉS, A. R. (1819). *Para corresponder esta Junta Superior de Sanidad á las diferentes solicitudes que se le hacen,... ha acordado se imprima y circule el que la Real Comisión Médica de Consultores comprendió en su sabio dictámen dado en 31 de Diciembre de 1810 sobre la enfermedad conocida con el nombre de fiebre amarilla*. Cádiz: s.n.
- VILLALBA, J. DE. (1802). *Epidemiología española; o, Historia cronologica de la pestes, contagios, epidemias y epizootias: que han acaecido en España desde la venida de los cartagineses, hasta el año 1801, con noticia de algunas otras enfermedades de esta especie que han sufrido l*. Madrid: Mateo Repulles.
- VILLANUEVA, J. L. (1860). *Mi viaje á las Córtes*. Madrid: Imprenta Nacional.

C. PUBLICACIONES PERIÓDICAS

- *El Conciso*. Del número XXI del 2 de octubre de 1810 al número 23 del 3 de diciembre de 1813
- *El Redactor General*. Del número 1 del 15 de junio de 1811 al número 898 del 29 de noviembre de 1813
- El Diario Mercantil de Cádiz números del martes 6 al sábado 10 de noviembre de 1810, número del miércoles 25 de diciembre de 1811, número 65 del jueves 5 de marzo de 1812, número 162 del miércoles 20 de junio de 1812
- New York Daily Tribune, 27 octubre 1854.

D. BIBLIOGRAFÍA

ABRAMS, J. E. (2013). *Revolutionary Medicine: The Founding Fathers and Mothers in Sickness and in Health*. Nueva York: NYU Press.

ACKERKNECHT, E. H. (1948). "Anticontagionism between 1821 and 1867". *Bulletin of the History of Medicine*, 22, 562–93.

_____. (1967). *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

ADDY, G. (1966). *The Enlightenment in the University of Salamanca*. Durham N.C.: Duke University Press.

AGUILAR PIÑAL, F. (2002). *Bibliografía de autores españoles del siglo XVIII*. Madrid: CSIC.

ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1973). La profesión médica ante la sociedad española del siglo XIX. *Asclepio*, 25, 303–316.

ALCABES, P. (2010). *Dread: How Fear and Fantasy Have Fueled Epidemics from the Black Death to Avian Flu*. USA: PublicAffairs.

ALCAIDE GONZÁLEZ, R. (1999). "La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX: Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social". *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (3), 50.

_____. (1999). "Las publicaciones sobre higienismo en España durante el período 1736-1939: Un estudio bibliométrico". *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Facultad de Geografía e Historia.

- ALCALÁ GALIANO, A. (1931). *Recuerdos de un anciano*. Madrid: Imprenta de los Suc.de Hernando, Quintana.
- ALGUACIL PRIETO, M. (1996). *El Diario de sesiones del Congreso de los Diputados (1810-1977)*. Madrid: Congreso de los Diputados Departamento de Publicaciones.
- ALONSO DE ANTONIO, Á. L. (1991). “Repertorio bibliográfico sobre comisiones parlamentarias y diputación permanente”. *Revista de Derecho Político*, (33), 303–362.
- ALVAREZ-COCA GONZÁLEZ, M. J. (2012). “Invasión francesa, gobierno intruso. Los fondos de la Guerra de la Independencia en el Archivo Histórico Nacional”. *Cuadernos de historia moderna*, (37), 201–255.
- ÁLVAREZ JUNCO, J., DE LA FUENTE MONGE, G., & DE CÁDIZ, A. DE LA P. (2009). *El Nacimiento del periodismo político: la libertad de imprenta en las Cortes de Cádiz, 1810-1814*. Madrid: Ediciones APM.
- AMADOR FERNÁNDEZ, M. A. (2013). “La salud pública almendralejense en el tiempo de las Cortes de Cádiz”. In *Actas de las IV Jornadas de Historia de Almendralejo y Tierra de Barros* (pp. 133–150). Almendralejo: Asociación Histórica de Almendralejo.
- ARAQUE HONTANGAS, N. (2013). *Manuel José Quintana y la instrucción pública*. Madrid: Dykinson.
- _____ (2009). “La educación en la constitución de 1812: antecedentes y consecuencias”. *Revista de La Facultad de Ciencias Sociales Y Jurídicas de Elche, V*(Número Especial), 1–21.
- ARQUIOLA, E., & MONTIEL, L. (1993). *La corona de las ciencias naturales: la medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*. Madrid: CSIC.
- ARRIZABALAGA VALBUENA, J. (1986). “Las repercusiones demográficas en la epidemia de cólera de 1855 en Guipúzcoa: el caso de Oñate”. *Actas del III Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias : San Sebastián, 1 al 6 de octubre de 1984*. Guipuzcoa: Editorial Guipuzcoana.
- _____ (1996). “La construcció de la SIDA: de la ‘pesta dels gais’ a la malaltia dels ‘altres’”. *Actes de les III trobades d’historia de la ciència i de la tècnica : (Tarragona, 7-9 desembre 1994)*. Barcelona: Societat Catalana d’Història de la Ciència i de la Tècnica.
- _____ (1998). “Discurso y práctica médicos frente a la peste en la Europa Bajomedieval y Moderna”. *Revista de historia moderna: Anales de la Universidad de Alicante* 17, 11–20.
- _____ (2002). “La enfermedad y la asistencia hospitalaria”. In *Historia de la ciencia y de la técnica en la corona de Castilla* (pp. 603–629). Valladolid: Consejería de Educación y Cultura.

- ARTOLA, M. (1975). *Los orígenes de la España contemporánea*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.
- _____. (1991). *Las Cortes de Cadiz*. Madrid: Marcial Pons.
- _____. (1990). *La burguesía revolucionaria (1808-1874)*. Madrid: Alianza Editorial.
- ARTOLA, M. Y FLAQUER, R. (2008). *La Constitución de Cádiz de 1812*. Madrid: Iustel
- ASTRAIN GALLART, M. (1992). *La Medicina del Mar. Sanitarios y Sanidad al servicio del rey: de Utrech a Trafalgar (1712-1805)*. Madrid: Universidad Complutense.
- _____. (1995). “Profesionales de la Marina, profesionales del Estado. La aportación del Cuerpo de Cirujanos de la Armada al proceso de profesionalización de la cirugía del setecientos (1703.1791)”. In BALAGUER, E., & GIMÉNEZ, E. (Eds.). *Ejército, Ciencia y Sociedad en la España del Antiguo Régimen* (pp. 513–532). Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil- Albert.
- _____. (1996). *Barberos, cirujanos y gente de mar : la sanidad naval y la profesión quirúrgica en la España ilustrada*. Madrid, España: Ministerio de Defensa.
- BAHAMONDE MAGRO, Á., & MARTÍNEZ, J. A. (1994). *Historia de España. Siglo XIX*. Madrid: Cátedra.
- BARONA VILAR, C. (2010). *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*. Valencia: Universitat de València.
- BARONA VILAR, J. (1992). *La doctrina y el laboratorio : fisiología y experimentación en la sociedad española del siglo XIX*. Madrid: CSIC.
- BARONA VILAR, J. L., & BERNABEU-MESTRE, J. (2011). *La salud y el Estado: El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia: Universitat de València.
- BARREIRO FERNÁNDEZ, R. (2003). *Historia de la Universidad de Santiago de Compostela*. Vol. 2. Santiago de Compostela: Univ Santiago de Compostela.
- BARRIOS, J. A. (2013). “Aspectos estadísticos y de demografía sanitaria en la bahía de Cádiz a partir de siglo XIX”. In BLANCO VILLERO, J. M. & GARCÍA CUBILLANA DE LA CRUZ, J. M. (Eds.), *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: crónica sanitaria de un bicentenario* (pp. 43–66). Cádiz: Servicio de Publicaciones.
- BERNABEU-MESTRE, J. (1991). “El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana”. In *Actas del II Congreso de la Asociación de Demografía Histórica, Alicante* (Vol. 5, pp. 27–46). Valencia: Seminari d’Estudis sobre la Ciència.
- _____. (1992). “Fuentes para el estudio de la mortalidad en la España del siglo XIX”. *Estadísticas Demográfico-Sanitarias*, 27–44.

- _____. (1995). “Enfermedad y población: introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica”. Valencia: Seminari d’Estudis sobre la Ciència.
- _____. (2007). “Estadística y salud pública: el argumento del método numérico”. *Gaceta Sanitaria*, 21(5), 416–417.
- BERNANEU MESTRE, J., ESPLUGUES I PELLICER, J., & ROBLES GONZÁLEZ, E. (1997). *Higiene i salubritat en els municipis valencians*. Benissa: Institut d’Estudis Comarcals de la Marina Alta.
- BERRIDGE, V., & STRONG, P. (2002). *AIDS and Contemporary History*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BERTOMEU SÁNCHEZ, J. R. (1996). *La actividad científica en España bajo el reinado de José I (1808- 1813)*. Valencia: Universitat de València.
- _____. (1996). “La colaboración de los cultivadores de la ciencia españoles con el gobierno de José I (1808-1813)”. In GIL NOVALES, A. (Ed.), *Ciencia e independencia política* (pp. 175–213). Madrid: Ediciones el Orto
- _____. (1994). “Los cultivadores de la ciencia españoles y el gobierno de José I (1808- 1813). Un estudio prosopográfico”. *Asclepio*, 46(1), 125–156.
- _____. (1994). “La censura gubernativa de libros científicos durante el reinado de José I en España (1808-1813)”. *Hispania*, 54(188), 917–954.
- _____. (2001). “Tres proyectos de creación de instituciones científicas durante el reinado de José I: Un estudio sobre la transmisión de la ciencia en el marco de la Guerra de la Independencia”. In ARMILLAS, J. A. (Ed.), *La Guerra de la Independencia. Estudios* (pp. 301–325). Zaragoza: Diputación.
- _____. (2009). “Ciencia y política durante el reinado de José I (1808-1813): El proyecto de Real Museo De Historia Natural”. *Hispania*, LXIX(233), 769–792.
- BLANCO NÚÑEZ, J. M. (2009). “La Marina de la Ilustración y Cádiz”. In CANTOS CASENAVE, M. (Ed.). *Estudios superiores en Cádiz desde 1748: Armada e Ilustración* (pp. 53–72). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- BLASCO MARTÍNEZ, L. (2002). *Higiene y sanidad en España al final del Antiguo Régimen*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- BLANCO VALDÉS, R. (1988). *Rey, Cortes y fuerzas armadas en los orígenes de la España liberal, 1808-1823*. Valencia: Siglo XXI, Institució Valenciana d’Estudis i Investigació.
- BLANCO VILLERO, J. M., & GARCÍA CUBILLANA DE LA CRUZ, J. M. (2013). *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: crónica sanitaria de un bicentenario*. Madrid: Silex.

BONASTRA TOLÓS, Q. (2006). *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del Lazareto*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

_____. (2010). “El largo camino hacia Mahón. La creación de la red cuarentenaria española en el siglo XVIII”. In *Modernidad, ciudadanía, desviaciones y desigualdades: por un análisis comparativo de las dificultades del paso a la modernidad ciudadana* (pp. 453–472). Barcelona: Servicio de Publicaciones de la Universitat de Barcelona.

_____. (2000). “Innovación y evolución de las concepciones sobre el contagio y las cuarentenas en la España del siglo XIX: Reflexiones acerca de un problema sanitario, económico y social”. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, (4), 35.

_____. (2006, July 27). *Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del Lazareto*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

_____. (2008). “The origins of the pavilion lazaretto: Quarantine architecture between the 18th and 19th centuries”. *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 60(1), 237–266.

_____. (2010). “Recintos sanitarios y espacios de control: un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, (30), 17–40.

BRINES I BLASCO, J. (1978). “Reforma agraria y desamortización en la España del siglo XIX”. *Estudis: Revista de historia moderna*, (7), 125–154.

BROCKLISS, L., & ROGERS, R. (1989). “L’enseignement médical et la Révolution: essai de réévaluation”. *Histoire de L’éducation*, 79–110.

BURKE, M. (1977). *The Royal College of San Carlos : surgery and Spanish medical reform in the late eighteenth century*. Durham N.C.: Duke University Press.

BUSTOS RODRÍGUEZ, M. (1983). *Los cirujanos del Real Colegio de cirugía de la ilustración (1748-1796)*. Cádiz: Servicio de publicaciones de la universidad de Cádiz

_____. (1991). *Historia de Cádiz. vol. II, Cádiz en los siglos decisivos, XVI, XVII, XVIII*. Madrid: Sílex.

_____. (2005). *Cádiz en el sistema atlántico : la ciudad, sus comerciantes y la actividad mercantil (1650-1830)*. Cádiz/Madrid: Universidad de Cádiz Servicio de Publicaciones/Sílex.

BYNUM, W. F. (1981). “Cullen and the study of fevers in Britain, 1760–1820”. *Medical History*, 25(S1), 135–147.

CAMPOS DÍEZ, M. S. (1999). *El Real Tribunal del protomedicato castellano, siglos XIV-XIX*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.

- CANALES, E. (2002). “El impacto demográfico de la Guerra de la Independencia”. In *Enfrontaments civils: postguerras i reconstrucció* (pp. 211–230). Lleida: Universidad de Lleida, Pagès editors.
- CAÑEDO RODRÍGUEZ, M. (2012). “La ciudad medicalizada: epidemias, doctores y barrios bajos en el Madrid moderno”. *Journal of Spanish Cultural Studies*, 13(4), 372–407.
- CAPEL, H. (1983). *Ciencia para la burguesía: renovación pedagógica y enseñanza de la geografía en la revolución liberal española, 1814-1857*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.
- CARASA SOTO, P. (1985). *El sistema hospitalario español en el siglo XIX: de la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid/Salamanca: Universidad de Valladolid Secretariado de Publicaciones/Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca.
- CARDONA, Á. (2003). “Las ideas sobre salud pública de los dirigentes liberales españoles en las Cortes de Cádiz (1810-1814)” *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 21(2), 63–71.
- _____. (2005). *La salud pública en España durante el trienio liberal, 1820-1923*. Madrid: CSIC.
- CARLYLE, T. (1993). *On heroes, hero-worship, and the heroic in history*. Vol. 1. University of California Press.
- CARRILLO, J. L., PERELLÓ, P. R., & GAGO, R. (1977). “La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (JM Aréjula et MJ Cabanellas). (L’introductio en Espagne des hypothèses miasmaticques et des pratiques fumigatoires. Histoire d’une polémique)”. *Medicina Y Historia Barcelona*, (67), 7–26.
- CARRILLO, J. L., & BALLESTER, L. G. (1980). *Enfermedad y sociedad en la Málaga de los siglos XVIII y XIX: La fiebre amarilla (1741-1821)*. Málaga: Universidad de Málaga.
- CARROLL, P. (2006). *Science, Culture, and Modern State Formation*. Los Ángeles/Londres: University of California Press.
- CASCO SOLÍS, J. (2001). “Las topografías médicas: revisión y cronología”. *Asclepio*, 53(1), 213–244.
- CASENAVE, M. C. (2008). “Las mujeres en la prensa entre la Ilustración y el Romanticismo”. In *La guerra de pluma: Estudios sobre la prensa de Cádiz en la tiempo de las Cortes (1810-1814)* (pp. 161–336). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- CASTELLANOS, J. (1998). *La Medicina en el siglo XX: estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.

- CASTRO ALFÍN, D. (1986). “Los ideólogos en España: la recepción de Destutt de Tracy y de Volney” *Estudios de historia social*, (36), 337–343.
- CASTRO, A. DE. (1862). *Cádiz en la Guerra de la Independencia: cuadro histórico*. Cádiz: Revista Médica.
- CERCO SIEIRA, C. (2005). “Epidemias y derecho administrativo. Las posibles respuestas de la Administración en situaciones de grave riesgo sanitario para la población”. *DS : Derecho y salud*, 13(2), 211–256.
- CHRISTELLE, R. (2010). “Une révolution médicale? Dynamiques des professions de santé entre Révolution et Empire”. *Annales Historiques de La Révolution Française*, (3), 141–159.
- CIPOLLA, C. (1979). *Faith, reason, and the plague : a Tuscan story of the seventeenth century*. Brighton Sussex: Harvester Press.
- CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925). *Historia del Cuerpo de Sanidad Militar de la Armada: génesis, perspectiva de siglos, ruta de libertad, sus celebridades*. San Fernando: Tipografía de Fernando Espín Peña.
- CLERC, J. C. A. (1894). *Campagne du maréchal Soult dans les Pyrénées occidentales en 1813-1814, d'après les archives françaises, anglaises et espagnoles*. Librairie militaire de L. Baudoin.
- COLEMAN, W. (1987). *Yellow fever in the North : the methods of early epidemiology*. Madison: University of Wisconsin Press.
- COOTER, R. (2013). “Anticontagionism and History’s Medical Record”. In R. COOTER (Ed.), *Writing history in the age of biomedicine* (pp. 41–63). New Haven : Yale University Press,.
- CORBIN, A. (1982). *Le miasme et la jonquille : l'odorat et l'imaginaire social XVIIIe-XIXe siècles*. Paris: Aubier Montaigne.
- CORFIELD, P. J. (2012). *Power and the Professions in Britain 1700-1850*. Londres: Routledge.
- CUENCA TORIBIO, J.M. (2012), “En los orígenes de la Historia peninsular contemporánea; Ejército y liberalismo”, *Revista de Derecho Político* (83), 293-308.
- CUETO, M., & PALMER, S. P. (2015). *Medicine and public health in Latin America : a history*. USA: Cambridge University Press.
- DANÓN, J. (1976). “Notas Biográficas, VII Carlos Nogués (1752-1817)”. *Medicina E Historia*, 57, 3 – 4.
- DE CADENAS Y VICENT, V. (1985). *Extracto de Los Expedientes de la Orden de Carlos Iii. 1771-1847*. TomoVIII. Madrid: Hidalguia.
- DE CASTRO, C. (1979). *La Revolución liberal y los municipios españoles (1812-1868)*. Madrid: Alianza.

- DE DIEGO GARCÍA, E. (2002). “La “Orgánica” de las Cortes 1810-1813”. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24, 23–40.
- DE DIOS, S. DE D. (1986). *Fuentes para el estudio del Consejo Real de Castilla*. Salamanca: Diputación de Salamanca.
- DE ENTERRÍA, E. G. (1981). *Revolución francesa y administración contemporánea y la formación del sistema municipal francés contemporáneo*. Madrid: Taurus.
- DE MIGUEL, A. (1976). “La profesión médica en España”. *Papers: Revista de Sociologia*, 5, 147–182.
- DE MIGUEL, J. M. (1982). “Para un análisis sociológico de la profesión médica”. *Reis*, 101–120.
- DEL OLMO, R. G. (1994). *Una biblioteca ilustrada gaditana: los fondos bibliográficos humanísticos del Real Colegio de Cirugía de la Armada*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- DURÁN LÓPEZ, F. (2007). “Prensa y Parlamentarismo en Cádiz en el primer año de las Cortes: El Conciso (septiembre de 1810-agosto de 1811)”. *El Argonauta Español. Revue Bilingue, Franco-Espagnole, D’histoire Moderne et Contemporaine Consacrée À L’étude de La Presse Espagnole de Ses Origines À Nos Jours (XVIIe-XXIe Siècles)*, (4). Consultado online: <http://argonauta.revues.org/1296>.
- _____. (2008). “Diputados de papel: la información parlamentaria en la prensa en la etapa constituyente (septiembre de 1810-marzo de 1812)”. In CANTOS CASENAVE, M., DURÁN LÓPEZ F., & ROMERO FERRER, A. (Eds.), *La guerra de pluma: Estudios sobre la prensa de Cádiz en la tiempo de las Cortes (1810-1814)* (pp. 37–286). Cádiz: Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz.
- ELLIS, J. H. (1992). *Yellow Fever and Public Health in the New South*. Kentucky: University Press of kentucky.
- ENTRAMBASAGUAS, J. L. L. DE, & SALINAS, S. B. (2001). *La Facultad de Cánones de la Universidad de Cervera: s. XVIII-XIX*. Universitat de Barcelona.
- ESCUADERO LÓPEZ, J. A. (2003). “Los orígenes del municipio constitucional”. *Estudios de Deusto: revista de la Universidad de Deusto*, 51(1), 155–168.
- FERNANDEZ SARASOLA, I. (2011). *La Constitución de Cádiz. Origen, contenido y proyección internacional*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- FERRER, D. (1983). *Historia del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- FERRER, D., & PONS, A. P. (1962). *Un siglo de cirugía en España: (Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz)*. Barcelona: Pentágono.

- FOLGUERA, M. DEL C. C. (1988). *La reforma sanitaria en la España ilustrada*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- FONTANA, J., & GARRABOU, R. (1986). *Guerra y hacienda: la hacienda del gobierno central en los años de la guerra de la independencia, (1808-1814)*. Alicante: Instituto Juan Gil-Albert.
- FOUCAULT, M. (1963). *Naissance de la clinique une archéologie du regard médical*. Paris: Presses universitaires de France.
- _____. (1966). *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. París: Gallimard.
- FRASER, R. (2006). *La maldita guerra de España: historia social de la guerra de la Independencia, 1808-1814*. Barcelona: Crítica
- FREIDSON, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- FRÍAS NÚÑEZ, M. (1992). *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del antiguo régimen: Nueva Granada en el tránsito del siglo XVIII al XIX, las epidemias de viruelas*. Madrid: CSIC.
- FRÍAS NÚÑEZ, M., & HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2012). “La sanidad y los espacios marítimos. Entre la Ilustración y la España liberal”. In GARCÍA HURTADO, M. R. (Ed.), *La Armada en el siglo XVIII. Ciencia, hombres y barcos* (pp. 49–65). Madrid: Sílex.
- FUENTE, V. (1975). *Historia de las universidades, colegios y demas establecimientos de enseñanza en España*. Madrid: Imprenta de la viuda e hija de Fuentenebro.
- GALERA GÓMEZ, A. (1988). *La Ilustración Española y el conocimiento del Nuevo Mundo: Las ciencias naturales en la expedición Malaspina(1789-1794): La labor científica de Antonio Pineda*. Vol. 5. Madrid: CSIC.
- GALLEGO ANABITARTE, A. (1971). *Ley y Reglamento en el Derecho Público Occidental*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos
- _____. (1991) “España 1812: Cádiz, Estado unitario, en perspectiva histórica”, *Ayer* (1), 125-166.
- GARCÍA BALLESTER, L., & CARRILLO, L. (1974). “Un ejemplo de represión de la ciencia en nla España absolutista: la suspensión del capítulo 15 de la Breve descripción de la fiebre amarilla (1806), de J. M. Aréjula”. *Revista de Occidente*. Fundación José Ortega y Gasset.
- GARCÍA-BAQUERO GONZÁLEZ, A. (1976). *Cadiz y el Atlantico (1717-1778): el comercio colonial español bajo el monopolio gaditano. T.1 T.1*. Sevilla: Escuela de Estudios Hispano-Americanos de Sevilla.

- GARCÍA DE LA RASILLA ORTEGA, M.C., (1987). “El Montepío Militar. La asistencia Social en el ejército de la segunda mitad del siglo XVIII” *Revista de Historia Militar*, 1987. Núm.31(63).
- GARRIGA, C. (1995). “Constitución, ley, reglamento: el nacimiento de la potestad reglamentaria en España (1810-1814, 1820-1823)”, *Anuario de Historia del Derecho Español* (LXV), 449-532.
- GEISON, G. (1984). *Professions and the French state, 1700-1900*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- GESTIDO DEL OLMO, R. (1994). *Una biblioteca ilustrada gaditana: los fondos bibliográficos humanísticos del Real Colegio de Cirugía de la Armada*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- GIMÉNEZ LÓPEZ, E. (1994). “El debate civilismo-militarismo y el régimen de Nueva Planta en la España del siglo XVIII”. *Cuadernos de historia moderna*, (15), 41–76.
- GÓMEZ DE ENTERRÍA SÁNCHEZ, J. (2013). “La renovación de la ciencia en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz hasta 1812 y su influencia en el vocabulario especializado”. In *Hacia 1812 desde el siglo ilustrado: actas del V Congreso Internacional de la Sociedad Española de Estudios del Siglo XVIII* (pp. 293–308).
- GONZÁLEZ ALONSO, B. (1988). “El fortalecimiento del Estado borbónico y las reformas administrativas”. In *Carlos III y la Ilustración* (pp. 83–96). Madrid: Ministerio de Cultura.
- GONZÁLEZ CASTAÑO, J. (2006). “La fiebre amarilla del año 1812 en el Reino de Murcia vista por un médico francés”. In *Homenaje al académico José Antonio Molina Sánchez* (pp. 253–259). Murcia: Real Academia Alfonso X el Sabio.
- GONZÁLEZ LEONOR, M. DEL C., & MARTÍN DEL CASTILLO, J. M. (2013). “La materia sanitaria en las Cortes de Cádiz”. *Beresit: Revista Interdisciplinar científico-humana*, (10), 387–407.
- GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: CSIC.
- _____. (1999). *Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico*. Madrid: Catriel.
- GRACIA GUILLÉN, D. M. (1980). “Ideología y ciencia clínica en la España de la primera mitad del siglo XIX”. *Estudios de historia social*, (12), 229–243.
- GRACIA RIVAS, M. (2006). “La sanidad naval española: de Lepanto a Trafalgar”. *Cuadernos de Historia Moderna. Anejos*, (5), 167–185.
- _____. (2006). “La situación sanitaria durante la época de entreguerras”. *Cuadernos Monográficos Del Instituto de Historia Y Cultura Naval*, 51, 57–71.

- GRANJEL, M. (1983). *Pedro Felipe Monlau y la higiene española del siglo XIX*. Salamanca: Universidad, Cátedra de Historia de la Medicina.
- HAMLIN, C. (1998). *Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain, 1800-1854*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- HARRISON, M. (2006). “Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century”. *Journal of Global History*, 1(02), 197–217.
- _____. (2010). *Medicine in an age of Commerce and Empire: Britain and its Tropical Colonies 1660-1830*. Oxford: OUP Oxford.
- _____. (2012). *Contagion: how commerce has spread disease*. New Haven: Yale University Press.
- HERMOSILLA MOLINA, A. (1978). *Epidemia de fiebre amarilla en Sevilla en el año 1800*. Sevilla: Talleres.
- HERNÁNDEZ DÍAZ, J. M. (2011). *Francia en la educación de la España contemporánea (1808-2008)*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2013). “La cuestión sanitaria en el contexto expedicionario: El viaje de circunnavegación de Alejandro Malaspina (1789-1794)”. In B. Cava Mesa (Eds.) *América en la memoria: conmemoraciones y reencuentros* (vol. 1, pp. 295—311). Bilbalo. Universidad de Deusto.
- HERNÁNDEZ VILLALBA, P. (2014). “La sanidad pública y la influencia de la fiebre amarilla en torno al debate constitucional de 1812”. *Revista de historiografía (RevHisto)*, (20), 59–74.
- HERRERO FERNÁNDEZ-QUESADA, M. (2008). *Fondos documentales de la Guerra de la Independencia en la colección general de documentos y su apéndice (Colección Cárdenas-Mexía del Archivo General Militar de Madrid)*. Madrid: Ministerio de Defensa.
- HOCQUELLET, R. (2008). *Resistencia y revolución durante la Guerra de la Independencia del levantamiento patriótico a la soberanía nacional*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1993). “El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas”. *Asclepio*, XLV(1), 89–122.
- _____. (1994). “Salud pública en la España contemporánea. Introducción”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 14, 17–21
- _____. (1995). “Organización sanitaria y crisis social en España: la discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX”. Madrid: Fundación de investigaciones Marxistas, D.L.

- _____. (2002). *Organizar y persuadir: estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*. Madrid: Freenia SC.
- HUERTAS, R. (2000). "Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la IIª República". *Revista Española de Salud Pública*, 74(mon),
- HUETZ DE LEMPS, X. (1997). "Population indigènes et maladies nouvelles au moment de la découverte". In C. Buchet (Ed.), *L'Homme, la santé et la mer* (pp. 231–251). París: H. Champion.
- CASTELLÀ I PUJOLS, M. B. (2012). "Los actores del parlamento detrás del escenario: el control del debate parlamentario desde la oscuridad de oficinas, comités y comisiones (Francia, 1789-1793)". In D. Repeto García (Ed.), *Las Cortes de Cádiz y la Historia Parlamentaria [Recursos electrónico]*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- CORSI, P. (2005). "After the Revolution: Scientific language and French Politics, 1795-1802". In *The Practice of Reform in Health, Medicine, and Science, 1500-2000. Essays for Charles Webster* (pp. 223-245). Ashgate.
- IBORRA, P., RIERA PALMERO, J., & GRANDA JUESAS, J. (1987). *Historia del protomedicato en España (1477-1822)*. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones.
- IGLESIAS RODRÍGUEZ, J. (1987). *La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz.
- JIMÉNEZ LUCENA, I., RUIZ SOMAVILLA, M. J., & CASTELLANOS GUERRERO, J. (2002). "Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios comunicación de masas durante el primer franquismo". *Asclepio*, 54(1), 201–218.
- JIMÉNEZ SALAS, M. (1958). *Historia de la asistencia social en España en la edad moderna*. Madrid: CSIC.
- JOHNSON, T. J. (1972). *Professions and power*. London: Macmillan.
- JOHNSON, T. J., LARKIN, G., & SAKS, M. (1995). *Health Professions and the State in Europe*. Londres/Nueva York: Psychology Press.
- JORI, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana en España durante el siglo XVIII. Una perspectiva geográfica*. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- _____. (2013). "Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII". *Revista de Geografía Norte Grande*, (54), 129–153.
- JURETSCHKE, H. (1962). *Los afrancesados en la Guerra de la Independencia su genesis, desarrollo y consecuencias históricas*. Madrid: Rialp.

- JUSTEL CALABOZO, B. (1991). *El medico Coll en la corte del sultan de Marruecos (año 1800)*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz Instituto de Cooperación con el Mundo Árabe.
- _____. (1994). “El doctor Masdevall, proto-médico del sultan marroquí Muley Soliman”. *Al-Andalus Magreb: Estudios árabes e islámicos*, (2), 167–202.
- KEELE, K. D. (1974). “The Sydengam-Boyle Theory of Morbific particles. *Medical History*, 18(03), 240–248.
- KELLNER, D. (2000). “Habermas, the public sphere, and democracy: A critical intervention”. *Perspectives on Habermas*, 259–288.
- KERNÉIS, J.-P. (1984). *Histoire de la médecine navale à travers les “chirurgiens navigans.”* [S.l.]: [s.n.].
- KUETHE, A. J., & ANDRIEN, K. J. (2014). *The Spanish Atlantic world in the eighteenth century: war and the Bourbon reforms, 1713-1796*. Nueva York: Cambridge Univ Press.
- LA BERGE, A. (1992). *Mission and method: the early nineteenth-century French public health movement*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- LAFUENTE, M. (1865). *Historia general de España: desde los tiempos más remotos hasta nuestros días*. Establecimiento Tipográfico de Mellado.
- LAFUENTE, A., & PESET, J. L. (1985). “Militarización de las actividades científicas en la España ilustrada,(1726-1754). La ciencia moderna y el Nuevo Mundo”. In PESET, J. L. (Ed.), *La ciencia moderna y el Nuevo Mundo*. Madrid: CSIC.
- LAFUENTE, A., PUERTO SARMIENTO, F., & CALLEJA FOLGUERA, M. DEL C. (1988). “Los profesionales de la sanidad tras su identidad en la Ilustración española”. In SÁNCHEZ RON, J. M. (Ed.), *Ciencia y Sociedad en España* (pp. 71–93). Madrid: El Arquero.
- LAFUENTE, A., & SELLÉS, M. A. (1988). *El observatorio de Cádiz (1753-1831)*. Madrid: Ministerio de Defensa Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- LAFUENTE, A., VALVERDE, N., & PÉREZ, N. V. (2003). *Los mundos de la ciencia en la Ilustración española*. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología.
- LANNING, J. (1985). *The royal protomedicato: the regulation of the medical professions in the Spanish empire*. Durham: Duke University Press.
- LARRIBA, E. (2013). *El público de la prensa en España a finales del siglo XVIII (1781-1808)*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- LASPRA RODRÍGUEZ, A. (2005). “La intervención británica: ayuda material y diplomática”. *Revista de historia militar*, (2), 59–78

- LÁZARO LORENTE, L. M. (2010). “En informe de José Vargas Ponce a la Junta de Instrucción Pública (1810). Presentación y transcripción”. *Historia de La Educación*, 8, 293–313.
- LEE, K., & DODGSON, R. (2000). “Globalization and cholera: implications for global governance”. *Global Governance*, 213–236.
- LEÓN, P. (2002). “La consulta médica. Una práctica de la medicina en el siglo XVIII”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 22, 279–302.
- LÉONARD, J. (1981). *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs: histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*. Paris: Aubier-Montaigne.
- LÓPEZ DE LERMA GALÁN, J. (2011). *Prensa y Poder Político En La Cortes de Cadiz: El Proceso de Aprobación de Los Primeros Decretos Sobre La Libertad de Imprenta En España Durante El Periodo 1810-1813*. Madrid: Congreso de los Diputados, Departamento de Publicaciones.
- LÓPEZ MATEOS, R. (1810). *Pensamientos sobre la razón de las leyes derivada de las ciencias físicas ó sea sobre la filosofía de la legislación*. Madrid: Gómez Fuentenebro y Compañía.
- LÓPEZ PIÑERO, J. (1964). *Medicina y sociedad en la España del siglo xix*. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones.
- _____. (1984). *M. Seoane, la introducción en España del sistema sanitario liberal, 1791-1870*. Madrid: Servicio de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo.
- _____. (1992). “Las ciencias médicas en la España del siglo XIX”. *Ayer*, (7), 193–240.
- _____. (2002). *La Facultad de Medicina de Valencia (1502-2002): breve historia de medio milenio*. Valencia: Universitat de València, Facultad de Medicina y Odontología.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M., & TERRADA, M. L. (1980). “Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico”. *Medicina e historia*, 78, 95–108.
- _____. (1989). *Bibliographia médica hispánica, 1475-1950, Vol. IX. Bibliometría de las revistas, 1736-1950*. Valencia: CSIC.
- _____. (1991). “La producción científica española y su posición en la Comunidad internacional”. (pp. 73–112). In LÓPEZ PIÑERO, J. M. (Ed.). *España, ciencia*. Madrid: Espasa Calpe
- _____. (1992). “Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (III). Los indicadores de producción, circulación, dispersión, consumo de la información y repercusión”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 98(4), 142–148.

- _____. (1992). “Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (II)”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 98(3), 101–106.
- _____. (1992). “Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica (I)”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 98(2), 64–68.
- LÓPEZ TERRADA, M. L., FRESQUET FEBRER, J. L., & AGUIRRE MARCO, C. P. (2013). *Hernández Morejón, Anastasio Chinchilla y la Historia de la Medicina Española*. Valencia: CSIC-UV - Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero (IHMC).
- LÓPEZ TERRADA, M. L. (1996). “Los estudios historicomédicos sobre el Tribunal del Protomedicato y las profesiones y ocupaciones sanitarias en la Monarquía Hispánica durante los siglos XVI al XVIII”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, (16), 21–42.
- _____. (2007). “El control de las prácticas médicas en la Monarquía Hispánica durante los siglos XVI y XVII: el caso de la Valencia foral”. *Cuadernos de Historia de España*, 81, 91–112.
- LÓPEZ, C., VALERA CANDEL, M., & MARSET CAMPOS, P. (1986). “Aplicación de algunas técnicas bibliométricas a la investigación en Historia de la Ciencia”. In *Actas del III Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias : San Sebastián, 1 al 6 de octubre de 1984* (pp. 63–82). Guipuzcoa: Editorial Guipuzcoana.
- MARSET CAMPOS, P., MARTÍNEZ NAVARRO, F., & SÁEZ GÓMEZ, J. M. (1995). “La Salud Pública durante el franquismo”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 15, 211–250.
- MARTÍNEZ BARO, J. (2006). “Sueños, diálogos y viajes imaginarios: literatura y política en el Diario mercantil de Cádiz (1810-1814)”. In *La Guerra de la Pluma. Imprentas, literatura y periodismo*. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- MARTÍNEZ DURÁN, C. (1945). *Las Ciencias Médicas en Guatemala. Origen y evolución*. Segunda Edición. Guatemala: Tipografía Nacional.
- MARTÍNEZ PÉREZ, J. (2004). *La medicina ante el nuevo milenio : una perspectiva histórica*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- MASSONS, J. (1994). *Historia de la sanidad militar española*. Barcelona: Pomares-Corredor.
- MCAULEY, L. K. (2007). “ ‘Periodical Vistitations’: Yellow Fever as Yellow Journalism in Chalres Brockden Brown’s Arthur Mervyn”. *Eighteenth Century Fiction*, 19(3), 307–340.
- MEDINA DOMÉNECH, R. M., & RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. (1994). “Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 14, 77–94.

- MENÉNDEZ, M. (1880). *Historia de los heterodoxos españoles*. Vol. 2. Madrid: Librería católica de San José, gerente V. Sancho-Tello.
- MERCADER RIBA, J. (1983). *José Bonaparte, rey de España, 1808-1813. Estructura del Estado español bonapartista* Madrid. CSIC, Instituto Jerónimo Zurita, Escuela de Historia Moderna.
- MERINO NAVARRO, J. P. (1981). *La Armada Española en el siglo XVIII*. Madrid: Fundación Universitaria Española.
- MESTRE, J. B., & GASCÓN PÉREZ, M. E. (1999). *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Alicante: Universidad de Alicante.
- MOLERO MESA, J. (1998). “Clase obrera, Medicina y Estado en la España del Siglo XX: Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950”. In CASTELLANOS, J. et al. (Eds.) *La Medicina En El Siglo XX: Estudios Históricos Sobre Medicina, Sociedad Y Estado*. (pp. 221–228) Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina
- MONLAU, P. F. (1862). *Elementos de higiene publica ó arte de conservar la salud de los pueblos*. Vol. 3 (2º edición.). Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra.
- MORELL OCAÑA, L. (2003). “El municipio constitucional y la Instrucción de 1813”. In *El municipio constitucional* (pp. 121–146). Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- MORENO ALONSO, M. (2001). *La Junta Suprema de Sevilla*. Sevilla: Alfar.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1975). *La Sanidad pública en España:(evolución histórica y situación actual)*. Madrid: Instituto de estudios administrativos.
- _____. (1995). *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Madrid: Alianza Editorial.
- NADAL, J. (1975). *El fracaso de la revolución industrial en España, 1814-1913*. Espulgues de Llobregat: Editorial Ariel.
- NOVELLA GAYA, E. J. (2011). “La medicina de las pasiones en la España del siglo XIX”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, 31(2), 453–474.
- OCAMPO SUÁREZ-VALDÉS, J. (2012). Economía, Ilustración y liberalismo: las Cortes de Cádiz (1833-1840). *Brocar: Cuadernos de investigación histórica*, (36), 139–159.
- OROZCO ACUAVIVA, A. (1988). “El modelo de Enseñanza en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz en el siglo XVIII”. *Gades*, (18), 87–108.
- _____. (1991). “Los cirujanos navales en la Expedición Malaspina. La Expedición Malaspina (1789-1794)”. In *La Expedición Malaspina (1789-1794)*.

- Bicentenario de la salida de Cádiz.* (pp. 113–127). Cádiz: Real Academia Hispanoamericana
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2001). *Espacios de sociabilidad femenina en la profesión médica en los siglos XIX y XX.* Madrid: Universidad Complutense.
- ORTIZ-GÓMEZ, T., BIRRIEL-SALCEDO, J., & ORTEGA DEL OLMO, R. (2004). “Género, profesiones sanitarias y salud pública”. *Gaceta Sanitaria*, 18, 189–194.
- PANADERO, M. (2005). “Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina”. *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (5), 32–42.
- PASCUAL, P. (2003). *La Guerra de la Independencia en los archivos españoles.* Madrid: Asociación para el Estudio de la Guerra de la Independencia, Instituto de Historia y Cultura Militar.
- PELAYO, M. M. Y. (1992). *Historia de los heterodoxos españoles.* Vol. 2. Madrid: CSIC.
- PELLING, M. (1978). *Cholera, fever and english medicine, 1825-1865.* Oxford: Oxford University Press.
- _____. (2001). “The meaning of contagion: reproduction, medicine and metaphor”. In BASHFORD, A. & HOOKER, C. (Eds.), *Contagion: historical and cultural studies.* London/New York: Routledge.
- PERDIGUERO, E. (2001). “History of health, a valuable tool in public health”. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(9), 667–673. Consultado online: doi:10.1136/jech.55.9.667
- PÉREZ GALDÓS, B. (1981). *Cádiz.* Madrid: Alianza Hernando.
- PÉREZ GARZÓN, J. S. (1998). “La nación, sujeto y objeto del Estado liberal español.” *Historia Contemporánea*, 17, 119–138.
- _____. (2007). *Las Cortes de Cádiz: el nacimiento de la nación liberal, 1808-1814.* Madrid: Síntesis.
- PÉREZ, M. DE LOS A. H. (1996). “Alcaldes constitucionales y jefes políticos: bases del régimen local en la primera etapa del constitucionalismo”. *Revista de Estudios Políticos*, (93), 259–271.
- PERNICK, M.S. (1972). “Politics, Parties, and Pestilence: Epidemic Yellow Fever in Philadelphia the Rise of the First Party System”, *William and Mary Quarterly*, 29(3), 559-86.
- PESET Y VIDAL, J. B. (1876). *Bosquejo de la Historia de la Medicina de Valencia.* Valencia, Ferrer de Orga. (1ª edición: Boletín del Instituto Médico Valenciano, 1863-66). Valencia: Imprenta de Ferrer de Orga.

- PESET REIG, J. L. (1969). “El plan de estudios médicos de la Universidad de Salamanca de 18 de enero de 1804”. *Asclepio*, 21, 305–317.
- _____. (1973). “Reforma de los estudios médicos en la Universidad de Valencia: el plan de estudios del rector Blasco de 1786”. *Cuadernos de Historia de La Medicina Española*, 12, 213–264.
- _____. (1968). “La enseñanza de la Medicina en España durante el siglo XIX. El reinado de Fernando VII (1814-1833)”. *MEDICINA ESPAÑOLA. Madrid*, 350, 381–392.
- _____. (2005). “Francisco Salvá y Campillo y la reforma de la enseñanza médica”. (pp. 245–260) In Sánchez Raygada, C. H. (Ed.). *Ciencia y Academia. IX Congreso Internacional de Historia de las Universidades*. Tomo II. Valencia: Instituto Figuerola de Historia y Ciencias Sociales.
- PESET REIG, M. (1972). *Temores y defensa de España frente a la peste de Marsella de 1720*. CSIC. Instituto Arnaldo de Vilanova.
- _____. (1974). *La Universidad española: siglo XVIII y XIX: despotismo ilustrado y revolución liberal*. Madrid: Taurus.
- _____. (1977). “Gobierno y poder político en la Peste de Valencia de 1647-1648”. *Asclepio*, (29).
- PESET, M., & PESET, J. L. (1972). *Muerte en España: política y sociedad entre la peste y el cólera*. Madrid: Seminarios y ediciones.
- _____. (1992). “Las universidades españolas del siglo XIX y las ciencias”. *Ayer*, 19–49.
- _____. (1983). *Carlos IV y la Universidad de Salamanca*. Madrid: CSIC.
- PIMENTEL, J. (1998). *La física de la monarquía: ciencia y política en el pensamiento colonial de Alejandro Malaspina (1754-1810)*. Madrid: Doce Calles.
- PIZARROSO QUINTERO, A. (2008). “Apuntes sobre la propaganda de guerra, 1808-1814”. In CANTOS CASENAVE, M., DURÁN LÓPEZ, F., & ROMERO FERRER, A. (Eds.), *La guerra de pluma: Política, propaganda y opinión pública*. (Vol. 2, pp. 19–36). Cádiz: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz
- PORTER, D. (1999). “The history of public health: current themes and approaches”. *Hygiea Internationalis*, 1(1), 9–21.
- _____. (1999). *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. Londres/Nueva York: Routledge..
- PORTILLO VALDÉS, J.M. (2000). *Revolución de nación. Orígenes de la cultura constitucional en España, 1780-1812*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

- POWELL, J. H. (2014). *Bring Out Your Dead: The Great Plague of Yellow Fever in Philadelphia in 1793*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- PUERTO SARMIENTO, F. (1988). *La ilusión quebrada: botánica, sanidad y política científica en la España ilustrada*. Barcelona/Madrid: Serbal/CSIC.
- _____. (1988). "La sanidad española durante la Ilustración: aspectos institucionales". *Revista de Occidente*, (82), 43–57.
- PUYOL MONTERO, J. M. (1995). "La creación del Consejo y Tribunal Supremo de España e Indias (Consejo Reunido) por la Junta Central en 1809". *Cuadernos de Historia Del Derecho*, (2), 189–233.
- RAMÍREZ MARTÍN, S. M. (2004). "El legado de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1810): las Juntas de Vacuna". *Asclepio*, 56(1), 33–62.
- RAMÍREZ MARTÍN, S. M., & TUELLS, J. (2011). "Francisco Xavier Balmis y las Juntas de Vacuna, un ejemplo pionero para implementar la vacunación". *Salud Pública de México*, 53(2), 172–177.
- RAMIREZ MUÑOZ, F. J. (2013). *El hospital de la Segunda Aguada (1793.1854)*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz.
- RAMÍREZ, V. (2010). *El Real Colegio de Cirugía de Nueva España, 1768-1833: la profesionalización e institucionalización de la enseñanza de la cirugía*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- RAMOS SANTANA, A., (1992). *Historia de Cádiz. Volumen III. Cádiz en el siglo XIX: de ciudad soberana a capital de provincia de ciudad soberana a capital de provincia*. Madrid: Silex
- _____. (2000). "La Constitución de 1812 en su contexto histórico". In *La Constitución de 1812. Estudios*. (pp. 7–67). Sevilla: Fundación El Monte, Ayuntamiento de Cádiz, Universidad de Cádiz y Casino Gaditano.
- _____. (2008). "La vida cotidiana en el Cádiz de las Cortes. El recurso a la prensa como fuente para su estudio". In CANTOS CASENAVE, M., DURÁN LÓPEZ, F., & ROMERO FERRER, A. (Eds.), *La guerra de pluma. Estudios sobre la prensa de Cádiz en el tiempo de las Cortes (1810-1814)* (Vol. 3, pp. 21–101). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- _____. (2011). "Llegar a un acuerdo con Cádiz: La bahía en guerra". In *El viaje andaluz del rey José I: paz en la guerra* (pp. 85-95). Madrid: Lunwerg, Ministerio de Defensa.
- _____. (2012). "En los orígenes: soberanía y representación en las Juntas andaluzas (1808-1810)". In *La Constitución de 1812: clave del liberalismo en Andalucía* (pp. 31-56). Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces
- RAMSEY, M. (1984). "The politics of professional monopoly in nineteenth-century medicine: The French model and its rivals". In G.L. Geison (Ed.). *Professions and*

- the French State, 1700-1900* (pp. 225–305). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- _____. (1994). “Public health in France”. In D. Porter (Ed.). *The History of Public Health and the Modern State* (Vol. 26, p. 45–119). Amsterdam: Rodopi .
- REQUEJO HERRERO, R. (2002). “El patriotismo femenino y su visión a través de la prensa”. In *La ilusión constitucional: pueblo, patria, nación: de la Ilustración al Romanticismo: Cádiz, América y Europa ante la Modernidad: 1750-1850* (pp. 143–150). Servicio de Publicaciones.
- RESTREPO RAMÍREZ, L. C., & VALLEJO, M. E. (1996). *Semiología de las prácticas de salud*. Pontificia Universidad Javeriana.
- REY, R. (1993). “L’École de santé de Paris sous la Révolution : transformations et innovations”. *Histoire de l’éducation*, 57(1), 23–57. Consultado online: doi:10.3406/hedu.1993.2611
- RIERA PALMERO, J. (1969). “Cuerpos médicos especiales: médicos de la Armada y del Ejército”. *Asclepio*, 21, 327–334.
- _____. (1976). *Cirugía española ilustrada y su comunicación con Europa*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- RINGEN, K. (1979). “Edwin Chadwick, the market ideology, and sanitary reform: on the nature of the 19th-century public health movement” *International Journal of Health Services*, 9(1), 107–120.
- ROBLEDO HERNÁNDEZ, R. (2005). “Del diezmo al presupuesto: la financiación de la universidad española (1800–1930)”. *Investigaciones de Historia Económica*, 1(1), 97–130.
- RODRÍGUEZ DOMINGO, E. (1991). “Historia de la salud pública: su evolución y definición como disciplina autónoma”. *Anthropos: Boletín de información y documentación*, (118), 29–31.
- RODRÍGUEZ MORÍN, F. (2014). “La salud pública a través de la prensa liberal mallorquina en los tiempos de las Cortes de Cádiz”. *Memòries de la Reial Acadèmia Mallorquina d’Estudis Genealògics, Heràldics i Històrics*, (24), 107–126.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1988). “El resguardo de la salud: Organización sanitaria española en el siglo XVIII”. *Dynamis*, 7-8, 145–170.
- _____. (1990). “Organización Sanitaria española en el siglo XVIII: Las Juntas de Sanidad” In FERNÁNDEZ PÉREZ, J., & TASCÓN GONZÁLEZ, I. (EDS.). *Ciencia, técnica y estado en la España ilustrada*. (pp. 399 – 412). Zaragoza: Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, SEHCYT
- _____. (1995). “Medicina y epidemias. De la racionalización del mito al mito de la racionalización”. In BARONA VILAR, J.L. (Ed.), *Malatia i cultura*. Valencia: Seminari d’Estudis sobre la Ciència,.

- _____. (2001). "La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX". (pp. 21–42). In ATENZA FERNÁNDEZ, J. (Ed.). *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de*
- _____. (2008). *Salud pública en España de la Edad Media al siglo XXI*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E., & BERNABEU MESTRE, J. (1996). "El legítimo criterio aritmético: los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800-1936". In RAMÍREZ, E., & SÁNCHEZ-CANTALEJO (Ed.), *Epidemiología y estadística / V Encuentro Marcelino Pascua*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E., & MENÉNDEZ NAVARRO, A. (2005). "Salud, trabajo y medicina en la España ilustrada". *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 8(1), 4–13.
- RODRÍGUEZ-SALA, M. (2004). *Los cirujanos del mar en la Nueva España (1572-1820): miembros de un estamento profesional o una comunidad científica?* México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- RODRÍGUEZA, E., & MENÉNDEZA, A. (2005). "Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista". *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8(2), 58–63.
- ROSEN, C. (1946). "The philosophy of ideology and the emergence of modern medicine in France". *Bulletin of the History of Medicine*, 20(2), 328.
- _____. (1959). "Mercantilism and Health Policy in Eighteenth Century French Thought". *Medical History*, III, 159–177.
- _____. (1952). "Political order and human health in Jeffersonian thought". *Bulletin of the History of Medicine*, 26(1), 32.
- _____. (1953). "Cameralism and the concept of Medical Police". *Bulletin of the History of Medicine*, XXVII, 21–42.
- _____. (1956). "Hospitals, Medical Care and Social Policy in the French" Revolution. *Bulletin of the History of Medicine*, XXX, 124–149.
- _____. (1957). "The fate of the concept of medical police 1780–1890". *Centaurus*, 5(2), 97–113.
- _____. (1993). *A history of public health*. Madrid, España: Johns Hopkins University Press.
- ROSENBERG, C. (1987). *The cholera years: the United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. (1989). "What is an epidemic? AIDS in historical perspective". *Daedalus*, 1–17.

- _____. (1992). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge/New York: Cambridge University Press.
- RUBIO, F. M. (2002). *Fuentes documentales para el estudio de la Guerra de la Independencia: Congreso internacional: Pamplona, 1-3 de febrero de 2001*. Pamplona: Ediciones Eunete.
- RUIZ JIMÉNEZ, M. (2008). *La Comisión de Guerra en las Cortes de Cádiz (1810-1813): reportorio documental*. Madrid: CSIC.
- RUIZ NIETO-GUERRERO, M. (1999). *Historia urbana de Cádiz: génesis y formación de una ciudad moderna*. Sevilla: Caja de San Fernando.
- RUIZ RIVERA, J. (1988). *El Consulado de Cádiz: matrícula de comerciantes, 1730-1823*. Cádiz: Diputación Provincial de Cádiz.
- RUIZ-RICO RUIZ, G. J. (2012). “Lenguaje y símbolos en la Constitución de 1812: breves apuntes para comprender el futuro”. In *Sobre un hito jurídico, La Constitución de 1812: reflexiones actuales, estados de la cuestión, debates historiográficos* (pp. 19–34). Jaén: Universidad de Jaén.
- SAGRERA, J. (2009). “La farmacia española durante la Guerra de Independencia (1808-1812)”. *Anales de La Real Academia Nacional de Farmacia*, (5), 513–526.
- SALVADOR ESTEBAN, E. (2008). “La difusión de la ideología ilustrada en los inicios del “Diario de Valencia”. El tema de la sanidad”. *Saitabi: revista de la Facultat de Geografia i Història*, (58), 367–391.
- SAN SEGUNDO, G. (2012). “1812: El nacimiento de la sanidad moderna”. *Medical Economics*, 166, 14–22.
- SÁNCHEZ HITTA, B. (2007). “Prensa, Cortes y Opinión Pública, hacia la creación de una sociedad constitucional”. In *Lecturas del pensamiento filosófico, político y estético: actas XIII Encuentro de la Ilustración al Romanticismo (1750-1850)* (pp. 211–224). Cádiz: Universidad de Cádiz.
- _____. (2008). “Cuánto cuesta la opinión pública: precios, densidad y periodicidad de la prensa gaditana (1808-1814)”. In CANTOS CASENAVE, M., DURÁN LÓPEZ, F., & ROMERO FERRER, A. *La guerra de pluma: Estudios sobre la prensa de Cádiz en la tiempo de las Cortes (1810-1814)* (Vol.3, pp. 337–454). Cádiz: Servicio de Publicaciones, Universidad de Cádiz.
- SÁNCHEZ MEJÍA, M. L. (2004). “La teoría política de los ideólogos. Estudio preliminar”. In *Textos políticos de los ideólogos* (pp. XI–XXXVIII). Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- SAND, R. (1952). *The Advantage to Social Medicine*. Londres: Staple Press.
- SANTANA, A. R. (1998). “El valor de la lectura”. *Cuadernos de Ilustración y Romanticismo*, 1(6), 63–71.

- SARFATTI LARSON, M. (1979). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- _____. (1984). "The production of expertise and the constitution of expert power". In HASKELL, T.L. (Ed.) *The Authority of Experts: studies in history and theory* (pp. 28-83). Bloomington: Indiana University Press.
- SECO, J. M. A., & GONZÁLEZ, B. G. (1997). *La asistencia social y los servicios sociales en España*. Boletín Oficial del Estado, BOE.
- SEGURA, A., VILLALBÍ, J. R., MATA, E., DE LA PUENTE, M. L. I., RAMIS-JUAN, O., & TRESSERRAS, R. (1999). "Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante". *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 218–225.
- SELLÉS, M. (1988). *Carlos III y la ciencia de la ilustración*. Madrid: Alianza Editorial.
- SEOANE, M. C. (1968). *Historia del periodismo en España. II. El siglo XIX*. Madrid: Alianza editorial.
- SHORTT, S. E. D. (1983). "Physicians, science, and status: issues in the professionalization of Anglo-American medicine in the nineteenth century". *Medical History*, 27(01), 51–68.
- SIGERIST, H. (1941). *The people's misery : mother of diseases : an address, delivered in 1790 by Johann Peter Frank*. Baltimore Md.: Bulletin of the history of medicine.
- _____. (1943). *Civilization and disease*. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. (1960). *On the history of medicine*. New York: MD Publications.
- _____. (1991). "Professionalization as a process: patterns, progressions and discontinuity". In BURRAGE, M. & TORSTENDAHL, R. (Eds.), *Professions in theory and history. Rethinking the Study of the professions* (pp. 177–202). Londres: Sage Publications.
- _____. (2006). "Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social". *Salud Colectiva*, 2(3), 269 – 279.
- SLACK, P. (1985). *The Impact of Plague in Tudor and Stuart England*. Londres: Routledge & K. Paul.
- SMITH, B. G. (2013). *Ship of Death: A Voyage That Changed the Atlantic World*. New Haven/London: Yale University Press.
- SOLÍS, R. (2012). *El Cádiz de las Cortes : la vida cotidiana en la ciudad en los años de 1810 a 1813*.
- SPINK, W. W. (1978). *Infectious diseases: prevention and treatment in the nineteenth and twentieth centuries*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- SUÁREZ FERNÁNDEZ, L. (1992). *Historia general de España y América : del antiguo al nuevo régimen : hasta la muerte de Fernando VII*. Tomo XII. Madrid: Rialp.
- SUÁREZ, F. (2002). *Las Cortes de Cádiz*. Ediciones Rialp.
- TABERNEO HOLGADO, C., JIMÉNEZ LUCENA, I., & MOLERO MESA, J. (2013). “Movimiento libertario y autogestión del conocimiento en la España del primer tercio del siglo XX: la sección “Preguntas y respuestas” (1930-1937) de la revista “Estudios.”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, 33(1), 43–68.
- TAPIA GRANADOS, J. A. (2005). “Economía y mortalidad en las Ciencias Sociales: del renacimiento a las ideas sobre la transición demográfica”. *Salud colectiva*, 1(3), 285–308.
- TEMKIN, O. (1977). *The double face of Janus and other essays in the history of medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- TUÑÓN DE LARA, M. (1973). *Metodología de la historia social de España*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- _____. (2000). *La España del siglo XIX*. Vol. 1. Sevilla: Ediciones AKAL.
- TUÑÓN DE LARA, M., ALVAREZ, J. T., OTERO CARVAJAL, L. E., & ESPINAR GALLEGU, R. (1987). *Prensa obrera en Madrid : 1855-1936*. Madrid: Revista ALFOZ, Comunidad de Madrid, Consejería de Cultura .
- URTEAGA, L. (1998). *El higienismo en España durante el siglo XIX y el paradigma de las topografías médicas*. Tesis de licenciatura dirigida por Horacio Capel. Barcelona: Universidad de Barcelona.;
- _____. (1999). “Las topografías médicas como modelo de descripción territorial”. In BERNABEU MESTRE, J.; et al. (Coord.). *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca: Institut Menorquí d'Estudis.
- _____. (2010). “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”. *GeoCrítica*, V,(29). Consultado online: <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>
- USANDIZAGA, M. (1964). *Historia del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, 1760-1843*. Barcelona: Instituto Municipal de Historia.
- VALENZUELA CANDELARIO, J. (1994). “El espejismo del ejercicio libre: la ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica”. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 14, 269–304.
- VALERA CANDEL, M. (2006). *Proyección internacional de la ciencia ilustrada española : catálogo de la producción científica española publicada en el extranjero, 1751-1830*. Murcia: Universidad de Murcia.

- VARELA PERIS, F. (1998). “El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII”. *Dynamis*, 18, 315 – 340.
- VARELA SUANZES-CARPEGNA, J. (1983), *La Teoría del Estado en los orígenes del constitucionalismo hispánico (las Cortes de Cádiz)*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- _____. (1995). “Constitución y ley en los orígenes del Estado liberal”, *Revista Española de Derecho Constitucional* (45), 347-365.
- _____. (2010). “Nación, patria y patriotismo en los orígenes del nacionalismo español”. *Studia Historica. Historia Contemporánea*, 12, 31 – 43.
- VIDAL HERNÁNDEZ, J. M. (2010). “El viaje interrumpido: la vida en un lazareto marítimo”. In PERDIGUERO-GIL, E. & VIDAL. HERNÁNDEZ, J. M. (Eds.), *La ciudadela de los fantasmas: Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno* (pp. 103–129). Menorca: Institut Menorquí d’Estudis.
- VIÑES, J. J. (2006). *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
- VIRILIO, P., & RICHARD, B. (2010). *L’administration de la peur: entretien mené par Bertrand Richard*. París: Textuel.
- WARREN, A. (2010). *Medicine and politics in colonial Peru population growth and the Bourbon reforms*. Pittsburgh : University of Pittsburgh Press.
- WATTS, S. J. (1999). *Epidemics and history: disease, power and imperialism*. Yale University Press.
- WEBSTER, N. (1947). *Letters on Yellow Fever Addressed to Dr. William Currie: With an Introductory Essay by Benjamin Spector*. Baltimore: John Hopkins.
- WILSON, F., & MABHALA, M. (2009). *Key concepts in public health*. Los Angeles: SAGE.

ÍNDICE DE FIGURAS

Imagen 1: Hoja manuscrita del Bosquejo del Proyecto de Salud Pública presentado al Congreso por Francisco Flores Moreno.....	p.131
Imagen 2: Índice manuscrito de la Constitución de salud pública presentada por Rafael Costa	p.142
Imagen 3: Sección mensual escrita por Flores Moreno con el diario metereológico, estado de salud y defunciones de la ciudad de Cádiz publicada en <i>El Redactor General</i> el 29 de junio de 1811.	p.187
Imagen 4: Tabla de mortalidad correspondiente a mayo de 1812. <i>El Redactor General</i> nº 382.	p.198
Tabla 1: Evolución de fallecidos por causas epidémicas desde 1800 hasta 1819.....	p.40
Tabla 2: Cátedras proyectadas en los distintos planes de reforma a principios del siglo XIX.	p.229
Tabla 3: Plan de estudios propuesto por la Junta de Reforma en 1808, como alternativa al “Plan Caballero”.....	p.230

APÉNDICES

APÉNDICE 1. EXPEDIENTE SOBRE ORGANIZACIÓN DE LA JUNTA SUPREMA DE SANIDAD. PROYECTO DE DECRETO (1813). A.C.D., P. 01-000020-0123-0002.

Proyecto de Decreto.

Las Cortes generales y Extraordinarias íntimamente convencidas de la necesidad que hay de dar a la Junta Suprema de Sanidad una organización análoga a los principios constitucionales, y de preparar por medio de la misma el código, o reglamento general con que ha de dirigirse del modo más conveniente y eficaz el importante ramo de la salud pública; han venido en decretar lo siguiente.

Artículo 1º

La Junta Suprema de Sanidad extenderá su dirección y providencias a todas las Juntas Superiores de Provincia que existen en la monarquía española, gobernándose interinamente por los reglamentos que hasta ahora rigen, y por el mismo método y organización interior que tiene en la actualidad todo en cuanto no esté derogado por la Constitución y leyes posteriores

Artículo 2º

Los individuos de esta Junta Suprema serán el Jefe político de la Provincia donde resida el gobierno supremo, un diputado de Cortes comisionado a este efecto por el Presidente, un intendente del ejército o marina nombrado por el congreso nacional, el R. Arzobispo u Obispo de la capital, en ausencia de este su provisor o Vicario general, y en ausencia de ambos el Párroco más antiguo del pueblo donde resida la Corte; el Presidente del tribunal supremo de salud pública, un individuo médico o cirujano-médico, del mismo tribunal elegido por las Cortes; y dos vecinos de las capital, que nombrará igualmente el Congreso, prefiriendo las personas que tengan conocimientos en las ciencias naturales y físicas.

Artículo 3º

Tendrá y nombrará la Junta Suprema un Secretario con los Oficiales que sean precisos para el desempeño de sus funciones. Su dotación será suficiente para que subsista con independencia de cualquier otro destino, pues con todos será incompatible. El gobierno la determinará consultando a las Cortes para su aprobación, como igualmente la planta de la Secretaría

Artículo 4º

De los individuos de la Junta Suprema, solo los dos facultativos y los dos vecinos escogidos por las Cortes tendrán sueldo, que se determinará como el del Secretario. El Jefe político, el ~~Intendente~~, el diputado de Cortes, el Intendente y el individuo electo no gozarán por esta comisión gratificación alguna sobre las dotaciones respectivas de sus empleos o destinos

Artículo 5º

Los dos vecinos que las Cortes dirigen para individuos de la Junta Suprema, se renovaran anualmente pero podrán ser reelegidos. Los facultativos conservaran sus plazas, mientras no haya causa justa para separarlos a juicio de las Cortes. El diputado del congreso cesara en su comisión, siempre que el presidente lo determine y substituya otro para ella, según está determinado en el Reglamento respecto de las demás comisiones de las Cortes. Cuando las sesiones de estas hay cesado el Presidente de la diputación permanente nombrará uno de sus individuos para desempeñar lo encargado-

Artículo 6º

Establecida una vez la Junta Suprema, sus relaciones s dirigiran exclusivamente al gobierno por el secretario de la gobernación, sin que las Cortes intervengan en ninguna de las operaciones que por su instituto le corresponden o a que pueda ser excitada.

Artículo 7º.

Para el cumplimiento más exacto de los grande encargos que incumben a la Junta Suprema, el gobierno deberá pasarle inmediatamente cuantas noticias, indicaciones, o informes reciba, tanto de sus agentes diplomáticos, como por cualquier otro conducto acerca de la salud pública en los diferentes países de la tierra. La omisión en dar puntualmente y con celeridad estos avisos a la Junta Suprema, hará responsables a los secretarios del despacho que incurrieren en ella.

Artículo 8º.

Los individuos de la Junta Suprema de Sanidad serán responsable del puntual cumplimiento de sus deberes en los términos y ante el tribunal que las Cortes señalen en decreto separado.

Artículo 9º.

Sobre sus ordinarias atenciones, deberá ocuparse inmediatamente la Junta Suprema en la formación del reglamento general que organice el ramo de salud pública en todo el reino. O sea en extender el código de sanidad, tanto por lo relativo a las autoridades que deben intervenir en conservarla, como en lo perteneciente a precauciones, expurgos y cuarentenas, en términos que evitándose cuanto sea posible, la arbitrariedad de las Juntas subalternas, queden arregladas aquellas operaciones a las luces del siglo en materias de física, y al verdadero interés de los pueblos.

Artículo 10

Fijará también la Junta Suprema en orto reglamento el arancel de derechos que hayan de pagar los buques, o los pasajeros por razón de sanidad, cambiando con detenimiento la necesidad de dotar convenientemente los dependientes de esta ramo con la protección que merece el comercio y la menor molestia posible de los navegantes.

Artículo 11.

Será también uno de sus principales encargos presentar a las Cortes un plan para que el Lazareto general del mediterráneo establecido en Mahón, monumento glorioso de la

grandeza nacional, se plantee y reciba todos los auxilios de que es susceptible para llenar los importantes fines de su erección. Con este objeto la Junta de sanidad de Menorca, a quien está encomendada la dirección y cuidado de este lazareto, será independiente de la Junta provincial de Mallorca y recibirá las ordenes inmediatamente de la Suprema.

Artículo 12

Al mismo tiempo meditará y propondrá á las cortes cual es el punto marítimo en la costa del océano, donde convendrá establecer otro Lazareto para los buques que navegasen desde el estrecho de Gibraltar hasta Fuenterrabía, y para los que proceda de los mares de Occidente; extendiendo sus observaciones a determinar si deberán establecer uno, o dos lazaretos en las costas de ultramar, y en que paraje de ellas.

Artículo 13

Todos los años publicará la Junta suprema una noticia del estado de la salud publica en la monarquía en el anterior, enfermedades epidémicas que han reinado y su procedencia medidas que se han adoptado para contener sus progresos o extinguirlos, mortandad que hayan ocasionado, y observaciones importantes que puedan deducirse de aquellos sucesos para la mejora del ramo de sanidad.

Artículo 14.

Se recomienda finalmente con particular encargo a la Junta Suprema que proponga al gobierno y tome por si misma cuantas medidas le parezcan mas eficaces para que se propague hasta el último rincón de la monarquía española el benéfico de la vacuna, y se consiga la total extinción de la viruela.

Cádiz 5 de septiembre de 1813

José Mexía
Florencio Castillo
Isidoro de Antillón
Indalecio Moreno Montenegro
Ignacio Gayola

Señor,

La comisión especial creada por V.M. para que forme un plan de organización de la Junta Suprema de sanidad, sobre las bases constitucionales y con la analogía a la ley de 23 de Junio, presenta a V.M. el fruto de sus conferencias, no con pretensiones de perfección en su trabajo sino con la posible aproximación a los buenos principios, considerando el estado en el que se hallan, cercanas a sus termino, las sesiones del congreso, y la necesidad de plantear aunque sea interinamente, tan importante corporación de una manera menos monstruosa, desordenada, y anticonstitucional, que la que actualmente tenía-.

Han sido varias, Señor, y en gran parte introducidas, en época y con autoridad incierta, las vicisitudes de la Junta que desde la Corte, como de un centro,, ha dirigido al grave negocio de la salud pública y preservación de epidemias, en la monarquía española. En la recopilación de las leyes del Real Tribunal del Protomedicato hecha en el año 1751 con intervención del Consejo Real se lee lo siguiente. Como es el único tribunal de la salud de estos reynos (el Protomedicato) comprende cuanto es concerniente a su buen régimen y gobierno. Jamás hasta el presente siglo, desde su erección, eligieron los señores reyes médicos, cirujanos, boticarios, sangradores, oculistas, dentistas y destiladores para sus reales personas, familia, ejércitos, escuadras, sitios reales y hospitales, que no precediere informe del Protomedicato, consejo, o dictamen de sus Jefes. Si en el uso de agua y alimentos se había de hacer alguna novedad por sus magistrados, dictábamos el Protomedicato: si habían de mudar de residencia. El tribunal definía cual era la mas saludable: si en alguna parte de península ni de las colonias se experimentaba epidemia o peste de él se derivaban las precauciones contra su propagación, y las providencias para su remedio. Y últimamente si se presumía se originaba el contagio por el uso de malos alimentos, el Protomedicato entendía en su reconocimiento; no habiendo cosa que tuviere respeto a la salud de nuestros monarcas y sus vasallos que no dependiere de la autoridad del Protomedicato”

Aunque no consta de código alguno, ni de ley, ni ordenamiento que se halle en los volúmenes de la novísima recopilación se sabe por la notoriedad que sucedió al protomedicato en el cuidad de la sanidad pública una comisión del Consejo Real bajo el titulo de Junta Suprema de Sanidad compuesta del gobernador y de los ministros de el mismo solamente; contra las leyes de su ministerio y contra la misma sana razón que exige una pericia particular que ni remotamente podían tener los miembros del poder judicial.

Al principio de nuestra gloriosa revolución, se extinguió esta Junta quedando encargado independientemente el cuidado de la sanidad a los capitanes generales de las provincias, acompañados de algunos ministros de las Audiencias.

Trasladada a Sevilla la Junta central, instó el decano del Consejo Real por el restablecimiento de la Junta Suprema de sanidad proponiendo que se nombrase a don Pedro Lapuente, secretario que había sido de la presidencia, entonces detenido en Córdoba, para este destino en aquella, y que por dotación se le señalasen treinta seis mil reales de sueldos. Todo lo consiguió-

En 22 de Julio de 1811 creó V.M. un tribunal Supremo de salud pública bajo la denominación del tribunal del Protomedicato, mandando que se cesasen todas las autoridades que servían para suplirle; y persuadiéndose la Junta suprema que no podía continuar en su ejercicio se lo comunico así a la superior de esta ciudad. Pero, sin saberse por qué, fue rehabilitada por el consejo de regencia para que ejerciese interinamente. Aunque se extinguió el Consejo Real, no dejó de continuar bajo la misma forma, substituyendo a los ministros del Consejo Real los del tribunal supremo de Justicia, hasta que avisados por los papeles públicos de que no podían tener comisión alguna en virtud del decreto de las Cortes, renunciaron estas plazas que recayeron entonces por nombramiento de la Regencia en los ex consejeros que en el día forman de la Junta Suprema de Sanidad.

Esta sencilla narración manifestará a V.M. el origen obscuro de la llamada actualmente Junta Suprema de Sanidad y la urgencia de arrancar la dirección de la salud pública en las épocas de mas desolación para los pueblos del reyno de unas manos consagradas

exclusivamente por la constitución y por las leyes a la administración de Justicia, sin que otros cuidados las llamen, ni comisiones tan heterogéneas, tan graves, y tan ajenas de su instituto, puedan distraerlas un momento. Ya V.M. siguiendo el espíritu de las Constitución que en el artículo 321 dio a los ayuntamientos como cuerpos elegidos libremente por sus convecinos, el cuidado de la policía de salubridad de los pueblos, ha separado en su ley de 23 de Junio los miembros del poder judicial de toda intervención en las Juntas Provinciales y municipales de sanidad. La comisión aplica estos mismos principios y la nueva planta que han recibido de V.M. las Juntas Provinciales, a la Junta Suprema; substituyendo las autoridades de la Corte a iguales autoridades de las capitales de Provincia designadas con aquella ley; y la representación nacional reunida en Cortes, a las diputaciones provinciales. Ha procurado dar además a los facultativos, eminentes en la profesión medica, el lugar y voto que debieron siempre tener en la Junta Suprema, si en época de ruines preocupaciones no se hubiera hecho más caro para componerla de los títulos y dictados exteriores de sus individuos, que de sus luces y conocimientos en el arte de curar, en la física, y ciencias naturales; conocimientos tan necesarios para dictar providencias en asuntos de sanidad, menos torcidas y desatinadas que muchas de las hasta ahora se dieron por desgracia. En el bosquejo que presenta la comisión de la planta para la secretaría, de las atribuciones de la Junta Suprema, y de su correspondencia con el gobierno, trata de darle aquel carácter de autoridad y decoro que corresponde a su grande importancia; y encargándola por otro artículo la formación del reglamento general de sanidad, que ha de regir en toda la monarquía, se prepara la época en que el cuidado de la salud pública estará dirigido por leyes acertadas concebidas con madurez, combinadas con los buenos principios fiscales y mercantiles, y ajenas de antiguas rutinas y de errores vulgares muy perniciosos, época venturosa que debe llegar tanto más pronto, cuanto la situación actual de España entre la peste de levente y la fiebre amarilla de Occidente, exige precauciones tan delicadas y presurosas, pero más sabias, y cuerdas que en las que en los siglos medios se tomaron en la Europa, cuando los cruzados, entre otros males y bienes que nos trajeron de Palestina, plagaron con la lepra nuestras más fértiles provincias, y poco faltó para que las convirtiesen en una vasta sepultura.

Ha crecido también la comisión que á la Junta Suprema debía incumbir principalmente el cuidado de indicar a las Cortes, por conducto del gobierno los medios para poner en ejercicio y determinarlo con utilidad general de la humanidad y muy particular de nuestros navegantes del mediterráneo de Lazareto de Mahón; edificio soberbio, con cuya posición local pueden competir pocas en el globo, y que habiendo costado a la nación 5.63200 V.M en la era desastrosa de Carlos IV, no puede verse sin lastima, que luego, por nosotros detenido y por la negligencia del gobierno, estando falto de auxilios, de dotación, y de los más precisos recursos, haya quedado en un monumento de pura suntuosidad artística, casi tan inútil para el bien de la nación que ha costado su levantamiento, como las pirámides para los antiguos pueblos de Egipto. ----- Se recomienda además a la Junta Suprema la propagación del inmortal descubrimiento de la vacuna, a fin de que, con sus trabajos, escritos, y providencias, se logre que este bálsamo saludable penetre los países más recónditos y apartados de la basta dominación española, y se extinga la epidemia horrible que mas que ninguna otra, ha menguado la población del mundo, deformando miserablemente a infinitos de los que han podido quedar vivos en medio de sus estragos. V.M. tomando una parte directa en este proyecto benéfico, seguirá los pasos del parlamento Inglés a cuyas medidas para substituir la vacuna al tremendo azote de la viruela, tanto deben los pueblos de las cuatro partes del globo.

Y para que se verifique con facilidad la elección de los individuos de la Junta Suprema que las Cortes deben nombrar, la comisión se atreve a proponer a V.M. que atendiendo a la urgencia del tiempo, y a los graves negocios que al congreso tiene que decidir todavía, podría adoptarse me medio de autorizar al señor presidente para que a su arbitrio designase doce diputados, que, como compromisarios, verificara el nombramiento de dichos individuos, presentando después la lista al Congreso para su aprobación. De esta manera podrá V.M. en el corto número de días que quedan hasta la suspensión de las sesiones, dejar planteados y creada la Junta suprema de sanidad; y los detractores de las providencias del congreso no podrá decir, que mientras ha prestado su atención a objetos menos importantes, llega al termino de sus tareas sin dar al cuidado de la salud pública la dirección que exige, para que las resoluciones que han de conservarlas tengan la presunción de ser acertadas y sabias, y las autoridades que intervengan en expedirlas, no desdigan de los principios sendos en la constitución, de la ley sancionadora en 23 de Junio, y del instituto científico con que ésta corporación central debe distinguirse.

Cádiz 7 de septiembre de 1813

APÉNDICE 2. ORDEN DE LAS CORTES PARA QUE SE DISPONGA EN CÁDIZ LAS FUMIGACIONES Y DEMÁS DILIGENCIAS A FIN DE EXTINGUIR EL GERME CONTAGIOSO DE LAS EPIDEMIAS DE FIEBRE AMARILLA 1810. A.C.D., P-01-000020-0117.

En obediencia de la Soberana resolución que VSS nos comunican con fecha de ayer, hemos pasado inmediatamente a tratar con la Junta de Sanidad para que se diesen las órdenes correspondientes para las fumigaciones, y demás medidas oportunas para extinguir el germen de la epidemia, pero como VSS nos dicen que se pasaban los avisos competente al Consejo de Regencia, y este todavía no los ha dado a la Junta de Sanidad, esperamos que lo verifique para dar por nuestra parte el debido cumplimiento a las órdenes de S.M: sin embargo ya podemos anunciar a VSS que la opinión de los Facultativos no parece que está por semejantes fumigaciones, que gradúan cuando no perjudiciales y costosas, de todos modos inútiles: los individuos de la Junta de sanidad nos dicen que las fumigaciones solo se ejecutan cuando se observa que ya no caen enfermos de la epidemia.

En fin pueden VSS asegurar a SM que luego que la Junta reciba los avisos del Consejo de Regencia, trataremos con los Facultativos de cuantas medidas se consideren del caso a fin de que SM pueda verificar su traslación a esta Ciudad con la confianza conveniente.

Dios guarde a VSS muchos años. 30 de octubre de 1810

Andrés Morales de los Ríos

Manuel Rodrigo

Real Isla de León 28 de noviembre de 1810

Al 1er Secretario de Estado y del Despacho Universal.

Comunicando la Real orden de S.M para que los tres facultativos nombrado por la Junta Suprema de Sanidad, acompañados en Cádiz del Doctor Don Rafael Costa dispongan las fumigaciones para extinguir el germen contagioso, asegurar la salud pública, y poderse trasladar S.M. a aquel punto. Que esta resolución se extienda igualmente a la Isla

Señor Primer Secretario de Despacho Universal de Estado.

Excmo. Señor.

Las Cortes generales y extraordinarias habían mandado que fueran a la Ciudad de Cádiz los Diputados de Cortes Don Andrés Morales de los Ríos, Don Manuel Rodrigo y don José de Cea para proporcionar la traslación de las Cortes a aquella ciudad cuando las circunstancias lo permitiesen y enteradas de la indiferencia con que se mira la salud pública sin usar de los medios de extinguir el germen de la epidemia que se experimenta, han resuelto que sin perjuicio de lo que determinen acerca de la traslación a Cádiz, se de orden para que los Diputados Comisionados que se hallan en aquella ciudad hagan que los médicos nombrados por la Junta de Sanidad acompañados de Profesores también Médico Don Rafael Costa disponga, sin pérdida de un momento hacer las fumigaciones correspondientes, y usar de todos los medios, que estimen para

extinguir el germen de la epidemia, no solo en las casas y sitios en que haya enfermos; los haya habido, sino en toda la ciudad hasta conseguir que sea aniquilada y extinguida la enfermedad, dando entonces parte a las Cortes para más inteligencia y gobierno, y poder disponer la traslación con la confianza conveniente. También han mandado que se extienda para con la Isla la fumigación de las casas en que algunos fallezcan de la epidemia con los demás medios preservativos, y extintivos del contagio, lo comunicamos a V.C: de orden de las Cortes para que el Consejo de Regencia lo tenga entendido y se ejecute puntualmente.

Dios guarde a V.C: muchos años. Real Isla de León 28 de Nov. de 1810

Sdo

En la Isla de León 28 de Noviembre de 1810

A los Señores Diputados comisionados en Cádiz para la traslación de S.M. Comunicándoles la Real Orden para que se hagan las fumigaciones necesarias y se tomen las demás providencias convenientes a extinguir el germen contagioso, para disponer la traslación de S.M. con alguna confianza.

Señores Diputados Comisionados en Cádiz.

En la sesión secreta de este día han visto las Cortes generales y extraordinarias el oficio que V.S:S: no dirigieron con fecha de ayer 27 del presente mes, y después del mas detenido examen, teniendo en consideración las circunstancias críticas en que se halla la ciudad de Cádiz, han resuelto que sin perjuicio de lo que determinen las Cortes acerca de la traslación de esta se de orden para que V.S.S. Comisionados que se hallan en esta ciudad hagan que los médicos nombrado pro la Junta de Sanidad acompañados del Profesor también Médico Rafael Costa dispongan sin pérdida de un momento hacer las fumigaciones correspondientes, y usar de todos los medios que estimen para extinguir el germen de la epidemia, no solo con las casas, y sitios en que haya enfermos, o los que haya habido, sino en toda la ciudad, hasta conseguir ver aniquilada, y extinguida esta enfermedad, dando entonces parte a las Cortes para su inteligencia y gobierno, y poder disponer, la traslación con la confianza conveniente, previniendo que al mismo tiempo que diésemos a V:S:S este aviso se pasase la orden conveniente a la Regencia para que todo se ejercite con la puntualidad y exactitud que S.M. desea. Lo comunicamos a V.S.S. de orden de las Cortes para mi inteligencia y cumplimiento en la parte que les toca.

Dios guarde a V.S.S. muchos años. En la Isla de León 28 de Nov. de 1810

APÉNDICE 3. PROYECTO DE UNA COSTITUCIÓN DE SANIDAD (RAFAEL COSTA). EXPEDIENTE SOBRE EL REGLAMENTO DE SANIDAD DEL PROTOMEDICATO. A.C.D., P-01-000020-0129-0003.

Proyecto de Constitución de salud pública para la Monarquía española
O sea Constitución estadística de la Monarquía española

TÍTULO 1º

De la salud pública. De los ramos que abraza y de lo que estos han de ofrecer para la prosperidad nacional.

Cap. 1º

De la salud pública

Artícic. 1º

La salud pública es propiamente la física de l común de los Ciudadanos

Artícic. 2º

Sin ella serán insubsistentes las relaciones, que deben sostener al Estado, es pues la basa del bien estar político

Artícic. 3º

En consecuencia quedan obligados todos los ciudadanos sin excepción a contribuir a la conservación de la salud pública.

CAP. 2º

De los ramos que abraza la salud pública.

Artícic. 4º

Es ramo de la salud pública todo lo que conduce a una instrucción solida, y bien dirigida para curar enfermedades y para precaverlas ya directa, ya indirectamente dando los seres naturales a la industria. Dispuestos como convenga para el fomento nacional, que ha de evitar la indigencia que de otra manera podría acarrearlas: y lo que proporciona la aplicación equitativa de la Jurisprudencia médica

Artícic. 5º

La salud pública abraza los ramos siguientes: Primero l instrucción en las ciencias previa y auxiliares de la Medicina, cuales son ; la Física experimental, la química, y las Ciencias naturales: y en los estudios de la Medicina en todas sus pArtíces.

Segundo la clasificación, distribución, y aplicación sistemática de los Profesores del Artíce de curar y de los Farmacéuticos en las Provincias, Ejército y Armada para la dirección de la salud privada y pública y para la observación de las cosas principalmente naturales de toda la Monarquía.

Tercero las corporaciones, que bajo la denominación de Academias médico-naturales y de Artíce ha de haber para la enseñanza de las Matemáticas, Física experimental, Química, Botánica, Derecho naturales y de gentes, Estadística, Hidráulica, Geografía, Cosmografía, Agriculturas, y de las demás ciencias y Artíces a que, atendidas las

producciones de los países, conviniere aplicar la Física y la Química; y para indicar el fruto, que se puede sacar de las observaciones hechas por los Profesores.

Cuarto, la aplicación económica de la Higiene pública o Policía médica, que tanto en las Provincias, como en los Ejércitos y Armada estará a cargo de las Juntas de sanidad; y la contracción de los proyectos académicos convenientes para el fomento nacional en la Agricultura, Artes, e Industrias, que en lo deliberativo pertenecerá exclusivamente también a estas Juntas provinciales, que será además de fomento nacional

Quinto la administración de justicia en los asuntos que la reclamen de la Jurisprudencia médica sean o no entre Artes, ante tribunales de salud pública

Artículo 6º,

Se abrazarán estos ramos de manera que no puedan menos de auxiliarse mutua y rápidamente, y de concurrir todos en un Tribunal Supremo de salud pública, como punto céntrico, en que haya cuantas noticias y conocimientos sean necesarios para velar con utilidad y proveer con acierto y que por tanto será lo más a propósito para la Superintendencia general de salud pública, y para la dirección o inspección general de los estudios de las ciencias físico-naturales, y de las demás, que son precisas para la inteligencia y útil aplicación de ellas.

Artículo 7º

Finalmente para que los asuntos, en que den entender el Gobierno, sean despachados expedita y uniformemente, dirigirá siempre este supremo Tribunal las propuestas, recursos, representaciones y consultas, que hiciere o le remitieren para Rey, a los secretarios del Despacho de la Gobernación para la Península o para ultramar, según de donde procedieren o a donde se refieren y jamás a ningún otro de los demás secretarios del Despacho.

CAP.3

De lo que han de ofrecer los ramos de salud pública para la prosperidad nacional

Artículo 8º

Ha de resultar la instrucción general de las ciencias, que no son menos indispensables para hacer progresos en la medicina que en la Agricultura, Artes, e Industria; y de las que conducen a sostener el orden social por principios moral-naturales.

Artículo 9º

Sabrán todos los ciudadanos como se han de comportar para no contraer enfermedades por sus respectivas ocupaciones, destinos, u oficios; y lo necesario para que no solamente no reúnen el cumplimiento de las providencias dirigidas a evitar males comunes, sino procuren auxiliarlas.

Los padres de familia, Tutores y Maestros sabrán asimismo dar a los menores desde su nacimiento hasta la pubertad la crianza física, que les conviene para que no perezcan prematuramente ni queden enfermizos, contrahechos, o de otra manera incapaces de ayudar con vigor a llevar las cargas sociales.

Artículo 10º.

Hasta en las mas ocultas Aldeas habrá excelentes profesores del Arte de curar, y de Farmacia; previniéndose que aquellos serán de aquí en adelante Físicos, o Médicos y Cirujanos.

Artículo 11º

Se tendrá noticia individual de cuanto presentare la naturaleza en las Españas; del uso, que pueda hacerse de los productos naturales, y del modo de beneficiarlos ya por lo que respecta a la Medicina ya por lo que toca a la Industria.

Artícic. 12°
Contará igualmente el número exacto de hombres muertos y existentes en esta vasta Monarquía y por aproximación el de los animales, y hasta de los dañinos que debieran extinguirse.

Artícic. 13°
Estará bien asegurada la salud pública de los pueblos, ejército, y armada, se fomentará la población todo con la mayor economía y con menos gravamen del Estado que hasta aquí.

Título 2°
De los Colegios de Salud pública, de la enseñanza de la Medicina y de sus ciencias previas y auxiliares, de los Colegiales, y de los grados, y revalidas para físicos, Farmacéuticos y Matronas.

Cap.1°
De los Colegios de salud Publica

Artíc.14
En España peninsular habrá seis Colegios de salud pública

Artíc.15
Se situarán en o junto a Hospitales que presten los enfermos y cadáveres necesarios para el mejor desempeño de la enseñanza de la Medicina.

Artíc. 16
Se enseñarán en ellos todas las pArtices de la Medicina, y de sus ciencias previas y auxiliares.

Artíc. 17
Solamente en estos Colegios se formarán físicos y farmacéuticos y se conferirán grados de Medicina y Química farmacéutica.
Las Matronas serán instruidas en la pequeñísima pArtice que les toca del Artice de pArticear por los Facultativos de Hospitales de continua asistencia quienes en lo sucesivo ganarán estas plazas por oposición y tendrán la obligación de enseñar Matronas, y de dar todos los años, según le corresponda un curso de Anatomía o de Medicina operatoria.

Artíc. 18.
De todos los Colegios saldrán Físicos y Farmacéuticos para los pueblos, de uno para la Armada, y de los restantes para el Ejército.

Ar. 19
En cada Colegio habrá un Director que siempre será Físico, el número conveniente de Catedráticos, un secretario también físico, y los demás empleados necesarios.
Todos los Catedráticos serán Físicos de primera clase graduados de Doctor en Medicina a excepción de los de Farmacia que serán Farmacéuticos de primera clase

también graduados de Doctor en su Facultad, y de los de Botánica que podrán serlo indistintamente físicos o Farmacéuticos de las calidades indicadas.

Artíc. 20

El Rey nombrará al Director y a los Catedráticos, recayendo siempre aquel empleo en el Catedrático Físico más antiguo del Colegio, y el de Catedrático en el mas benemérito de tres, que lo propondrán los Jueces del concurso a oposiciones, que indefectiblemente se habrán de haber celebrado al efecto.

Se tratará de la provisión de los demás empleos en el Reglamento para estos Colegios.

Artíc. 21

Los Jueces serán cinco: lo será nato el Director con el catedrático que enserasen la misma materia a que se hiciese oposición u otra que tuviese relación íntima con ella, y los restantes se sacarán por suerte de entre los catedráticos Físicos

Artíc. 22

La autoridad del Director se limitará a celar el cumplimiento del reglamento que se hará para los Colegios, y de las ordenes superiores.

Artíc. 23

El director no esta exento de enseñar por esta calidad.

Artíc. 24

Los catedráticos de materias propias de los Físicos tendrán además de las obligaciones comunes a todos en el Colegio la de visitar todos los enfermos del Hospital a que estuviere unido y los de química y de Farmacia cuidarán de la Botica.

Artíc. 25.

El director con los Catedráticos formará una Junta gubernativa y escolástica, e inspectora de salud en el Hospital de su cargo a la cual corresponderá tomar providencias, hacer consultas, dar informes y resolver en cuanto se ofreciese comprendido en las facultades que les perteneciesen por el Reglamento.

Esta Junta dependerá inmediatamente del Tribunal supremo de salud publica, a quien dará cuenta anualmente o antes si fuere menester, de todo lo que ocurriese, y de los progresos de la escuela; procediendo en lo demás como se prevendrá en el Reglamento.

Artíc. 26

No serán convocados a Junta los catedráticos que no fuesen físicos, cuando para la resolución de los asuntos fueren necesarios los conocimientos que dispensa la Medicina.

Artíc. 27

En la España ultramarina se establecerán también Colegios bajo la misma forma que en la peninsular, y en el número que conviniere previos debidos informes, así que se hayan formado profesores aptos para el desempeño de los varios Magisterios, que ha de haber en cada uno.

Cap. 2º.

De la enseñanza de la Medicina y de sus ciencias previa y auxiliares.

Artíc. 28.

La enseñanza de la Medicina, y de sus ciencias previa y auxiliares será uniforme en todos los Colegios de salud pública.

Artíc. 29.

Las ciencias previa y auxiliares de la Medicina, que se enseñaran en los Colegios so la física experimental, la Botánica, y de la Química con las correspondientes aplicaciones a los Reinos animal, vegetal, mineral y caótico o atmosférico.

Artíc. 30

Las materias propias de la Medicina que se explicarán en los Colegios son Anatomía, Fisiología, Higiene privada, Patología, Terapéutica, Materia Médica, Arte de recetar y Farmacia, Afectos externos con inclusión de los Prácticos de todas las generaciones manuales y de los Vendajes, los Afectos internos agudos y crónicos, los Afectos mixtos, la Higiene pública o policía médica, la medicina legal y forense o Jurisprudencia médica y los Aforismos de Hipócrates.

Artíc. 31

Todo se enseñará teórica y prácticamente

Artíc. 32

Se harán además observaciones meteorológicas para aplicarlas, como convenga a las clínicas

Artíc.33

Finalmente todos los jueves no festivos se formará la Junta de los Colegios, y leerán sus Vocales en público y por turno ya una memoria, disertación u observación acerca de asuntos propios de la Medicina o de sus ciencias previas y auxiliares, ya su censura, hablando después de esta todos los que entiendan la materia, para que los discípulos aprendan a combinar, y oigan por extenso cuanto con criterio sea aplicable a puntos aislados de la profesión.

Cap. 3º.

De los requisitos que exige la matricula en los Colegios para Físicos, y Farmacéuticos según sus clases, de las materias, que estos deben estudiar respectivamente, y por cuantos años y de la aprobación de los cursos.

Artíc. 34.

Habrá físicos y Farmacéuticos de primera y de segunda clase.

Artíc. 35

Para ser matriculados en los Colegios deberán presentar todos una justificación legal de buena vida y costumbres; acompañado además, los que se propusieren ser Físicos o Farmacéuticos de segunda clase una certificación legalizada de haber asistido e calidad de practicantes por espacio de tres años en uno o mas Hospitales por espacio de tres años en uno o más Hospitales de los que siempre tienen enfermos.

Artíc. 26.

Los que pretendiesen matricularse para Físicos de primera clase acreditaran además que saben el idioma latino, la lógica, el derecho natural y de gentes y las Matemáticas puras, mediante un examen, por el cual, si fuesen aprobados, satisfarán ciento y sesenta reales para el arca del Colegio, y quedarán admitidos.

Artíc. 27

Los que pretendiesen matricularse para Físicos de segunda clase, harán para su admisión igual examen que los aspirantes a ser de la primera al mismo tiempo que de las materias, que por el Artículo 41 habrán estudiado en Academia de ciencias medico-naturales y de Artes; quedando, si fuesen aprobados, no solamente admitidos, sino también graduados de Bachilleres en Artes según el Artículo 66 sin mas deposito que el de ciento y sesenta reales para el arca del Colegio.

Artíc. 28

Los que pretendiese matricularse para Farmacéuticos de primera clase serán examinados de Latinidad, de Lógica y de Matemáticas puras, bajo el mismo deposito si fuesen aprobados.

Artíc. 39

Los que pretendiesen matricularse de farmacéuticos de segunda clase sufrirán un examen de latinidad, y siendo aprobados, darán ochenta reales para el arca del Colegio antes de ser matriculados.

Artíc. 40.

Los Físicos estudiará todas las materias que se enseñen en los Colegios en el discurso de diez años; a saber: en el 1º Física experimental: en el 2º Botánica: en el 3º química: en el 4º Anatomía, Fisiología e Higiene privada: en el 5º Patología y Terapéutica: en el 6º Materia médica, Arte de recetar y Farmacia: en el 7º, Afectos expertos con los tratados particulares de heridas para armas de fuego, y de las enfermedades de huesos y de ojos, y de los vendajes. En el 8º el tratado de partos y de la Medicina operatoria: en el 9º Afectos internos y mixtos, crónicos y agudos con los tratados particulares de Peste y de enfermedades de Ejército y Armada y en los días festivos los aforismos de Hipócrates: en el 10º Higiene pública o Policía medica y Jurisprudencia médica o medicina legal y forense.

Artíc. 42

Los Farmacéuticos de primera clase estudiaran también en los Colegios, y por espacio de cinco años las materias, que corresponde a su Facultad a saber: la Física experimental, la Botánica, la Química, y dos años de Farmacia.

Artíc. 43.

Los Farmacéuticos de segunda clase estudiaran cuatro años solamente en los colegios; empezando por la Botánica, cuyo catedrático dará principio a sus lecciones por la explicación de las propiedades físicas esenciales ya accidentales de los cuerpos y de las voces geométricas convenientes para suplir la falta de Matemáticas y Física.

Artíc. 44

Para la aprobación de los cursos se celebraran anualmente exámenes y se imprimirá una estado de los examinados con las notas correspondientes al merito de cada uno para noticia del publico y del supremo Tribunal de salud Pública al cual informará

además el Colegio reservadamente sobre la conducta aplicación y disposiciones de los Colegiales,

Artíc. 45

Los que fueren reprobados dos veces aunque sea en dos distintas materias serán expelidos del Colegios.

Artíc . 46

Todos los discípulos repetirán el curso, que últimamente se les aprobase, al mismo tiempo que se ocuparan del inmediato a excepción del decimo que corresponde a los Físicos.

Cap. 4°.

De los Colegiales.

Artíc. 47.

Los Colegiales serán internos o externos.

Artíc. 48.

Los internos serán precisamente de los que aspiren a ser Físicos, o Farmacéuticos de primera clase, y vivirán dentro del Colegio a las ordenes del Director y Catedráticos para la inmediata asistencia facultativa de los enfermos, que estuviese al cargo de la Junta Gubernativa y Escolástica de aquel.

Artíc. 49.

Esta Junta nombrará internos a los mas sobresalientes de los Colegiales, que lo pretendiesen, recayendo estas plazas, siempre que pueda ser, las unas en los que tengan aprobado el curso de Patología y Terapéutica, y las otras en los que tengan abonado el de química

Artíc. 50.

La misma Junta escogerá de entre los Colegiales internos para Mayores a aquellos que teniendo aprobado a lo menos el noveno año de estudios inclusive, hubiesen manifestado por su conducta ser mas a propósito par Avelar sobre el cumplimiento de las obligaciones de sus compañeros, y por su instrucción y tino practico mas capaces para substituir a loa catedráticos.

Artíc. 51

Se fijará el número de colegiales internos en el Reglamento, que se haga para los Colegios de salud pública.

Artíc. 52

Todos los Colegiales internos, y en su defecto los externos estarán obligados a servir de Practicantes en el Ejercito o Marina según el Colegio en que estudiasen.

Artíc. 53

El tiempo de este servicio se considerará como empleado en Colegio; abonándose tantos años de estudio cuantos hubiesen servido en Ejercito o Armada a los Colegiales, que a su regreso desempeñasen el examen , que se les hará por la Junta Gubernativa y Escolástica, de las materias pertenecientes al curso o cursos, que pretendiesen ganar.

Artíc. 54.

Los Colegiales por estar sujetos a este servicio militar estarán exentos del de las armas que obliga al común de los ciudadanos.

Artíc. 55.

Todos los colegiales internos se graduaran de Licenciados, y se revalidarán en su facultad apenas concluyan su carrera de estudios, y serán irremisiblemente colocados en las plazas de Físicos de Regimiento y siempre que sea menester en las de segundos Ayudantes de Inspector de salud pública de Ejército o Armada o en las de segundos Ayudantes de Director de Boticas de Ejército o Armado, dejándoles sin embargo libres para que ejerzan su respectiva Facultado donde les acomode, mientras no se les necesite.

Artíc. 56.

A los Colegiales Mayores, que hubiesen servido como tales por espacio de cinco años a satisfacción de la Junta Gubernativa y Escolástica, se les dará gratis y sin examen el diploma de Licenciado y el de Doctor, y el título de revalida; confiriéndoles en seguida una plaza de las señaladas para los Colegiales internos.

Artíc. 57.

Quedarán dispensados del servicio en el Ejército o Armada aquellos Colegiales Mayores, que, habiendo manifestado genio para enseñar, merecieren ser nombrados substitutos de Cátedra por la Junta de su Colegio.

Artíc. 58.

Los substitutos servirán de balde a lo más habrá seis: y se distribuirán de manera que haya uno aplicado a cada una de las Cátedras de Física y de Botánica, y de Anatomía, otro a la de química y de Farmacia, y los dos restantes a las de Afectos externos y Medicina operatoria, y a las Afectos internos y mixtos,; supliéndose las demás por actuales Colegiales Mayores, que hubiese concluido todos los estudios.

Cap. 5°.

De los Grados

Artíc. 59

Los Colegios de salud pública conferirán los grados de Bachiller, Licenciado y Doctor en Medicina, y en Química farmacéutica; el de Bachiller en Artes; que les debe preceder, y el de Maestro de Farmacia.

Artíc. 60.

Los grados de cada Colegio serán válidos en toda la extensión de la Monarquía sin necesidad de incorporarlos.

Artíc. 61.

El Depósito para el grado de Bachiller en Artes será de ciento y sesenta reales de Vellón, y para el en Medicina y en Química farmacéutica de trescientos y veinte; pero no se exigirá, sino se aprobare el examen.

Los examinadores no tendrán propinas, mas, si se expidiese diploma, abonará el que lo solicitase los derechos correspondientes al Director, y Catedráticos que lo hubieren de firmar, y al Secretario que lo hubiere de refendar.

Artíc. 62.

Los depósitos para los grados de Licenciado en Medicina o en Química farmacéutica de primera clase serán de dos mil reales, y se harán antes de los exámenes: empezados estos serán pertenencia del Colegio, sin que de mas acción al examinando, que la de continuarlos, y de repetir por una vez el que le fuese reprobado.

Los laureados entregarán además al secretario las propinas, que correspondan a los examinadores por cada examen que hubiesen de sufrir.

Artíc. 63.

Los depósitos para a el grado de Licenciado en Medicina de segunda clase o para el de Maestro en Farmacia serán de mil y quinientos Reales de Vellón, teniéndose en lo demás presente lo prevenido en el Artículo antecedente.

Artíc. 64.

En ninguno de estos exámenes habrá oración de puntos, ni argumentos en forma silogística ni otra vana ostentación de memoria o de destreza para eludir dificultades.

Artíc. 65

El Depósito para el grado de Doctor en Medicina o en Química farmacéutica será de dos mil reales.

Podrá recibirse con pompa o sin ella: en ambos casos el laureado satisfará aparte las propinas correspondientes al Director, Catedráticos, y Secretario; añadiendo las que pertenecieren a los Doctores concurrentes de las dos Facultades, si no recibiese con pompa.

Artíc.66.

Ganará a el grado de Bachiller en Artes los físicos y farmacéuticos de primera clase que merecieren la aprobación del tercer año de Colegio.

Asimismo los que se matricularen para Físicos de segunda clase en conformidad del Artículo 37.

Artíc. 67

La aprobación del 9º año de estudios constituirá Bachilleres en Medicina a los que estudien para Físicos.

Artíc. 68

También serán Bachilleres en Química farmacéutica los que, estudiando para Farmacéuticos de primera clase, tuviesen aprobado el cuarto año de sus estudios.

Artíc. 69.

Podrán solicitar su examen para Licenciados en Medicina los que hubiesen concluido los diez años de Colegio.

Artíc. 70

Tendrán el mismo derecho al grado de Licenciado en química farmacéutica, los que teniendo aprobados los cinco años que señala el Artículo 42, hubiesen recibido el de Bachiller en esta Facultad, aunque sean Físicos.

Artíc. 72.

Los que siguiesen la carrera de Farmacéuticos de segunda clase serán admitidos al examen para Maestros de esta Facultad, así que tengan aprobados los cuatro años de estudios que determina el Artículo 43.

Artíc. 73

Expedirán exclusivamente los Diplomas de los grados de licenciado y Doctor en ambas Facultades, y los de Maestro en Farmacia.

Artíc. 74

Los españoles, que sin expresa licencia del Rey hubiesen hecho sus estudios fuera del Reino, no serán admitidos a recibir grados.

Artíc. 75.

Los extranjeros que no hubiesen estudiado en las Españas, serán admitidos a recibir grados en los Colegios, siempre que por certificaciones legalizadas justifiquen ser de buena vida y costumbres, y haber ganado los cursos que se requieren.

Cap.6 °.

De las revalidas.

Artíc 76.

Los grados expresados no autorizarán para ejercer la Medicina, ni la Farmacia mientras o se revaliden mediante pruebas convincentes de las que los Graduados saben reducir su ciencia a la práctica.

Artíc. 77.

Podrá un mismo Profesor revalidarse de Medicina y de Farmacia; pero no se le consentirá el ejercicio de las dos Profesiones obligándosele a renunciar al uno, mientras quisiere ocuparse del otro.

Artíc. 78.

No habrá mas revalidas que las que se determinan en este Capítulo.

Artíc. 79.

Los pretendientes de la revalida de Físicos o Farmacéuticos acreditará que son Ciudadanos, y presentará el diploma de Licenciado o de Maestro conferido en uno de los Colegios de salud pública de las Españas o certificación competente en defecto de diploma

Artíc. 80

Los físicos y Farmacéuticos de primera clase depositarán dos mil reales, y los de segunda clase mil y quinientos; abonando aparte las propinas de los examinadores, os derechos de secretaría y los partos de expedición de títulos.

Artíc 81.

Los exámenes se harán por Tribunales de salud pública en Hospitales de continua asistencia.

Serán de pura práctica, y dirigidos a averiguar por lo que toca a los Físicos si puestos a la vista de los enfermos conocen, y saben curar las enfermedades externas, internas, y mixtas, si sobre el cadáver ejecutan bien las operaciones ya con instrumentos ya sin ellos, si maniobran bien en los partos preternaturales y laboriosos, que se figuren en un manequin; y si se aplican los vendajes metódicamente: y por lo que toca a los Farmacéuticos si conocen científicamente los seres de los cuatros reinos de la naturaleza, y los medicamentos preparados que se les presenten; si saben que utensilios y que reactivos debe haber en una Botica para las preparaciones comunes, y el

despacho ordinario, y si ejecutan bien las operaciones químicas, farmacéuticas y químico-farmacéuticas,

Artíc. 82.

Los que salieren aprobados presentarán el juramento de costumbre, y de guardar y defender la constitución de salud pública y la política de la Monarquía española.

Artíc. 83

Hecho el juramento se les expedirá el título con arreglo el Artículo 322.

Artíc. 84.

Al tenor de lo que exprese el título podrá el Físico o el Farmacéutico ejercer su Facultad en las Españas, si repetir examen, o de otro modo incorporarle; quedando desde ahora derogados y anulados todos los fueros y privilegios de Provincias, Corporaciones o particulares, que se opusieran a esta determinación.

Artíc. 85.

Las que quisieren aprobarse de Matronas harán constar en el Tribunal de salud publica en que pretendiesen examinarse

Primero: que están, o han estado casadas con ciudadano español; y estándolo, que sus Maridos les dan licencia para su revalida. Segundo: que han estudiado con aprovechamiento la pequeñísima parte del Arte de partear, que ha de corresponder a las Matronas, bajo la dirección de un Profesor de Hospital de continua asistencia y que se la han visto ejercer.

Tercero: que son de buena vida y costumbres.

Artíc. 86.

Depositarán ochocientos reales, y satisfará además las propinas, y los derechos de secretaría y gastos de expedición de título.

Artíc.87

Aprobadas presentarán el juramento en conformidad del Artículo 82; y el Tribunal en que se hubieren examinado, expedirá el título correspondiente.

Artíc.88.

Los herbolarios obtendrán sus licencias según previene el Artículo 130, y solamente podrán hacer uso de ellas en el territorio o que se sostenga la jurisdicción del que las hubiese dado.

Artíc. 89.

Los extranjeros que sin haber obtenido el distintivo de ciudadanos españoles, pretendieren revalidarse de Físicos o de Farmacéuticos presentarán su fe de bautismo, una justificación hecha ante juez de su país de que sus padres u abuelos paternos y materno son cristianos católicos romanos y no han ejercido oficio vil, y el correspondiente diploma ganado en alguno de los Colegios de salud publica de las Españas

Título 3º

De los destinos, y ocupaciones de los Físicos y Farmacéuticos para la mejor dirección de la salud publica en los pueblos, en el Ejército y en la Armada; y para

el conocimiento de las basas en que se ha de fundar la prosperidad nacional, a la cual conduce la constitución política.

Cap.1.

De los destinos de los Físicos y Farmacéuticos e los pueblos.

Artíc.90.

Se destinará a estos Profesores según s merito, y le acreditarán en oposiciones rigurosas ante el Tribunal correspondiente de salud publica para obtener plazas por igual a , o de otra manera dotadas en Pueblos, Cabildos eclesiásticos y reculares, Hospitales civiles, casas de expósitos, de Misericordia, o de corrección, y demás de estas clases.

Artíc.91.

Con o sin ninguno de estos destinos podrán los Físicos y Farmacéuticos de primera clase establecer en cualquier pueblo de las Españas; y los de segunda clase en todo pueblo que no sea cabeza de partido, ni tenga mas de trescientos vecinos.

Artíc. 92.

Comoquiera no consentirán las Justicias que estos profesores se establezcan, sin que previamente les pongan de manifiesto sus títulos de revalida con el Vº. Bº. Del Físico Subinspector de salud publica, que habrá en cada partido

El subinspector no pondrá el Vº.Bº. a los títulos de los Físicos, sin que estos le presenten una bolsa portátil de instrumentos par alas operaciones pequeñas, y una caja con los precisos para de trepano y amputación, con tres algalias, dos trocantes y la palanca de Hunter para partos.

Los Farmacéuticos harán constar además a las Justicias que tienen permiso expreso para abrir su Botica, el cual dará el subinspector respectivo, si hubiese hallado en ella los medicamentos y reactivos del petitorio debidamente repuestos, de buena calidad, y en cantidades regulares y los utensilios necesarios de laboratorio y de despacho.

Artíc. 93.

Cada Profesor entregará sesenta reales al Subinspector por el Vº. Bº. De su título y cada Farmacéutico le dará ciento y sesenta reales por la indicada inspección de su Botica.

Artíc.94.

Los físicos, y Farmacéuticos establecidos en cada Pueblo estarán subordinados al Físico titular o al más antiguo de los titulares de él, en su defecto al que por este orden lo fuese del Cabildo secular, y no habiendo titulares de esta clase , al mas graduado, o mas antiguo de los de mayor graduación.

Artíc. 95.

Los físicos de segunda clase, que ejerciten bien su Facultad por espacio de ocho años, tendrán derecho al titulo de primera clase sin examen, ni deposito abonando únicamente los gastos de expedición de titulo.

Artíc. 96.

Por la adquisición de este segundo título quedarán habilitados para obtener cuantos empleos sean adjudicables a los hubiesen empezado su carrera para Físicos de primera clase

Artíc.97.

En todas la capitales de provincia habrá un físico inspector de salud pública en lugar del de epidemias, que suele haber, y será jefe de los físicos, Farmacéuticos y matronas.

Artíc. 98.

En cada cabeza de partido habrá un Físico Subinspector de salud pública subordinado al Inspector, y será Jefe inmediato de los Físicos, Farmacéuticos y Matronas residentes en aquel a cuyo territorio se limita su jurisdicción

Artíc. 99.

En las ausencias y enfermedades del Subinspector suplirá uno de los Físicos de la cabeza de partido por el orden que señala el Artículo 94 y en las del Inspector suplirá el Subinspector de la Capital, y en defecto de este el Ministro Físico mas antiguo del Tribuna de salud publica de la misma, mientras en conformidad del Artículo 321 no concurra otro subinspector.

Artíc. 100

Tanto los Inspectores, como los Subinspectores deberán ser Físicos revalidados de primera clase.

Artíc. 101.

Estos empleos se ganarán por rigurosa oposición y los proveerá el Rey en los opositores mas beneméritos de las termas que le pasará al intento el Tribunal Supremo de salud pública.

Artíci. 102.

En los concursos a oposición par Inspector de las Provincias peninsulares será Juez este Supremo Tribunal, y cuando se celebrasen para subinspectores, lo será en todas partes el Tribunal respectivo de salud pública de Provincias, o el Inspector con dos subinspectores donde no hubiese tribunal.

Artíc 103.

En los concursos a oposición para Inspectores las Provincias ultramarinas serán Jueces los Tribunales de apelación de salud pública, que con arreglo al Artículo 315 se establecerán en los pasajes convenientes.

Artíc. 104.

Las oposiciones se dirigirán a averiguar quienes entre los concurrente a ellas tienen mas conocimientos y tino para curara; y saber mejor la Higiene privada y publica, el derecho natural y de gentes, y la Jurisprudencia médica.

Artíc.105.

Todo físico revalidado de primera clase podrá hacer oposición a las Plaza de Subinspector.

Artíc 106.

A los concursos para oposición a las Plaza de Inspector se convocará solamente a los Subinspectores de la Provincia en que se hallare la vacante.

Artíc. 107.

Ninguno podrá jurar estos empleos, sin acreditar que es Doctor en Medicina.

Artíc. 108.

Los Inspectores peninsulares presentarán su juramento en el t<tribunal supremo de salud publica y los ultramarinos en los Tribunales de apelación de salud publica. Los subinspectores le harán en manos del Inspector de su Provincia.

Artíc. 109.

Todos jurarán guardar la constitución de salud publica y la política de la Monarquía, ser fieles al Rey observar las leyes de salud pública, y administrar imparcialmente la justicia en la parte que les corresponda.

Artíc. 110.

Las Cortes determinarán los sueldos que hayan de disfrutar así los Inspectores como los Subinspectores.

Artíc. 111.

Para cada Aduana habrá un Revisor de drogas adicionales, y lo será un Farmacéutico de primera clase graduado de Doctor, nombrado por Físico Subinspector del territorio, en que aquella estuviere a excepción del de la Capital de la Provincias, que lo será precisamente un Farmacéutico Catedrático de Química o de Botánica de la respectiva Academia medico natural y de Artes y obtendrá nombramiento del Físico Inspector.

Artíc 112

Los Revisores jurarán en manos de sus Jefes inmediatos, que serán los que hubiesen nombrado, examinar escrupulosamente las drogas medicinales que a este fin de se le presentasen, y no consentir en que se de pase a las de mala calidad.

Artíc. 113

Los Revisores percibirán por el examen de drogas de los derechos de costumbres.

Cap.2º.

De las ocupaciones de los Físicos y Farmacéuticos establecidos en los Pueblos.

Artíc. 114.

La primera ocupación de los Físicos será la de asistir debidamente a los enfermos que estuvieren a su cuidado, y escribir sucintamente las historias de sus enfermedades, y la de los Farmacéuticos tener surtidas sus Boticas de medicamentos buenos, y en las cantidades, pues señalará en cada pueblo el Físico, que fuere cabeza.

Al fin de cada año enviarán todos los Físicos al Subinspector una nota del número de enfermos , que hubiesen asistido, con la historia de las enfermedades graves, y de las que hubiesen reinado, y con las reflexiones convenientes.

En los Pueblos, en que hubiese dos o más físicos, se deducirán las enfermedades reinantes, y se harán las reflexiones en juntas de todos presidida por el que hiciere de cabeza; y el resultado se extenderá por el Físico, que los demás hubiesen nombrado secretario de ella, y se remitirá de común acuerdo con las expresadas notas, o historias originales por el que presida.

Siempre que se observare alguna enfermedad epidémica o endémica, sea o no contagiosa o hubiere fundad sospecha de ella, de alguna epizootia, o plaga como de langosta u otros, dirán los físicos a sus Ayuntamientos respectivos las providencias conducentes a evitar su propagación y darán inmediatamente cuenta al subinspector, para que resuelva lo que más convenga.

Artíc.115.

Los físicos titulares de Pueblo ejercerán la Medicina interna y operatoria en toda su extensión inclusa la sangría, a no ser que por edad, o por otro motivo pendiesen las disposiciones necesarias para el ejercicio de alguna de las partes de esta ciencia.

Artíc.116

Los físicos, que no fuesen titulares de pueblos, ejercerán según sus contratas; y no habiéndolas, serán árbitros de ocuparse del ramo de Medicina que mas les acomodase, mientras haya otros que practiquen en los demás ramos, según lo pida la necesidad.

Artíc.117

Los Farmacéuticos titulares de pueblo prepararán, buscarán los reactivos que los físicos, que hayan de cabeza crean necesarios para el examen de los seres, que natural o prematuramente hubiese en aquel; teniéndolos al efecto a su disposición con los laboratorios.

Artíc.118.

Si este examen hubiese de ser muy costoso se participará el intento con la debida instrucción al subinspector, para que, pareciéndole bien, lo ponga en noticia del Inspector, y este lo traslade a la Academia, a fin de que si estimare justa la solicitud, disponga el método mas conveniente y económico de realizarla, enviando los correspondientes reactivos, y abonado los demás gastos.

Artíc.119.

Otra de las principales ocupaciones de los Físicos será la de hacer una descripción topográfica medico-natural-estadística de lo contenido en los límites de la jurisdicción de los pueblos de su residencia para conocimiento de todos los seres naturales de las Españas, y de los fundamentos de la salubridad y prosperidad nacional.

Artíc. 120.

Esta descripción abrazará los cinco puntos siguientes.

Primero: El terreno con todos los seres naturales debidamente analizados, clasificados.

Segundo: El estado atmosférico ordinario y el extraordinario inter**** y periódico.

Tercero: las historias de las enfermedades comunes periódicas sean endémicas, o epidémicas, de las epizootias, también periódicas; y de las plagas de este orden, como la de la langosta; expresándose sin han sido inevitables, u ocasionadas por la malicia o por la ignorancia.

Cuarto: los productos de arte y su relación con la Industria y Comercio.

Quinto: las deducciones, a que den lugar estos cuatros antecedentes.

Artíc. 121.

Con presencia de la extensión de los territorios, de lo que hubiere que observar en ellos, y del número de Físicos que respectivamente cuiden de la salud de sus habitantes señalará cada Inspector en su Provincia el tiempo, que creyere necesario para la conclusión de estas descripciones, a fin de que sean exactas, y luminosas.

Artíc.122

Donde hubiese mas de un Físico, se repartirá entre todos el trabajo propio del primer punto; exceptuando a los que estuvieren encargados de hospitales de continua asistencia.

Artíc.123

Los Farmacéuticos concurrirán también al desempeño del primer punto, al de lo que encierra el cuarto correspondiente a su instrucción, y a los análisis.

Artíc. 124

La redacción de estos trabajos, y su remisión ejecutará en conformidad de los Artículos 114 y 134; concurriendo los Farmacéuticos con voz y voto en lo tocante a aquellos, en que hubiesen tenido parte.

Artíc. 125.

Tanto antes, como después de haberse remitido la descripción topográfica, darán los Físicos anualmente cuenta de lo que fuere acaeciendo respecto al 2º y 3º y 4º punto al tiempo de enviar la nota del numero de enfermos, y las historias de las enfermedades graves y reinantes: todo con arreglo y para el fin prevenido en los Artículos 119 y 120. Asimismo, y para igual fin dirigirán las observaciones útiles, que hicieren para rectificar, enmendar o aumentar la descripción topográfica, después que se hubiese aprobado.

Artíc. 126.

También darán los físicos parte sin perdida de tempo a su subinspector de todos los asuntos asuntos, en que intervinieron, pertenecientes a la Jurisprudencia medica; y de los abusos, que notaren en este ramo.

Artíc.127.

Por último los físicos y Farmacéuticos se ocuparán sin excusa de las comisiones que les confien los subinspectores acerca de alguno de los ramos de salud pública; y los Físicos, que hicieren de cabeza, indicarán a su subinspector cuanto conduzca a la policía médica de sus pueblos, para que disponga lo conveniente.

Cap.3º.

De las ocupaciones de los Físicos subinspectores de salud pública de partido.

Artíc.128.

Cada subinspector en su partido conocerá, como jefe inmediato, de todos los ramos de salud publica, que se expresarán en el Artículo 130; teniendo a sus ordenes los Físicos, Farmacéuticos y Matronas; y deduciendo el valor de las acciones, y de todos modos juzgando, en cuantos casos ocurran de aquellos ramos, o a ellos anexos o conexos.

Artíc. 129

Se extenderá su ju jurisdicción a todas las persona de su distrito tanto eclesiásticas, como seculares, sin exceptuar ninguna, sean delincuentes, actores, o de otra manera comprendidas en los asuntos de salud pública, de los cuales será privativo y único Juez; con el bien entendido que pasará sus sentencias con los procesos, si los hubiese, al Juez, a quien competa, siempre que la Jurisprudencia canónica, o civil debiere tener parte con la resolución de los casos.

Artíc. 130.

Los asuntos pendientes de su autoridad se refieren principalmente a los puntos siguientes:

Primero: A celar la conducta facultativa de los Físicos, Farmacéuticos y Matronas en general, y la de los Revisores en particular; multar o castigar de otra manera a los que

se excedan, tasan sus honorarios; y obligan a los Físicos y Farmacéuticos a que se establezcan según su clase.

Segundo: A visitar las Boticas, y las Droguerías cuantas veces lo estime conveniente, exigiendo solamente de cada una ciento y ochenta reales de dos en dos años, que enviará a su Inspector para el arca del correspondiente Tribunal de salud pública, descontados veinte que se adjudicará por vía de honorario. Los físicos serán visitado bajo la misma exacción y método; para que tengan y servibles los instrumentos expresados en el Artíc. 92. Y los libros que se desconozcan por reglamento.

Tercero: A evitar curanderos, ensalmadores; y la venta de Medicinas compuestas y aun de las simples del petitorio por menos por los cuales no sean Farmacéuticos, a quienes corresponderá exclusivamente, pero mediante receta firmada de Físico, o de Albéitar; teniéndose presente además que ni los Farmacéuticos ni los Drogueros, según se expresará en Reglamento para Inspecciones de salud pública de Provincia, ni las Academias de Ciencias medico naturales y de Artes despacharán substancias venenosas tanto compuestas, como simples, a título de ser precisas para las Artes, sin que se lo pidan por escrito sujetos a quienes conozcan personalmente y para cuyo oficio o Arte sean necesarias las que se pretenda compran.

Cuarto: A aprobar Herbolarios y Drogueros de tienda abierta.

Quinto: A cuidar del cumplimiento de las obligaciones impuestas a los Físicos y Farmacéuticos.

Sexto: A velar sobre la asistencia facultativa de las Hospitales que no estén al cargo del Colegio de salud pública, y lo demás que conduzca a que sea la mejor; y sobre la enseñanza que debe haber en ellos.

Séptimo: A reaver los planos que se hicieron para la construcción de Hospitales, Hospicios, casa de expósitos, o de Misericordia, Cárceles, Teatros, Cementerios, Lazaretos, Mataderos, Saladeros, Carnicerías, Pescaderías, Almacenes para substancias fétidas o putrescibles,

Puertos para vender comestibles, Fábricas de almidón, de sebo de curtidos, y otros establecimientos destinados a contener materias cuyas emanaciones pueden perjudicar a la salud; prohibir que los Arquitectos los lleven a efecto, si por su distribución, o situación pueden influir mal sobre el vecindario; y disponer lo conveniente acerca de los edificios de esta clase construidos de antemano.

Octavo: A intervenir, y fallar en primera instancia en todos los negocios pertenecientes a la Jurisprudencia medica sean canónicos civiles o criminales, y en los de Higiene pública tanto si vengan como si no vengan entre partes, pudiendo comisionar Físicos de su confianza para los que no fuesen arduos lo que se ordenará en Reglamento particular, donde se prevendrá también un método sencillo y breve de enjuiciar para semejantes casos.

Artíc.131.

De todo lo grave que ocurra dará parte al Inspector inmediatamente; poniendo al mismo tiempo en noticia las providencias que hubiese tomado.

Artíc.131

De todo lo grave que ocurra dará parte al Inspector inmediatamente; poniendo al mismo tiempo en su noticia las providencias, que hubiese tomado.

Artíc. 132.

De los asuntos no graves y pertenecientes a la Jurisprudencia medica dará parte el tercer día y al concluirse.

Artíc. 133.

De todos instruirá por extenso al Inspector cada medio año, sin excluir los partes dados en virtud de los Artículos precedentes; y acompañado una lista de los Físicos, Farmacéuticos y Matronas en su distrito, en que se exprese la respectiva graduación, aplicación, conducta, lugar de residencia, y modo de establecimiento de cada uno.

Artíc. 134.

Cuando el subinspector creyere que os asuntos piden rectificación, se tomará el tiempo necesario; pudiendo al efecto diferir hasta pro espacio de un año la remisión de los estados topográficos medico-natural-estadísticos.

Artíc. 135

Consultará al Inspector siempre que lo hubiere menester; y contestará a cuantas consultas le hicieren los Físicos, los Farmacéuticos, las Matronas y los Ayuntamientos de su partido.

Artíc.136

Registrará los títulos de Revalida de Físicos, Farmacéuticos, y Matronas que quisiesen establecerse en su distrito; y dará licencia aparte a los farmacéuticos para abrir las Boticas, según queda prevenido en el Artículo 92.

Artíc. 137,

Dará a los Profesores las comisiones que fueren menester para el desempeño de su destino, no ejecutándolo sin aprobación del Inspector, cuando por perjudiciales en sus intereses se hubiesen de señalar honorarios.

Estos honorarios se satisfarán de los fondos del tribunal de salud publica de Provincia para cuya arca remitirá las multas, que sacará a los contraventores, o a los que de otro modo, se excedieren por el mismo orden, que fija el Artículo 130 respecto a los productos de visitas de Boticas.

Artíc. 138,

No permitirá que in infante alguno de su jurisdicción deje de estar vacunado a los siete meses de nacido.

Artíc. 139,

Tendrá a su cargo un pequeño armario de instrumentos y máquinas de uso poco común, pero indispensables en el ejercicio de la Medicina operatoria, costeados y conservados a prorata por todos los Pueblos de Partido, a cuyos Físicos les prestará cuando los necesitaren.

Artíc.140

Cada subinspector dentro de los límites de su partido determinará en cuanto le pertenece sean los que fueren los fueros o privilegios que hayan tenido los Pueblos, Hospitales, Corporaciones, o particulares; pues quedan desde ahora derogados sin excepción de los concedidos acerca de visita de Boticas de ciertos Obispados, o Provincias.

Correspondiendo a los Subinspectores entender en primera instancia de todos los asuntos pertenecientes a los ramos de salud publica, que están a su cuidado; no podrán los Inspectores, ni los Tribunales de salud pública conocer de ellos, sin que algún subinspector los haya resuelto previamente según su naturaleza, esto es_ gubernativa, o judicialmente.

Artíc. 141.

El subinspector tendrá su Juzgado en la Cabeza de Partido para todos los asuntos y casos que por su naturaleza no le obliguen a tenerle en otros pueblos.

Artíc. 142.

Será Secretario o escribano de este Juzgado el que lo sea del Ayuntamiento del Pueblo en que se estableciese, o e que el subinspector elija si hubiese mas de un secretario capitular o escribano y en defecto de estos el Fiel de fechos.

Artíc. 143.

Por los asuntos puramente gubernativos o económico no se adeudarán derechos al subinspector, ni al secretario, escribano, o fiel de fechos, abonándose el papel por el Juzgado.

Artíc. 144.

El secretario, escribano o fiel de fechos tampoco percibirá derecho alguno por los actos de visita de boticas.

Artíc. 145.

Los Subinspectores procederán, y decidirán, en lo que corresponde a su Jurisdicción con autoridad cumplida, o sea con la misma que los Jueces de letras de Partido, en lo que corresponde a la suya.

Artíc. 146.

Prestará el auxilio necesario a los Subinspectores siempre que lo pidieren, Los Jueces de letras, los Alcaldes, los Jefes militares que hubiese dentro de los límites de sus Artículos y las Juntas de sanidad de estas, quejándose, de los que se la negasen, al Inspector para los efectos convenientes a los asuntos que hubiesen motivado sus mandamientos que explicarán clara e imparcialmente. Los que prestasen este auxilio, o no prestasen con la prontitud precisa, serán responsables a los daños, que acarree esta falta, o la morosidad.

Cap-4º

De las ocupaciones de los Físicos Inspectores de salud pública de Provincia.

Artíc. 147

Velarán incesantemente sobre la conducta facultativa de los Físicos, Farmacéuticos, y Matronas, sobre el cumplimiento de las obligaciones, que les impone el Cap. 2º. De este título, y de los demás cuando se previene en el capítulo 1º del mismo.

Artíc. 148.

Cuidarán asimismo de que los Físicos Subinspectores desempeñen su ministerio con pureza y en conformidad de lo ordenado en los 1º y 3º de este título.

Artíc. 149.

Contestarán a los Partes, que les dirigieren los subinspectores, dictando con este motivo o sin él las providencias convenientes; o aprobando, mejorando, o reformando las ya tomadas.

Además informarán inmediatamente, y con la debida instrucción al Tribunal Supremo de salud pública, cuando lo exigiere la gravedad del contenido de los Partes, y particularmente si fuese indicativo de enfermedades comunes a hombres a bestias, o de plagas reinantes ya, o temibles solamente.

Artíc. 150.

Cuando los Inspectores reciban de los Subinspectores quejas fundadas de no haberseles dado auxilio, según lo hayan necesitado, y ordena el Artículo 146, lo participaran al Presidente de la Junta Superior de sanidad y de fomento nacional de sus respectivas provincias., para que convocando a todos sus vocales, se examinen los casos, y se acuerde el modo de efectuar, el auxilio si no se hubiere prestado, y cual sea la responsabilidad, tanto si no se hubiese prestado, como si se hubiese diferido voluntariamente mas de lo justo.

Artíc. 151.

Los Inspectores pasarán cada medio año un con su informe originales al Tribunal Supremo de salud pública las notas, que al tenor del Artíc.133. les hubiesen remitido los subinspectores, quedándose con copia, o con un extracto para su gobierno, y el de sus sucesores; y una lista de todos los Profesores de sus Provincias, sacada a la letra de las que también les hubiesen enviado los subinspectores.

Las Juntas de los Colegios de salud pública pasarán por medio de su Secretario a los Inspectores en derecho las notas, y partes correspondientes a los Hospitales de su cargo, e inspección.

Artíc.152.

Apenas reciban de los subinspectores los estados topográfico-medico-natural-estadísticos, o las adicciones que sucesivamente se hicieren a ellos, pasarán estos escritos a la Academia de Ciencias medico-naturales y Artes, la cual vistos, y examinados, los devolverá al Inspector como las advertencias necesarias, para que se completen, o rectifiquen si así creyese convenir, o con reflexiones expresivas de las utilidades, que infiera, e indicación de los facultativos que se hubiesen distinguido, cuando merezcan con su aprobación, para que, traslados últimamente por los Inspectores con su informe al Tribunal Supremo de salud pública, se pongan en noticia del público, siendo dignos de ello, expresándose el mérito de dichos facultativos.

Artíc.153.

Darán las comisiones que estimen conducentes a la conservación de la salud pública, y del orden en los ramos de ella a excepción de cuando los asuntos pidiesen al tenor de los Artículos 243, 245, y 281 que las den las Academias, Juntas Superiores de sanidad y de fomento nacional o Tribunales de salud pública.

Los gastos de las comisiones dadas por los Inspectores se acordarán en los Tribunales de salud pública de Provincias, de cuyos fondos se costarán con aprobación, que precederá del Supremo, siempre que las circunstancias permitan esta dilación.

Artíc. 154.

Atenderán a las quejas, que se les dieran contra los subinspectores acerca de abusos en el ejercicio de su Ministerio para proveer de remedio con prontitud, siendo fundadas, que hasta el de suspenderles de su destino podrá tener lugar, nitesum el Tribunal provincial de salud pública, en cuya noticia lo pondrán sin demora, decrete lo que tenga por conveniente.

Artíc. 155.

Dirán asimismo las reclamaciones, que se les difirieren contra las decisiones de los subinspectores, y determinará por si lo mas justo en los asuntos no contenciosos, pasando los que lo fuesen al Tribunal de salud pública de su Provincia, para que los falle según derecho médico

Artíc. 156.

Tasarán los honorarios y los derechos que correspondan a los subinspectores por el ejercicio de su facultad, y de su ministerio, si lo solicitasen los que hubieren de satisfacerlos.

También les pertenecerá tasar los derechos de los Revisores de Medicina de su Capital, hacer la tarifa de Medicina para los Farmacéuticos de su Provincia.

Artíc. 157

Podrán consultar y encargar la formación de planes de preservación de enfermedades a la Academia de ciencias médico-naturales y de Artes de su Provincia para su ilustración y descanso; pero sin obligación de sujetarse al dictamen de ella.

Artíc. 158.

Preverdrán a la Junta Superior de sanidad y fomento nacional de su provincia cuanto creyeren oportuno para la conservación de la salud de los pueblos.

Artíc.159.

Darán inmediatamente parte al Tribunal Supremo de todo lo grave que le ocurra, y si la Junta superior de sanidad y fomento nacional no llevase a efecto lo que le hubiesen propuesto en beneficio de la salud pública, o no les hubiese prestado auxilio.

Cada medio año informarán clara y extensamente al mismo Tribunal de todo lo que hubiesen obrado por su inspección al tiempo de remitirle las notas de los Subinspectores y demás que expresa el Artículo 152.

Artíc. 160.

Serán responsables de la salud pública de su Provincia, y del orden en los ramos de su Inspección.

Artíc. 161.

Los inspectores tendrán expedita su autoridad y cuanta se requiera para el mejor desempeño de su delicado e importante ministerio.

Artíc.162.

Reasumirán la autoridad de los Subinspectores en todos los actos dirigidos a observar, si se halan en el debido estos los ramos de salud pública confiados al cuidado de estos Jefes Subalternos.

Artíc. 163

Tendrán su Juzgado e la capital de su Provincia; pudiendo accidentalmente transferirle a cualquiera de los Pueblos de ella por los asuntos, y casos, que lo pidan.

Artíc. 164.

Será Secretario de este Juzgado el que fuese del respectivo Tribunal de salud pública. En las traslaciones accidentales de Juzgado serán secretarios los que en virtud del Artículo 142 deberán serlo de los Subinspectores, y con la prevención del Artículo 143 que también comprehende al que lo sea del Tribunal de salud pública.

Artíc. 165.

Del mismo modo que los Subinspectores entregarán los Inspectores las multas, que impusieren al Tribunal de salud pública de su Provincia; debiéndose, como se deben

satisfacer de los fondos de él los gastos de Juzgado de las inspecciones y subinspecciones.

Cap. 5°

De los destinos de los Físicos, y Farmacéuticos en el Ejército y en la Armada.

Artíc. 166.

Así en tiempo de paz como en el de guerra habrá físicos empleados en calidad de superintendentes de Inspectores, y de subinspectores de salud pública de ejército y de marina, con el número correspondiente de Primeros Ayudantes de Inspector.

Habrán también Farmacéuticos empleados en calidad de Directores de Boticas, y de Primeros ayudantes de Director.

Artíc. 167.

En tiempo de guerra se nombrarán segundos Ayudantes de Inspector de Director y Practicante de Medicina y Farmacia.

Artíc. 168.

Siempre serán provisionales estos destinos de segundos Ayudantes y Practicantes pero concluida la guerra propondrá el Tribunal Supremo de salud pública al Rey con su informe a los que los hubiesen desempeñado a satisfacción de sus jefes, para que se les concedan los honores.

Artíc. 169.

El superintendente en el Ejército o expedición marítima en que fuese destinado, será Jefe de todos los físicos, Farmacéuticos, y Practicantes nombrados para los Hospitales de su cargo.

Lo será igualmente de todos los Físicos de los Regimientos, que sirviesen en su Ejército o expedición marítima.

Artíc. 170.

Los Inspectores por orden de su antigüedad serán Jefes de todos los Físicos después del superintendente: los subinspectores de los Primeros Ayudantes y segundos, y de los Practicantes: los primeros Ayudantes de los segundos y de los Practicantes: y los segundos Ayudantes tendrán a sus ordenes a los Practicantes de Medicina.

Artíc. 171

Bajo el mismo concepto el Director de Botánica será Jefe de todos los Farmacéuticos sus primeros Ayudantes de los segundos: y estos tendrán a sus ordenes a los Practicantes de Farmacia.

Artíc. 172.

Todos los destino desde el de superintendente y el de Director inclusive, hasta los de segundos Ayudantes en una y otra Facultad exclusive, serán conferido por el Rey, precedida oposición ante el Tribunal Supremo de salud pública, y demás formalidades expresadas para la provisión de los empleos de Inspector de Provincias.

Artíc. 173.

Se harán las oposiciones a las plazas de Físicos de ejército y de Marina con el mismo fin, que se previene en el Artículo 104 para las de Inspectores y subinspectores de

Provincia; y con el de averiguar además el conocimiento que tengan las concurrentes acerca de enfermedades castrenses y navales , y de hordas por armas de fuego.

Artíc. 174

Las oposiciones a las plazas de Farmacéuticos de Ejército y de Marina se dirigirán a indagar quienes entre los concurrentes sepan mejor la Farmacia teórica y prácticamente, a botánica y química, y la economía en el modo de preparar las Medicinas.

Artíc 175

Los que quisieren concurrir a estas oposiciones harán concurrir a estas oposiciones harán constar ser Físicos o Farmacéuticos de primera clase, hallarse con el grado inmediatamente menor que el del destino, a que se hiciesen aquellas.

Los físicos de Regimiento podrán oponerse a las plazas de primeros Ayudantes de Inspectores aunque no hayan servido, ni tengan honores de segundos Ayudantes.

Artíc. 176.

Los provistos manifestarán ser Doctores en su Facultad antes de prestar el juramento que corresponda a sus empleos.

Artíc. 177.

Este juramento se prestará ante el Tribunal Supremo de salud pública haciéndole los físicos como los Inspectores y Subinspectores de Provincia, y jurando los Farmacéuticos guardar la constitución de salud pública y la política de la Monarquía española, ser fieles al Rey, observar las leyes de salud pública, y manejar con pureza y economía el caudal de Medicinas, y otro que con relación a ellas se les confie.

Artíc. 178.

El Tribunal Supremo de salud pública proveerá las plazas de segundos Ayudantes, y Practicantes sin oposición ni precisión de elegir facultativos de primera clase para segundos.

Cada año de campaña valdrá por dos de los que deben asistir en pueblo los Físicos de segunda clase para lograr ser de primera.

Artíc. 179.

Los empleos de Físicos de Castillos, Ciudadelas, Casas-fuertes y Hospitales militares permanentes, si lo hubiese, recaerán en los de Regimiento, por Real nombramiento hecho a propuesta del Tribunal Supremo.

Los Físicos de segunda clase podrán en defecto de pretendientes de primera ocupar estos destinos y los de los presidios; prefiriéndose a los que hubiesen servido en el Ejército o en la Marina.

A este tenor se proveerán las Boticas, que hubiere en estos destinos.

Cap. 6°.

De las ocupaciones de los Físicos, y Farmacéuticos en el Ejército y en la Armada

Artíc. 180

El físico Superintendente, como Jefe de todos los ramos de salud pública del Ejército o Expedición marítima, en que estuviere destinado, obrará con la misma autoridad y extenderá su jurisdicción sobre todas las personas, y cosas del Ejército o expedición marítima, como los Inspectores de Provincias en su Provincia.

Artíc. 181.

Corresponderá lo mismo a los inspectores dondequiera que estén en os ramos, que el superintendente hubiese puesto a su cuidado; entendiendo también en primera instancia en asuntos contenciosos, cuando no quisieren comisionar para ello a los Subinspectores.

Artíc. 182.

Cualquiera de estos Jefes podrá delegar su autoridad en Físicos primeros Ayudantes para que en primera instancia conozcan de ciertos asuntos que con todo lo demás perteneciente al gobierno y dirección económica del Cuerpo Médico- Farmacéutico de Ejército y Armada se especificarán en Reglamento particular.

Artíc. 183.

Dentro de los límites de la jurisdicción castrense pertenecerá a los Ayudantes de Inspector lo que a los físicos de los pueblos, y de Hospitales civiles.

Artíc. 184.

El Director de Botánicas obrará en su ramo como los Inspectores en el suyo.

Artíc. 185.

Los primeros Ayudantes de Director procederán en su ramo con iguales facultades, y con la misma subordinación al Director, que se ha dicho de los Subinspectores respecto a los Inspectores.

Artíc. 186.

Sin embargo, los segundos Ayudantes de Director, y los Practicantes de Farmacia en el servicio de hospitalidad estarán también subordinados al Físico, que hiciere de cabeza , que siempre será el de mayor graduación,, o el mas antiguo de los mas graduados.

Artíc. 187.

En los asuntos, a que fuese necesario aplicarse le derecho médico, decidirán y fallarán los físicos tanto si se hallan interesados los empleados en el ramo de Medicina o en el de Farmacia, como en otro cualquiera del Ejército o Expedición marítima; y podrán concurrir como escribanos en estos juicios los Ayudantes de Inspector

Artíc. 188.

Estos Inspectores y Subinspectores, Directores, Ayudantes suyos obrarán por en sus destinos según sus facultades respectivas, como , y con la misma autoridad que se ha señalado para los inspectores y Subinspectores de provincia, dando parte al Superintendente inmediateamente de todo lo grave y urgente que ocurra y mensualmente de lo demás, y en particular del Estado de los facultativos, y de las Hospitalidades, con reflexiones oportunas.

Artíc. 189.

EL superintendente, como primer responsable de la salud de los militares, no tendrá obligación de conformarse con el dictamen de estos Jefes subalternos suyos, ni de adoptar providencias, que hubieren tomado; pudiendo en lo gubernativo, y económico dictan lo que crea más conveniente, y reasumir la autoridad de estos Jefes.

Artíc.190

No podrá el Superintendente oponerse a la ejecución de las sentencias dadas por sus Inspectores o Subinspectores, según derecho médico, en juicio entre partes, solamente podrá suspenderla el Tribunal militar de salud pública, si admitiese apelación de la parte que se tuviese por agraviada.

Artíc. 191.

Cuando los asuntos pidieren además decisiones canónicas, militares, o civiles, los pasará el Tribunal militar de salud pública, después de haberlos sentenciado en lo que le pertenezca, al Teniente Vicario General, al Auditor de Guerra, u a otro Juez, a quien tocara entender de ellos.

Artíc. 192.

Serán de la jurisdicción castrense los Hospitales de campaña los demás, aunque sean militares, y sostenidos por el erario nacional, penderán de la civil.

Artíc. 193

Habrán Hospitales de Campaña para enfermedades externas, y otros por separado para enfermedades internas, con las subdivisiones debidas de unos y de otros.

Artíc. 194.

Un Inspector dirigirá los Hospitales destinados a la curación de las enfermedades internas, y otro dirigirá los destinados a la curación de heridas y demás enfermedades, externas, ambos con el número conveniente de Subinspectores, de Ayudantes, y de Practicantes.

Artíc. 195.

No se establecerá Hospital alguno de campaña sin la aprobación de un Físico Inspector, o de alguno de sus subalternos, que comisionare al efecto.

Artíc. 196.

El modo recíproco de comunicarse los Físicos de Ejército y de Armada desde los Ayudantes hasta el Superintendente, y sus obligaciones serán las mismas en lo aplicable a estos destinos que las del Inspector, Subinspectores, y demás Físicos de una Provincia.

Artíc. 197.

Para el fin, que se expresará en el Artíc. 299, tendrán además obligación los Ayudantes de Inspector de pasar mensualmente por los trámites regulares al superintendente estados demostrativos de las estancias, que hubiesen ocasionado los militares en los Hospitales de su cargo, acompañando copias de las libretas de visita de pedir las Medicinas, que contemple necesarias con expresión de las cantidades, sin embargo de que se lo advertirá al Ayudante de Director de Boticas de su Hospitalidad; de avisar todos los abusos, que notase contra la salud de la tropa, o publica.

Artíc. 198.

El Director de Boticas cuidará de custodiar, y distribuir las Medicinas para los Hospitales, según lo ordenare el Superintendente; de que se preparen e inviertan bien; y de que en las Boticas haya los reactivos y utensilios necesarios, sirviéndose de sus primeros Ayudantes, cuando, y como lo estimare conveniente.

Artíc. 199.

Los segundos Ayudantes de Director pasarán a este mensualmente por medio de los primeros una cuenta de Cargo y Data; y sus libretas de visita firmadas por el Ayudante de Inspector del Hospital de su asistencia; pidiendo al mismo tiempo lo que les hiciere falta.

Artíc. 200.

El Director tomará las providencias, que crea oportunas; y de todo lo que ocurra dará parte al Superintendente del mismo modo, que los Inspectores.

Artíc. 201

El Superintendente dará partes al Tribunal Supremo de salud pública de la misma manera, y para los mismos fines respectivamente, que los Inspectores de Provincia; y le pedirá las Medicinas, Instrumentos, Profesores, y demás, que le hiciere falta, para la buena asistencia de la Tropa.

Artíc. 202.

En la urgencia podrá el Superintendente proveerse de lo necesario dar a los Facultativos comisiones correspondientes a los de mayor graduación, y hasta elegirles, sacándolos de los Regimientos, o de los Pueblos; y también Colegiales interno de los Colegios de salud pública por medio del Directo de estos, mientras el Tribunal supremo dispone lo que le parezca mejor.

Para el acierto en la elección de Facultativos podrá informarse del Inspector de la Provincia, por cuyo medio podrá también consultar a la Academia del territorio de su residencia en los casos en que está concedido a aquel.

Artíc. 203.

Procurará que se enseñen con la tranquilidad y comodidad que sea posible las materias propias de los años, que vayan ganando los Prácticamente.

Artíc. 204.

Le pertenecerá conceden o negar el pare a las certificaciones, que dieren los Físicos a favor de los militares para licencias ya absolutas por inútiles, ya temporales para tomar aguas o baños minerales, o para convalecer de sus enfermedades.

Artíc. 205.

Cuando sus subalternos se les quejasen de no haberse auxiliado sus providencias, o de haberse auxiliado, tarde en perjuicio de la causa pública, procederá en conformidad del Artíc. 296, para que la Junta militar de sanidad disponga, según se ha prevenido en el Artíc. 150 siendo militares, los que hubiesen faltado; y resuelva de acuerdo con la superior de la Provincia, si la falta hubiese sido cometida por las justicias civiles.

Artíc. 206.

El físico, que fuere Jefe de salud pública de un Ejército o Expedición marítima, tendrá, aunque no sea mas que subinspector en comisión, las mismas facultades y obligaciones que el Superintendente, y el Jefe Farmacéutico aunque no sea Director, obrará como tal.

Artíc. 207.

Los físicos de Regimiento, de Ciudadelas, y de los demás destinos expresados en el Artíc. 179 tendrán a su cargo un Hospitalizo, en que asistirán a la Tropa o Presidarios de su dotación, y del mismo modo que los Físicos de los Pueblos y Hospitales civiles darán sus partes a los subinspectores de Provincia correspondientes, mientras estos

Hospitalitos no sean declarados de campaña, como desde ahora se declaran los de Regimiento en todo ejército o expedición marítima, en cuyo caso observarán lo dispuesto para los Físicos de Hospitales de Campaña.

Artíc. 208.

En tiempo de paz dispondrá el Tribunal Supremo de salud pública de los Físicos, y Farmacéuticos de Ejército y de Marina; dándoles según sus graduaciones, y talentos las comisiones de inspeccionar epidemias; asistir en Hospitales; analizar aguas minerales, y otras substancias escoger, preparar, y reponer medicamentos; hacer redacciones de papeles; y las demás, que tuviere por conveniente, sin más sueldo, ni emolumento, que el haber que les corresponda por su empleo.

Título 4º

De las Academias de Ciencias medico-naturales y de Artes.

Capt. Único.

Artíc. 209.

Habrá una en cada capital de Provincia; y en la de las Islas adyacentes, cuya grandeza proporcione lo indispensable para su establecimiento.

Artíc. 210.

El mayor número de los Académicos será de Físicos; los demás serán Farmacéuticos y sabias en alguna de las materias del instituto de la Academia, Maquinistas e Instrumentistas.

Artíc. 211.

Se fijará el número de Académicos residentes hecha la debida atención a las asignaturas de las Academias.

Artíc. 212.

No podrán ser Académicos los Físicos y Farmacéuticos, que no fueren de primera clase.

Artíc. 214.

Cada Academia será presidida por el Inspector de salud pública de su Provincia, como Director tanto de ella; en su defecto por el Subinspector de la Capital, como Vice-Director también nato; y no concurriendo estos, por el físico Académico decano. El que presida tendrá voto de calidad en los empates.

Artíc. 215.

Habrá dos secretarios con la denominación de primero, y segundo; este servirá para las correspondencias extranjeras; y ambos se substituirán en ausencias, y enfermedades.

El primero, que se llamará de acuerdos, tendrá el sello de la Academia; y las certificaciones, que diere con él y llevaren el VºBº del que presida, no necesitarán de más legalización dondequiera que se presenten.

La principal obligación de este Secretario de acuerdos será la de extenderlos concisa y claramente con inclusión de las razones o hechos con que los Académicos hubiesen ilustrado los asuntos, sean en pro o en contra de la resolución.

Artíc. 216.

Así estos empleados, que deberán ser Físicos, como el de Bibliotecario, demás que has de haber en cada Academia, serán nombrados por los Individuos de ella a pluralidad de votos a excepción de los Catedráticos de Botánica de Física experimental, de química, y de las Ciencias, a que estas dos se apliquen.

También pertenecerá a la Academia nombrar por este método sus socios tanto residentes, como corresponsales.

Artíc. 217

Cada Provincia costeara la erección de su Academia; proporcionado un edificio grande, y bien distribuido; proveyéndola de todo lo necesario; y pensionadlo, si fuere menester, sujetos para adquirir luces, o para aprender a hacer maquinas en otras Provincias mas ilustradas del Reino.

Artíc. 218.

Para que el establecimiento de Academias sea menos gravoso a las Provincias, y para destinar útilmente muchas cosas, que hasta ahora han servido de poco o son de puro lujo, se considerará desde luego como pertenencia de cada Academia, lo que en su Provincia corresponda a los Cuerpos, o establecimientos, que, teniendo por instituto parte del de las Academias, se declararán extinguidos lo mismo que lo sueldos, gratificaciones, pensiones, y demás que ellos costeasen no siendo de rigurosa justicia.

También se entregarán a las Academias las maquinas y utensilios propios del Estado, que no tengan destino, y puedan ser útiles en aquellas.

Artíc. 219.

En virtud del Artículo precedente se extinguen las Comunidades de Médicos, de Cirujanos, y de Boticarios, las Academias médicas y de Artes, y demás Corporaciones, a que se refiere, y se aplicarán a las nuevas Academias, como corresponde, los gabinetes de Historia natural, y de Físicas; los Laboratorios de química, y de Farmacia; y los Jardines botánicos, que no pertenezcan a ciudadano alguno en propiedad, ni sean precisos para el desempeño de la enseñanza en los Colegios de salud pública.

Artíc. 220.

Establecidas las Academias, según previene el Artíc. 217, se sostendrán por si, y solamente pedirán socorros a las Juntas de sus respectivas Provincias en el caso inesperado de no podérselos prestar el Tribunal Supremo de salud pública.

Artíc. 221.

Será del instituto de las Academias;

Primero: Facilitar una instrucción transcendental a todas las Ciencias, señaladamente a la médica, y a las Artes.

Segundo: enseñan a aplicar estas ciencias a las Artes en general, y particularmente a las que mayor utilidad pudieren prestar en cada Provincia.

Tercero: Proyectar cuanto con relación a los ramos, que abraza la salud pública, pueda conducir a la prosperidad nacional, extendiéndose a manifestar el modo de aumentar el número de los animales útiles, el de criarlos robustos, y el de introducir nuevas castas, pero fecundas, ya cruzándolos, ya trayéndolos de afuera; atendida la naturaleza de los pastos, la influencia atmosférica de los territorios, la superficie y calidad de estos la fuerza, la capacidad, las inclinaciones y las ocupaciones de los naturales, los alimentos de que estos usen, y sus relaciones con otros pueblos o Provincias, y todo lo demás que constará por las observaciones médico-naturales-estadística.

Cuarto: Contribuir con sus luces a que los respectivas Inspectores de salud publica y Juntas superiores de sanidad y de Fomento nacional desempeñen del mejor modo

posible sus funciones de conservar a los hombres, y de llevar a efecto con facilidad y economía las providencias dirigidas a este fin, y al de fomentar la Agricultura, Artes o Industria de la Nación.

Quinto: preparan por mayor ciertas Medicinas, que tomadas del Comercio suelen no tener buenas, o preparadas en cortas cantidades suelen salir caras, extendiendo su beneficencia sin limitación, cuando en tiempos calamitosos de enfermedades comunes, o de guerras lo dispusiesen las Juntas Superiores de sanidad y de fomentos nacional, o el Supremo Tribunal de salud pública.

Sexto: Preparar substancias de las son precisas para la Pintura, y otras Artes.

Artíc.223.

Se establecerán además Cátedras para las aplicaciones de la Física y de la Química, a que diesen lugar las producciones del territorio, e inclinaciones de los naturales de cada Provincia.

Artíc. 224.

Todas las Cátedras serán provistas por el Rey para la provisión de las de Física, química, Botánica, Estadística, Hidráulica e Hidrostática, y de las que se erigieren para aplicar la Física y Química a las Artes mediará oposición ante el Tribunal de salud pública de cada Provincia respectivamente. Para la provisión de las demás, y de las plazas de Maquinistas e Instrumentistas, propondrá la Academia a pluralidad de votos terna de sus socios mas beneméritos.

Artíc. 225.

Comoquiera pasarán las termas, sean hechas por el Tribunal, o por la Academia, al Supremo de salud pública, para que originales las pase al Rey con su informe a fin de que se despache Real nombramiento a los que fueren nombrados. Por el mismo conducto dirigirá la Academia al Rey las elecciones, que por el Artículo 241 hicieren para Ministros Físicos, y para Examinador Farmacéutico del Tribunal de salud pública.

Artíc.226

La Academia dará el título de Socios suyos a los que, sin serlo, obtuvieren Real nombramiento de Catedráticos para ella.

Artíc.227.

A las oposiciones a las cátedras de las Academias solamente podrán concurrir Físicos o Farmacéuticos de primera clases en esta forma: Físicos a las oposiciones a las Cátedras de Física, estática, Hidráulica, Hidrostática y demás que se erigiesen para aplicar la Física a Artes determinadas: Físicos y Farmacéuticos a las oposiciones a las Cátedras de Botánica, y Química, de cuyas Ciencias habrá dos de cada una; turnando por años el Físico y el Farmacéutico en la enseñanza de la Botánica; y explicando el Físico la Química en general, y el farmacéutico la aplicación de ella al conconiendo de los minerales: y Farmacéuticos a las oposiciones a las Cátedras, que se establecieren para hacer aplicaciones de la Química a las Artes.

Artíc.228.

Todos los años se enseñarán todas las materias.

Artíc.229.

Habrán talleres proporcionados, donde puedan trabajar los que deseen aprender a hacer maquinas, e instrumentos.

Artíc.230.

Los que quisieren ganar curso, se sujetarán a los exámenes, que anualmente habrá para aprobarle a los que lo merecieren; librándose a estos solamente certificación de asistencia, si la pidiesen.

Por estas certificaciones dará cada interesado veinte reales para el arca de la Academia, y diez reales para el secretario, quien no refrendará estas ni otra alguna, sin que lleven el sello de la Academia y el V^o. B^o del que presida.

Artíc. 231

En cada Academia se tendrá una sesión pública a la semana, como e los Colegios de salud pública; hablando en los días de censura para ilustrar la materia los Académicos, que la entendieren; y retirado el auditorio, se tratará de lo gubernativo y económico de ella; de los asuntos, que se le cometieren de afuera; y de los que promovieren sus socios ya para perfeccionar o extender la enseñanza ya para adelantar en la Agricultura Artes e Industria.

Artíc. 232.

Los asuntos, que se cometieren de afuera a las Academias procederán del Inspector de salud pública al tenor de los Artículos 152 y 257 de la Junta Superior de sanidad y de fomento nacional, y del Tribunal de salud pública de sus respectivas provincias, y del Supremo de este nombre según se expresará en los Artículos 245, 273 y 319.

Artíc. 233.

Tanto los asuntos procedentes de afuera, como los promovidos en las mismas Academias se reducirán principalmente a dar informes, a formar planes, y a determinar el modo mas fácil y económico de llevar esto a efecto en lo relativo a los puntos siguientes:

Primero: a la Higiene pública o Policía médica.

Segundo: A las enfermedades comunes de hombres; a las epizootia; y a las plagas, como de langostas u otra.

Tercero: a la Jurisprudencia médica.

Cuarto: A la topografía médico-natural-estadísticas de las Provincias.

Quinto: las cárceles, lazaretos, Hospicios, Hospitales, Casa de expósitos, y demás de beneficencia pública.

Sexto: A puentes, Canales, Regadíos, Plantíos, Calzadas, Caminos, Baños y Aguas minerales, Pantanos, Lagunas, Minas, Canteras, y Fábricas.

Séptimo: A la Agricultura, Artes, e Industria en general; o sea a las varas, en que ha de estribar la posesión de lo necesario para una manutención opulenta, con sobras respectivas, y absolutas en la Monarquía para un comercio recíproco, cuan convenga en todas su provincias, y activo fuera del Reino.

Artíc. 234.

Examinado los asuntos detenida y escrupulosamente en sesión secreta ordinaria, se resolverá lo conveniente, o se pasará a una comisión de Académicos.

Artíc.235.

Estas Comisiones se nombrarán anualmente por ramos, pudiendo ser siempre reelectos los mismos que las compusieren, sin que esta distribución obste, para que en asuntos arduos se agreguen mas vocales, o que apra los que no pertenecieren a ninguna de las establecidas, se formen nuevas.

Artíc. 236.

La Academia nombrará los socios para las comisiones a propuesta de el que la presida; cuidándose de que en cada comisión haya un catedrático del ramo, a que se refiera.

Artíc.237.

Las Comisiones harán las redacciones, que se les encargaren; darán los dictámenes, que se les pidieren; o formaran los planes, que se les encomendaren; reflexionando en todos los casos, como convenga para la mayor ilustración del asunto, y utilidad pública.

Artíc. 238.

Las Comisiones presentarán a la Academia sus trabajos con los expedientes que se les hubiesen entregado, para que los perfeccione en sesiones extraordinarias; y de el curso que corresponda.

Artíc. 239.

Siempre que la calamidad o conveniencia pública excitasen a la Junta Superior de sanidad y de fomento nacional a acudir a la Academia, para que abastezca de Medicinas; concurrirán a tan loable fin todos los Académicos residentes, y los corresponsables necesarios, con sus personas luces, y relaciones ya para adquirir las simples que fueren precisas a precios bajos y de la mejor calidad, ya para prepararlas, ya para distribuir las donde, y como conviene en conformidad de lo que previene la Junta.

Artíc. 240.

Esta Junta dispondrá en todos casos la entrega de los caudales precisos para la compra y elaboración de las Medicinas, si la Academia no pudiese adelantarlos.

Artíc. 241.

Para bien del estado, y estímulo de los Académicos recaerán por elección de la Academia en los que, siendo Físicos obtuvieren alguna cátedra de las señaladas a su clase, las plazas de Ministros del Tribunal de salud pública, y de Secretario de la Junta Superior de sanidad de su provincia respectiva; y en los que, siendo Farmacéuticos desempeñaren alguna de las Cátedras asignadas para ellos, las plazas de examinador del expresado Tribunal para Farmacéuticos.

Artíc. 242.

Por los mismos respectos nombrará la Academia de entre sus socios Físicos, lo que fueren mas a propósito para visitar las embarcaciones si residiere en puerto de mar; advirtiéndole que por este nombramiento quedarán constituidos vocales de la Junta subalterna de sanidad y de fomento nacional de la capital.

Artíc. 243.

Asimismo dará la Academia por sí comisiones a sus socios, prefiriendo a los catedráticos, y señalando de sus fondos los honorarios correspondientes al trabajo, que ellas ocasionen a su delicadez, y a su importancia para fijar la longitud y latitud, y levantar el plano de su Provincia, y para otros efectos relativos a topografía medico-natural-estadística.

Artíc. 244.

Los instrumentista, y Maquinistas tendrán el lucro, que corresponda a los instrumentos o maquinas que construyeren; rebajándoseles la cuarta parte del valor, cuando con arreglo al Artículo 229 le ayudaren los que se dediquen a aprender estas Artes.

Artíc. 245.

En conformidad de lo ordenado en el Artíc. 233 comisionará igualmente el Tribunal Supremo de salud pública, o el Inspector a los Académicos para examen de epidemias, epizootias o plagas, y para herborizaciones si fuere menester, y siempre para formación de Floras: y el Tribunal territorial de salud pública para lo que conduzca a la administración de justicia, cuando tuviese motivos para no confiar en los Físicos del territorio, en que se hubiesen de hacer las diligencias; abonándose en este caso los gastos por las partes que los motivaren y en aquel por la Academia.

Artíc. 246.

Las Diputaciones provinciales enteradas del merito de los Académicos de sus respectivas capitales por la Junta superior de sanidad, y el alto Gobierno por los informes del Tribunal supremo de salud pública, los comisionarán también para examen de minas; conducción de aguas comunes, o minerales; construcción de baños, y de instrumentos físicos, astronómicos o aplicables a las Artes; desecación de grandes lagunas, y pantanos; reconocimientos para establecer fábricas, donde la naturaleza los llame, y desde donde sea menor dispendiosa la traslación de los Artefactos a los sitios, en que deban consumirse; y para el desempeño de lo demás, que expresan los párrafos del Artículo 233, sujeto a las facultades de estas diputaciones, o del lato Gobierno.

Artíc.247.

Cada Academia para cubrir sus gastos percibirá veinte reales por cada certificación que de su secretario, y la cuarta parte del valor de lo que los Maquinistas trabajaren en los talleres de ella, cuyas cantidades con lo que se gane en las Medicinas y materiales de pintura y otras Artes que prepare, formarán su fondo.

Artíc. 248.

Los fondos de las Academias estarán a disposición del Tribunal Supremo de salud pública del cual ellas dependerán inmediatamente.

Artíc. 249

Al Tribunal Supremo de salud pública y a la correspondiente Junta Superior de sanidad y de Fomento nacional dirigirán las Academias por medios años un extracto de cuanto haya ocurrido con copias exactas de sus memorias, observaciones, censuras, dictámenes, y proyectos de mérito singular que no debieren extractarse; manifestando al mismo tiempo sus progresos y las necesidades de su provincia en lo que es de su instituto.

Artíc. 250.

Al mismo Tribunal darán anualmente cuenta del ingreso e inversión de sus caudales.

Artíc.251.

Consultarán a este Tribunal siempre que lo juzgue conveniente y le remitirán los mismo que a sus respectivas Juntas Superiores de sanidad y de Fomento nacional, cuantos proyectos hicieren a su parecer útiles.

Título 5°

De las Juntas de sanidad y de Fomento nacional.

Cap.1º

De las Juntas de sanidad y de Fomento nacional de las Provincias.

Artíc.252.

En toda Capital sea de Provincias, o de Islas habrá una Junta Superior de sanidad y de Fomento nacional.

Artíc.253.

En toda cabeza de Partido, y en todo Puerto de mar habrá una Junta subalterna, dependiente de la superior.

Artíc.254.

Las Juntas superiores podrán establecer otras provisionalmente en los Pueblos, Valles, y Aldeas siempre, que reinando, o amenazando enfermedades contagiosas, recelaren que la malicia puede burlar su vigilancia.

Artíc. 255.

Todas las Juntas se compondrán de las diversas autoridades, que hagan cabeza en el lugar de su residencia, de Físicos, de Farmacéuticos; y de vecinos honrados, que como peritos o como sabios, no siendo actualmente comerciantes, entiendan en alguno de los ramos de su instituto

Artíc. 256.

Serán Vocales de estas Juntas, los que con distinción se citan en los tres Artículos siguientes habiéndolos, Presidirá y tendrá voto de calidad en los empates el mas condecorado de los concurrentes; se sentará inmediato a su izquierda el secretario, que siempre será un Físico nombrado por la Academia de entre sus Catedráticos por oposición; y no habrá mas etiqueta en orden a asientos.

Artíc.257.

Las Juntas Superiores se compondrán del Capitán general del Superior Jefe político; del Arzobispo, u Obispo; del Regente de la Audiencia; de el del Tribunal provincial de salud pública, con sus Ministros, y su examinador Farmacéutico; del Intendente, del Comandante de Marina; de dos Vocales de la Diputación Provincial, de ocho o mas vecinos, que tengan las calidades expresadas en el Artículo 255; y de un secretario en conformidad del Artículo precedente.

Artíc.258.

Las Juntas de Partido tendrán por Vocales al Gobernador o comandante de las armas, y de marina; al Juez de letras; y al eclesiástico, o en defecto de este al Cura Párroco mas antiguo; al subinspector de salud pública; al Procurador sindico, y a un Regidor; al Revisor de Medicinas; a cuatro vecinos, a lo menos de las calidades, que exige el Artíc. 255; y a los Físicos Comisionados para visitar las embarcaciones que continuará habiéndolos en los puertos de mar, Será secretario un físico por nombramiento del Inspector de salud pública de la Provincia.

Artíc. 259.

En virtud del Artículo precedente se aumentará el número de Físicos, de Farmacéuticos, y de Vecinos perpetua o temporalmente con proporción a los cuidados de las Juntas que por descontado serán mayores, cuando residieren en Puertos de mar

muy concurridos, o en parajes limítrofes de país extranjero, y cuando los tiempos fueren calamitosos por amenazar, o estar ya reinando enfermedades comunes.

Artíc.260.

Se formarán por este método las Juntas provisionales; constituyendo cabeza al Alcalde; y sirviendo de secretario tanto en estas, como en las otras, el que lo fuese del Ayuntamiento o el Fiel de fechas, con defecto de este donde no hubiese mas que un Físico.

Artíc. 261,

La Junta Superior creará las de Partido con arreglo a lo expuesto; oyendo antes al Inspector de salud pública, por lo que respecta a los Físicos, y a los Ayuntamientos, por lo que mira a los que deben ser Vocales natos, y a los vecinos colectivos.

Artíc.262.

Las Junta Superior reemplazará las vacantes de vocales colectivos de las Juntas de Partido, dando su nombramiento a los más beneméritos de los que estas propusieren.

Artíc. 263.

La Junta Superior hará ternas para el reemplazo de sus plazas electivas, y las remitirá al Rey por conducto del Tribunal Supremo de salud pública para su nombramiento, y expedición del título correspondiente. Por el mismo conducto, y con igual objeto comunicará la Junta la elección, que para Secretario suyo, hubiese hecho la Academia de Ciencia médico-naturales y de Artes en virtud del Artíc.241. o el Inspector de salud pública donde no hubiese Academia.

Artíc.264.

La diputación provincial y los Ayuntamientos cuidarán de dar respectivamente a la Junta Superior, a las de Partido, y a las Provisionales lugar decente y capaz, donde celebren sus sesiones.

Artíc. 264.

Todas las Juntas tendrán una sesión a la semana, turnando sus vocales electivos de las de Partido y de las Provisionales para el despacho de los asuntos, que diariamente se ofrecerán en los Juzgados verbales de sanidad de Puertos de mar, y también cuando otras circunstancias lo exigieren.

Artíc. 266.

Se repetirán más veces las sesiones, y hasta diariamente, si así conviniese, bastando que lo solicite uno de sus vocales.

Artíc. 267.

Las Juntas provisionales se limitarán a tratar de lo que expresamente les encargue la Superior; obrando con dependencia inmediata de la de su partido.

Artíc. 268.

Las Juntas de Partido se ocuparán de lo siguiente:

Primero: Auxiliarán al Tribunal, e Inspector de salud pública de su Provincia, y al Subinspector de su Partido, siempre que lo necesitaren.

Segundo: Tratarán sobre el modo de llevar a efecto con economía las disposiciones, que previnieren los subinspectores acerca de Policía médica sea para precaver enfermedades o plagas; sea para vencerlas, o evitar su propagación sea para la mejor

construcción, o reforma de edificios públicos como cárceles, Lazaretos, Baños, Hospitales, Casa de Expósitos, y demás de beneficencia pública.

Tercero: Discutirán las proposiciones, que hicieren sus Vocales para fomento de la Agricultura, de las Artes, y de la Industria; o para comodidad de los pueblos de su jurisdicción; discuriendo, en caso de merecer su aprobación, sobre el modo de realizarlas con el menos costo posible.

Cuarto: será privativo de ellas disponer acerca de lo que previenen los dos párrafos precedentes, y de lo que concierne a los mismo; por manera que sin su previa instrucción y ordenamiento económico, no podrán los Ayuntamientos de su Partido a quienes corresponderá siempre a ejecución, invertir caudal algún para proporcionarlo.

Quinto: celarán el cumplimiento de sus resoluciones, que comunicarán sin demora a los que por sus destinos deban ejecutarlas, si los asuntos no exigiesen por su entidad, el consejo de la Junta Superior, o por su proyectado costo los socorros de la diputación provincial; pues en estos dos casos manifestarán a la Superior sus pensamientos con la claridad e ilustración necesarias, para que resuelva con acierto.

Sexto: Examinarán las cuentas de los gastos que para llevar a efecto sus disposiciones hubiesen hecho los Ayuntamientos y las devolverán manifestando por escrito, si se ha procedido con la debida economía para gobernó de la Diputación provincial, a la cual corresponderá exigir la responsabilidad de los abusos de esta especie y anunciarlos al dar la cuenta general de la Provincia, si la Junta Superior de sanidad y de fomento nacional, a la cual consultará de antemano, no reformase el dictamen de las consabidas Juntas de Partido.

Séptimo: observarán religiosamente las providencias de la Junta Superior; cumpliéndolas sin dilación cando siendo relativas a sanidad fueren urgentes, aunque ocurran inconvenientes, que den margen a representar para su reforma.

Artíc. 269.

De todos los acuerdos con expresión de sus fundamentos darán cuenta a la Junta Superior mensualmente, o antes si lo pidiese la naturaleza del asunto acordado.

Artíc. 270

Estas Juntas serán la primera autoridad de su Partido, y por consiguiente estarán sujetas a su jurisdicción todas las corporaciones, y Personas, así eclesiásticas como seculares, que se hallaren en él, sea la que fuere su clase, dignidad o destino.

Artíc.271

Multarán, amonestarán, o castigarán por vía gubernativa a los que fueren remisos en el cumplimiento de sus preceptos, o inobedientes; quejándose a la Junta Superior para el debido castigo, si fuese vocal suyo el delincuente.

Artíc. 272.

Los que se creyesen agraviados por los decretos de estas Juntas podrán representárselo y aún apelar a la Superior; pero sin dejar de cumplir con lo mandado, siempre que perteneciere a sanidad.

Artíc. 273.

La Junta Superior

Primero: Ordenará las providencia de sanidad generales para su Provincia y las particulares de mucha utilidad en conformidad de lo que disponga el Inspector de salud pública o el que se sustituya después de haber mediado sobre el modo más económico de llevarlas a efecto; comunicándolas con este requisito a la diputación provincial para

su puntual cumplimiento, y a las Juntas, o Junta de partido, a que correspondiere, para su gobierno.

Segundo; Calculará sobre el modo de entender, y perfeccionar la Agricultura, y las Artes; de acrecentar la Industria, y consecutivamente la población; y de proporcionar las comunicaciones, y cuanto conduzca a un comercio activo y expedito en su Provincia con presencia del número de habitantes, de sus fuerzas en inclinaciones de las calidades y producciones de los terrenos, de las sobras y escaseces respectivas de los pueblos, y de los demás, que la Academia de Ciencias medico-naturales y de Artes expondrá en su plano topográfico medico-natural estadístico por medios años, o mas a menudo según los Artíc. 221, 233 y 249; pidiendo informes, si los hubiere menester, a la misma Academia, a otras corporaciones, o a particulares y solicitando, cuando convenga, el parecer del Tribunal Supremo de salud pública, quien por su sabiduría, y por las noticias exactas que tendrá de la capacidad de progresos de cada provincia, podrá no solamente rectificar los cálculos sino también determinar si los proyectos suponen las relaciones, de que ha de resultar la prosperidad mutua de todas las provincias de la Monarquía.

La Junta Superior de aquellas Islas, en que no hubiese proporción para establecer Academia podrá consultar a la Academia mas inmediata del continente.

Tercero: Dispondrá las cantidades con que la Diputación provincial deberá socorrer a la Academia de Ciencias medico naturales y de Artes en sus necesidades, y las que deberá adelantar para acopio de Medicinas en las calamidades públicas, a que se refiere lo prevenido en el Artículo 240.

Cuarto: Comunicará sus decretos a la Diputación provincial, o a quien corresponda para su cumplimiento, que únicamente podrá suspender por falta de fondos, en cuyo caso acudirá la Junta al Tribunal supremo de salud pública, para que, poniéndose con el informe de este en conocimiento del Rey, se preste el socorro necesario sin perder de vista el fomento preciso de las demás provincias.

Quinto: Indicará al comunicar sus disposiciones el de los sujetos más capaces de realizarlas, siempre que la exigiere la delicadeza, o importancia de los asuntos.

Sexto: velará sobre el cumplimiento de las obligaciones de la Juntas de Partido, y provisionales; aconsejando, y ordenando lo más conveniente para fomento de los pueblos hasta en lo que es privativo de estas si fuesen omisas.

Séptimo: Celará el cumplimiento de sus disposiciones, cuya ejecución en tierra corresponderá siempre a otras corporaciones, a los particulares, que señala la Constitución política.

Octavo: Verá las cuentas generales, que la diputación provincial ha de dirigir, para la aprobación de las Cortes, en lo tocante a sanidad y a fomento nacional; para que estas se aseguren por su censura de si o no se ha procedido con economía.

Noveno: Dispondrá de que se preste el Tribunal, e Inspector de salud pública, y a las Juntas de Partido de su Provincia el auxilio, que necesitasen para obligar al cumplimiento de sus providencias, o mandamientos, cuando no fuesen obedecidas.

Décimo: obedecerá al Tribunal Supremo de salud pública, y le avisará sin perdida de tiempo las novedades transcendentales que amenacen o trastornen ya a la salud pública.

Artíc. 274.

La Junta Superior remitirá al Tribunal Supremo de salud pública un extracto de sus acuerdos debidamente ilustrado, y de los efectos de ellos mensualmente, o antes si conviniese.

Artíc. 275.

La Junta superior será la primera autoridad de su Provincia; ejerciendo en toda esta la misma jurisdicción, que para las Juntas de Partido en su territorio declara el Artículo 270.

Artíc. 276.

Impondrá por vía gubernativa los castigos a que dieren lugar los excesos en materias de su inspección, a no ser que estos fuesen cometido por alguno de sus vocales, en cuyo caso los pondrá en noticia del Tribunal Supremo de salud pública, para que este determine lo más conveniente; y lo proponga al Rey para los debidos efectos, cuando la gravedad de los delitos requiera, grandes remedios.

Artíc.277.

Los que estuvieren descontentos de la resoluciones de la Junta Superior podrán apelar al Tribunal Supremo de salud pública, cuando los asunto fueren de entidad, cumpliendo sin embargo lo dispuesto por ella, siempre que perteneciere a sanidad.

Artíc. 278.

Así los Presidentes como los Vocales y Secretarios de todas las Juntas servirán en estos destino sin sueldo, gratificación, ni emolumento alguno, a excepción del secretario de cada una de las superiores, a quien se le señalara de los fondos de sanidad lo necesario para vivir con decencia.

Artíc.279.

Las Plazas de vocales electivos serán perpetuas.

Artíc. 280.

Los fondos de las Juntas subalternas resultarán de multas, y de los impuestos sobre las embarcaciones que arriban a los Puertos de las Españas.

Artíc. 281.

Lo que sobrare de estos fondos a cada Junta subalterna, después de haber satisfecho la correspondiente a gastos de su Juzgado, a la manutención de los celadores que deberán nombrar todas, y a la de Marineros, y a la conservación de las falúas que tuviere a su disposición será repartido por la Junta Superior para cubrir sus gastos, y los de las demás Juntas de su dependencia.

Artíc. 282

Cuando estos fondos no alcancen para cubrir los gastos ordinarios, lo manifestará cada Junta subalterna al Ayuntamiento de la cabeza de su Partido con especificación d lo que necesite, para que se le apronte; sacándolo de sus propios y arbitrios, y de los de los demás Ayuntamientos del mismo Partido o prorrata, que fijará por punto general, luego que se tenga conocimiento exacto de las cantidades, que por estos títulos adquiere anualmente cada Pueblo. La Junta Superior de cada Provincia pasará los presupuestos al Intendente para recibirlos de la Tesorería provincial.

Artíc. 283.

Sin intervención de la Junta Superior no se abonarán a las subalterna suyas los gastos extraordinarios para precaver, o extinguir epidemias o plagas, y si hubiesen de ser muy grandes en concepto de la Junta Superior, los costearán todos los partidos por orden de la Diputación provincial, contribuyendo también con sus sobrantes las Juntas que los tuvieren en otras Provincias apenas se lo prevenga el supremo Tribunal de salud pública.

Artíc.284.

Cada tres meses darán cuenta de sus entradas y gastos las Juntas subalternas a su superior, y esta con su informe, y la suya al Supremo Tribunal de salud pública. La del último cuatrimestre será de todo el año.

Artíc. 285.

Ninguna Junta despreciará las delegaciones relativas a sanidad, aunque sean anónimas, si en caso de ser ciertas pudiesen resultar daños transcendentales; pero no incomodará a nadie en las diligencias, que practicará siempre reservadamente para averiguar la verdad.

Artíc 286.

En Reglamento, que se hará para todas las Juntas se prevendrá, como han de proceder en la resolución de los negocios, que les ocurran, sin elevarlos jamás a proceso; pues si fuese inevitable, pertenecerá este conocimiento a Tribunal de salud pública.

Artíc. 287.

Los Bandos, edictos, representaciones, oficios, y demás que se publique, o comunique de acuerdo de las Juntas serán firmados por su Presidente, y refrendados por su Secretario.

Artíc. 288.

Los Individuos de todas las Juntas al entrar ocupar sus destinos jurarán observar la constitución de salud pública, y la política de la Monarquía española; guardar las leyes, ser fieles al Re; y cumplir con las obligaciones, que les impone este capítulo a saber: los vocales en manos de su respectivo presidente; los Presidentes de las Juntas de Partido en las del Presidente de la Junta Superior; y los Presidente de Junta Superior en las del Presidente del Tribunal Supremo de salud pública; pudiendo tanto este Presidente, como los de Junta Superior dar comisión al efecto.

Cap2°.

De las Juntas de sanidad militares o de Campaña.

Artíc. 289.

En cada Ejército, o Expedición marítima habrá una Junta militar de sanidad.

Artíc. 290.

Será Presidente de esta Junta el Jefe del Ejército o expedición marítima , y vocales natos el Intendente, el superintendente general de salud pública, el comandante general de Artillería, y el de Ingenieros, el Teniente de Vicario general, y el cuartel Maestre general.

Artíc 291

Cuando no concurriere el Presidente, asistirá con sus instrucciones el General que nombre; y presidirá el Vocal mas graduado entre los concurrentes.

Artíc. 292.

Los demás vocales, que no pudiesen asistir lo avisarán a la Junta por escrito; anunciando quien las haya de substituir, si les pareciere conveniente.

Artíc. 293.

El director de Boticas será Vocal electivo, para cuando la Junta considere útil su asistencia.

Artíc. 294.

La Junta nombrará para secretario suyo a un Físico subinspector, y para que le supla en ausencias y enfermedades a un físico Ayudante de Inspector.

Artíc. 295

Respecto a los asientos del Presidente de los Vocales, y del Secretario y al voto del calidad de aquel se observará lo prevenido en el Artículo 56.

Artíc. 296.

Esta Junta será a primera autoridad militar y tendrá las mismas facultades y obligaciones en la Milicia, que cada Junta Superior de Provincia en su jurisdicción con respecto a sanidad, de que cuidará única y exclusivamente.

Los Inspectores, y subinspectores, de salud pública serán celadores natos de sus disposiciones, y también todo físico encargado de alguna Hospitalidad como más a propósito por su inteligencia, y por el interés, que tienen por su responsabilidad, de conservar la salud pública de la Milicia.

Los Intendentes presentarán a la Junta cuentas relativas a sanidad para los mismos efectos, que por el Artíc. 273 deberán ejecutarlo las Diputaciones provinciales respecto a la Junta superior de su Provincia y abonarán sus gastos.

Artíc. 297

Esta Junta podrá crear otras subalternas, delegando en ellas las facultades, que creyese necesarias.

Les pertenecerá elegirse secretario, nombrando un físico, primero o segundo Ayudante de Inspector.

Artíc. 298,

La Junta tendrá dos sesiones a la semana, aunque viaje, y mas amenudeo si fuere menester; acordando, y mandando en su jurisdicción, como las Superiores de Provincias en la suya.

Artíc.299.

Para que a los militares enfermos nada les falte de lo necesario para su asistencia y se verifique sin desembolsos intempestivos o inútiles, distribuirá la Junta los auxilios con proporción a las necesidades actuales, o que previere por las disposiciones del general y por la exposiciones del Superintendente, haciendo con tiempo los presupuestos indispensables de dinero, y efectos, y para que los apronte el Intendente, ya consultando al supremo Tribunal de salud pública, según previniese el Reglamento, que hará para las Juntas militares de sanidad.

Artíc.300

EN Reglamento de sanidad militar se ordenará, quienes deban instruir los asuntos, y con que método; y se fijarán las relaciones, de que a poca costa han de derivar los auxilios necesarios, para que la Junta mande siempre bien, y con economía.

Artíc. 301.

La Junta militar se corresponderá con la o las Superiores de Provincia inmediatas cuando lo necesite para su auxilio.

Artíc. 302

Tendrá con el Tribunal Supremo de que depender, las mismas relaciones que las Juntas Superiores de Provincia, reconociendo a sus Ministros Físicos como Superintendentes generales de salud pública militar y a los Farmacéuticos como directores generales de boticas militares.

Título 6°.

De los Tribunal de salud pública, y de sus Juzgados subalternos.

Cap. 1°

De los Tribunales de salud pública y de sus Juzgados subalternos general.

Artíc.303.

Estos Tribunales tendrán la potestad de aplicar exclusivamente las leyes, que emanen de la Jurisprudencia médica.

Artíc.304.

En este sentido ejercerán los Tribunales de salud pública jurisdicción sobre todos los demás Tribunales, Corporaciones, Autoridades, y Ciudadanos, sin reconocimiento de fuero eclesiástico,, ni militar, ni de otro cualquiera que las Cortes tuvieren a bien introducir; y procederán irremisiblemente contra los que no dieren puntual cumplimiento a sus mandamientos, según lo dispondrán las leyes, con respecto a los daños que acarree la inobediencia, o la morosidad.

Artíc. 305.

El modo de enjuiciar será uniforme, y según el código, que se hará con previsión de los casos, y circunstancias que puede ofrecer los varios ramos, que abraza la salud pública, y sus consecuencias para el fomento nacional; y prevención de que por su sencillez prive absolutamente a los vacilosos de seguir trámites intempestivos o fraudulentos, que obscurezcan los asuntos, o difieran los litigios.

Artíc. 306.

Cuando la resolución de los pleitos penda no solo de la Jurisprudencia médica, sino también de la canónica, de la civil, o de ambas, conocerán de ellas los Tribunales respectivos; pasándose los recíprocamente, o juntándose los Ministros o Jueces de un Tribunal con los de otro u otros, siempre que lo exigieren los asuntos por su complicación.

Artíc. 307.

Los Tribunales de salud pública administrarán Justicia, y expedirán las ejecutorias y provisiones con arreglo al Artíc. 2257. De la Constitución política.

Artíc. 308.

EN cuanto a las funciones, procedimientos, y decisiones judiciales de estos Tribunales y de sus Juzgados subalternos; y a hacer ejecutar lo juzgado por ellos, se observará lo prevenido en el Tribunal V de la Constitución política.

Artíc. 309.

A los Magistrados y Jueces de salud pública no se les dará posesión de sus plazas, sin que antes fueren guardar esta Constitución, y la política de la Monarquía española; ser

fieles al Rey; observar, y hacer guardar las leyes de salud pública; administrar la justicia con pureza y obrar como meros jueces de hecho en los litigios médico-civiles, y canónicos.

Artíc.310.

Habrá en la Corte un Tribunal, que se denominará Supremo Tribunal de salud pública; y otro en todas la Capitales de Provincia, y de las Islas, en que haya Academia de ciencias médico-naturales y Artes, con el nombre de Tribunal Superior de salud pública.

Artíc.311.

En cada capital de Partido habrá un Juzgado de salud pública.

Cap. 2º.

Del Supremo Tribunal de salud pública.

Artíc.312.

Este Supremo Tribuna se compondrá por ahora de un Presidente, y de seis Ministros.

Artíc.313.

Para que de aquí en adelante se provean las vacantes de estas plazas en Profesores conocidamente sabios, y nunca falte en este Supremo Tribunal la instrucción práctica y el método, que se requiere para resolver con acierto sobre cualquier asunto de los vastos ramos de salud pública, se ordena:

Primero: que desde ahora queden asignadas estas plazas por razón de los Profesores que en el día las obtienen, y no por el lugar que estos ocupan en el Tribunal, a saber: la del Primer Ministro o Presidente al ramo de química; la del Segundo al de salud pública de Marina; la del tercero al de Colegios y Academias; la del cuarto al de salud pública de los pueblos; la del sexto al de acopio de Medicinas; y la del séptimo al de Boticas de Ejército y Marina.

Segundo: que se provean estas plazas a saber: la primera en un Catedrático de Química de los Colegios de salud pública; la segunda en un superintendente de salud pública de Marina; la tercera en un Director de Colegio de salud pública; la cuarta en un Superintendente de salud pública; y la séptima en un Director de Boticas de Ejército, o de Marina alternativamente, empezando por el de Marina.

Tercero: que tanto el Presidente, como los ministros ilustren los asuntos rutinarios de sus respectivas asignaturas antes de decidirlos este Supremo Tribunal, practicándose lo mismo con los extraordinarios, cuando por ser complicados lo estimase por el Propio Tribunal conveniente para el acierto. La formación de Códigos, y de Reglamentos expresados en el párrafo 9 del artículo 319 se hará por el mismo orden.

Artíc. 314.

Este Supremo Tribunal luego que saque alguna de sus plazas, propondrá al Rey terma de los Profesores mas antiguos y en actual servicio de los Profesores más antiguos y en actual servicio de la clase, a que aquellas se refiera, con expresión de sus méritos; completándola con Profesores de graduación inmediatamente menor, sino hubiese bastantes de la que exija la plaza, para que el Rey nombre el mas benemérito.

Artíc.315.

A los diez años de haberse llevado a efecto esta Constitución en todas sus partes en las España ultramarina, se compondrá el Tribunal Supremo de salud publica de cinco Ministros mas, propuestos de aquellos establecimientos, y nombrados en la misma

forma, que se ha prescrito para los otros siete; y serán un Director de Colegio de salud pública; un Inspector de salud pública de Provincia, un Catedrático de Farmacia y un Catedrático de Química de Colegio de salud pública, y un Regente de los Tribunales de apelación de salud pública, que se crearán en la América meridional y septentrional, hechas, que sean por las Cortes, las correspondientes divisiones de estos territorios.

Se procurará que cuando el químico sea de la América meridional, sea el Farmacéutico de la septentrional, y al contrario.

Artíc.317.

En la sala de Gobierno se verán todos los asuntos que se introdujeran en el Tribunal, y se resolverán, excepto los contenciosos, que pasarán a la de Justicia. Coocurrirán el Presidente, y todos los Ministros, votando los Farmacéuticos en que estuviere a su alcance por su Profesión solamente si al entrar en este Tribunal no tuvieren título de Médico, de Cirujano latino, o de Físico.

Artíc. 318.

En la sala de Justicia se examinarán, y definirán los asuntos contencioso o que versen entre partes por el Presidente, y los cuatro Ministros no Farmacéuticos, que se mudarán anualmente cuando lo permita su número.

Artíc. 319.

Corresponde a la sala de Gobierno:

Primero: Dirigir gubernativa y económicamente todos los ramos de salud pública en conformidad de lo dispuesto acerca de cada uno aconsejando, y ordenando lo más conveniente, y celando el cumplimiento de las obligaciones de las Juntas de sanidad y de Fomento nacional, de los Tribunales de salud pública, de los Superintendentes de Ejército y de Marina, de los Inspectores de Provincia, de los Colegios, y de las Academias de Ciencias médico-naturales y de Artes.

Respecto a que por el Comercio se eludiría fácilmente la vigilancia establecida en particular y en general sobre el punto de sanidad de la Monarquía, si no se tuvieren pronto noticias positivas de las enfermedades contagiosas trasmisibles a largas distancias que reinen en países extranjeros, será de la obligación del Secretario del Despacho de Estado avisar sin memora, cuando las haya o se recele que las hay, al Supremo Tribunal de salud pública, para que dicte las providencias conducentes a evitar su entrada.

Segundo: Satisfacer las dudas, que tuvieren dichas corporaciones, o jefes, con el bien entendido, que si fueren sobre inteligencia de las leyes, y también las tuviere este supremo Tribunal, se trasladarán al Rey con la debida instrucción, para que las Cortes resuelvan.

Tercero: Juzgar en las oposiciones a plazas de Superintendente, Inspector, Subinspector de salud pública, primeros Ayudantes de Inspector de Ejército y Armada; y de Director de Boticas, y Primeros Ayudantes de Director de Ejército y Armada; y a las de Inspector de salud pública de Provincia; y destinan a aquellos empelados tanto en tiempo de paz, como en el de guerra.

Cuarto: Proponer, o pasar al Rey con su informe las propuestas, que se le envasen para provisión de empleos de Real nombramiento, y entregar a los provistos los correspondientes despacio o patentes; procediendo de las misma manera respecto a Comisiones, que este Supremo Tribunal quisiere dar para fuera del territorio español-

Quinto: Componen, siempre que convenga, las Farmacopeas que deban regir en los pueblos, y en los Hospitales civiles y de Campaña; y los Petitorios o catálogos de medicamentos, que haya de haber en las Boticas.

Sexto: Hacer a la Hacienda nacional los presupuestos de Medicina heroicas simples ultramarinas y del continente, que convenga tener guardadas para pronto socorro de una calamidad pública, y abastecimiento de Hospitales de Campaña, y los necesarios para la elaboración de las que pidan preparaciones largas y delicadas, y deban tenerse prevenidas para estos efectos; cuidando de custodiarlas todas en los puntos de la península mejor proporcionados para su reparto según las necesidades, que se observaren, o previeren; de su renovación antes que se adulteren; de comisionar par la preparación a las Academias médico-naturales y de Artes, que residan en territorios, donde los simples, y medios de elaboración sean más baratos; y de distribuir las, según convenga

Séptimo: Disponer la Impresión de las memorias, observaciones, floras, proyectos útiles, y planos médico-natural-estadísticos de los Colegios de salud pública de las Juntas de sanidad y de fomento nacional, y de las Academias de Ciencias médico-naturales y de Artes; obligando a todos los físicos y Farmacéuticos, que ejerzan su Facultad, a que los compren para su instrucción, exceptuando a los Farmacéuticos, cuando la obra trate únicamente de enfermedades.

Bajo del mismo supuesto mandará este Supremo Tribunal imprimir un catálogo bien circunstanciado de todas las aguas minerales medicinales del territorio español, con expresión de su análisis, y virtudes.

También publicará anualmente por medio de la imprenta las listas, que de las causas pendiente le enviará los Tribunales superiores de salud pública, después de haber pasado copia de ellas al Gobierno supremo; y asimismo lo que contemplare útil entre las observaciones, reflexiones, y notas, que la dirijan los superintendentes, e Inspectores de salud pública.

Octavo: Hacer proyectos para fomento de todo el territorio español con presencia de las producciones naturales, de los Artefactos, y de lo demás, que cumplida esta Constitución, le constará de todas las Provincias, y se necesita para fijar las relaciones, en que aquel ha de estribar; y comunicarlos al Gobierno Supremo para el uso conveniente.

Noveno: Formar, y presentar para la aprobación de las Cortes el Código de Higiene pública o de la policía médica, y el de Jurisprudencia médica con el Arte de enjuiciar, acomodado a los asuntos de salud pública; y los Reglamentos para el Supremo Tribunal de salud pública, para los demás Tribunales y Juzgados de esta denominación, para las Juntas de sanidad y de fomento nacional civiles y militares, para los Colegios, superintendencia, e Inspecciones de salud pública, para Hospitales civiles y de campaña, para Academias medico-naturales y de Artífices, y para Lazaretos, casas de cuarentena, de expósitos, de separación, y demás, que sean precisos para llevar el código de Higiene pública a debido efecto.

Décimo: cuidar del monte pio, que hay, y hubiere para los facultativos de ejército, y de Armada y del que se establecerá para Tribunales y Colegios de salud pública.

Undécimo: Distribuir equitativa y económicamente los caudales, que ha de tener a su disposición destinando los de los Colegios y Tribunales de salud pública, y los resultantes de impresiones para el pago de sueldos, y gastos de estos establecimientos, y del mismo supremo Tribunal: los de las Academias de ciencias médico naturales y de Artes para el progreso de ellas, para honorarios de los que tuvieren comisiones en ramos de su instituto, y para otras atenciones del Supremo Tribunal: y los de las Juntas de sanidad y de fomento nacional para socorro mutuo de todas, cuando así lo pidiere la necesidad en calamidades publicas por enfermedades epidémicas, o endémicas y conservando con el mayor cuidado los sobrantes, que por ningún título dejarán de estar

a la disposición del Supremo Tribunal, para que por falta de numerario no se interrumpa el curso ordenado, que deben tener los ramos de salud pública como base de la felicidad de la Monarquía, ni haya de costear el erario nacional los sueldos, y gastos expresados, sino cuando verdaderamente no alcancen las entradas para cubrirlos.

Duodécimo: rendir anualmente sus cuentas documentadas al Tribunal de contaduría mayor; acompañando con su informe las que en debida forma le remitirán los Tribunales, y Colegios de salud pública, las Academias médico-naturales y de Artes, y las Juntas de sanidad y fomento nacional.

Artíc.320.

Pertenece a la sala de Justicia del Supremo Tribunal de salud pública.

Primero: Dirimir todas las competencias de los Tribunales de salud pública entre sí y con las Juntas de sanidad, que haya en la península e Islas adyacentes.

Segundo: Conocer de los recursos de nulidad contras las sentencias dadas en última instancia por los Tribunales de salud pública, bajo del mismo método, y para fines análogos a los que previene el párrafo noveno del Artículo 261 de la Constitución política de la Monarquía española.

Para este, y otros efectos establecerán las Cortes en ultramar Tribunales de apelación de salud pública con los correspondientes respectos al Supremo, que, sin embargo de extender su jurisdicción a ambas Españas, solamente ejercerá la inmediata en la Península y sus Islas adyacentes.

Tercero Resolver todas la causas de separación o suspensión de sus Ministros, y de los demás Tribunales de salud pública, de los Vocales de Juntas superiores de sanidad y de fomento nacional civiles y militares, de los Superintendentes e Inspectores de salud pública, y Directores de Boticas de Ejército y Armada, de Inspectores de salud pública de Provincia, y de directores de Colegios de salud pública, si se hubiese de hacer efectiva la responsabilidad de este supremo Tribunal de nueve físicos, según el espíritu del párrafo quinto del Artículo 261 de la Constitución política de la Monarquía española.

Cuarto: Determinar y declarar si el Rey tiene la aptitud física, y moral, que se requiere para cumplir con los gravísimos cargos de su suprema dignidad, siempre que las Cortes lo exijan.

Quinto: Reveer todos los procesos formados para probar que ciertos hechos son milagrosos cuando se hayan declarado tales por los Tribunales superiores de salud pública.

Cap. 3º

De los Tribunales Superiores de salud pública de Provincia.

Artíc. 321.

Estos Tribunales se compondrán de un Regente, que lo será el Inspector de salud pública en cada Provincia y de dos Físicos de su respectiva Academia de ciencias médico naturales y de Artes; substituyendo el subinspector de la Capital en ausencias y enfermedades del Regente, y otro u otros dos Físicos, que elegirá la Academia y nombrará el Rey anticipadamente en calidad de supernumerarios, al tenor de los Artículo 224 y 225, en las de los Ministros numerarios. Si casualmente no pudiese asistir el subinspector de la Capital avisarán los dos Ministros al del Partido mas inmediato, o a otro, cuando este no pudiese concurrir.

Se asociará un Farmacéutico catedrático por oposición de la correspondiente Academia nombrado con las mismas formalidades que los Ministros, para examinar Farmacéuticos, y para lo demás en que su Tribunal le creyese útil.

Artíc.322.

Corresponderá a estos Tribunales revalidar Físicos y Farmacéuticos, y expedirles las cartas de examen.

Artíc, 323.

Los Ministros será Jueces en los concursos o oposición para plazas vacantes o que se crearen en su territorio, de subinspectores de salud pública; de Físicos, y Farmacéuticos de Hospitales de continua asistencia de casas de expósitos, de Misericordia, y demás de beneficencia pública; de físicos, y Farmacéuticos asalariados de Partido; y de Catedráticos, que según la instrucción de las Academias de Ciencias médico naturales y de antes deban ser físicos, o Farmacéuticos.

La oposición a las plazas de los primeros Ministros de estos Tribunales se celebrará ante el Supremo, o ante el Colegio de salud pública, que esté comisionare, observándose lo mismo con respecto a la Cátedra de Colegios nuevos, o de los antiguos que queden y cuyo número de Catedráticos no llegue a cinco.

Artíc.321.

Conocerán estos Tribunales solamente en segunda y tercera instancia de las causas de salud pública, falladas en primera judicialmente por los Juzgados interiores subalternos suyos, o gubernativamente por la Junta Superior de sanidad y de fomento nacional de su Provincia; Y asimismo de las causas de supresión, y separación de los Jueces subalternos suyos, de los vocales de las Juntas de sanidad de Partido, y de los Catedráticos de la Academia territorial de Ciencias médico-naturales y de Artes y del Colegio de salud pública que esté en el distrito de su jurisdicción.

Artíc. 325.

Les pertenecerá declarar si o no son milagrosos los hechos, que en juicio contradictorio se pretendiese serlo.

Artíc. 326.

Fallará en tercera instancia Ministros distintos de los que hubiesen fallado en segunda.

Artíc. 327.

Las causas de salud pública fenecerán en estos Tribunales; pero los que versaren sobre hechos milagrosos se pasarán, en caso de declararse tales, al supremo para su aprobación.

Artíc. 328.

El recurso de nulidad contra estos Tribunales es el único, que podrán hacer al Supremo las partes, que se creyeren agraviadas.

Artíc. 329.

Tocará a estos Tribuales conocer de las competencias de sus Jueces subalternos entre sí, y con las Juntas de sanidad de Partido. Si fuesen las competencias entre estos Jueces o Juntas y los Jueces subalternos de otro Tribunal se Juntará este con el de salud pública para dirimirlas.

Artíc. 330.

Cuidarán de que sus Jueces subalternos les den cuenta de las causas de su Juzgado en la forma , y por el medio, que expresan los Artículos 132 y 133, y remitirán cada

medio año al Supremo Tribunal una nota bien circunstanciada así de estas, como de las suyas, sean o no fenecidas.

Artíc. 331.

Darán usualmente cuenta de sus caudales al Tribunal de Contaduría Mayor por medio del Supremo de salud pública a cuya disposición tendrán el remanente.

Cap.4º

De los Juzgados subalternos de salud pública de Partidos

Artíc.. 332.

Habrá un Juzgado subalterno de salud pública en toda capital de partido.

Artíc. 333.

El subinspector de salud pública será el Juez en su Partido, y procederá con arreglo a lo que al intento previene el Cap. 3º del título 3º.

Artíc. 334.

Las leyes determinarán lo demás, y entre otras cosas, de que asuntos conocerán los subinspectores sin apelación.

Cap. 5º.

De los Tribunales militares de salud pública, y de sus juzgados subalternos.

Artíc. 335.

En todo Ejército, o Expedición marítima formarán este Tribunal de salud pública el Físico Jefe de este ramos, y los dos Físicos de menor graduación, que se le sigan, según su orden de antigüedad.

Artíc.336.

La jurisdicción y autoridad de estos Tribunales: y las relaciones con sus Jueces subalternos, y con sus Juntas de sanidad militares serán respecto a los ejércitos y expediciones navales, y sus dependencias, como las de los Tribunales superiores de salud pública en sus Provincias.

Artíc..337.

Dependerán del Supremo Tribunal de salud pública como las Superiores de Provincia.

Artíc.338.

Conocerán en segunda y tercera instancia de todos los asuntos litigiosos de salud pública, suscitados por dependientes de su jurisdicción.

Artíc.339.

Les pertenecerá también resolver las causas de suspensión, o reparación de los físicos, y farmacéuticos castrenses, como no sean superintendente, o Inspectores de salud pública, o Directores de Boticas.

Artíc. 340.

Los Ministros, que hubieren fallado en segunda instancia, no asistirán a la vista del pleito en la tercer, en la que decidirán los tres físicos más graduados y antiguos, que

estuviesen mas próximos al Tribunal, como sean Primeros Ayudantes de Inspector a lo menos.

Artíc. 341.

No se admitirá apelación de las sentencias, que en tercera instancia den estos Tribunales; pues en ellos, como en los de Provincia, deben terminar todas las causas, sin que quede otro arbitrio, que el de interponer recursos de nulidad ante el supremo de salud pública.

Artíc. 342.

Situado un ejercito o expedición naval en territorio en que no haya Tribunal de salud pública de Provincia, podrán los Tribunales militares revalidar Físicos y Farmacéuticos, si les comisiona para ejecutarlo el supremo, que además les autorizará siempre que le parezca conveniente para que ante ellos se celebren oposiciones a las plazas de subinspectores, y de Primeros Ayudantes de Inspector de salud pública, y a las de Primeros Ayudantes de Director de Boticas.

A todos estos actos, cuando fueren para Farmacéuticos, concurrirá como Juez el Director de Boticas, y en su defecto un Primer Ayudante de Director. A los Ministros les substituirán otros Físicos, según el método prescrito e el Artículo 340.

Artíc.343.

Los Juzgados subalternos de estos Tribunales se establecerán en conformidad de lo prevenido en los capítulo de Inspectores, y de subinspectores militares de salud pública, serán de primera instancia; y procederán según lo determinen la leyes.

Artíc. 344.

El Intendente del Ejercito o Expedición marítima abonará los gastos del respectivo Tribunal militar de salud pública, y de sus Juzgados subalternos.

Cádiz 17 de Octubre de 1812

Rafael Costa

APÉNDICE 4: REPRESENTACIÓN DE FRANCISCO FLORES MORENO ACERCA DEL REGLAMENTO DE SALUD PÚBLICA. A.C.D, P-01-000020-0126-0001.

Don Francisco de Flores Moreno. Ofreciéndose para la formación
De un reglamento de salud pública cuyo bosquejo acompaña.

Cádiz 20 de Enero e 1812
A la comisión de exámenes de memoriales
Reg.73

A la comisión de salud pública

Cádiz 26 de Enero de 1812
Reg 73

Don Francisco de Flores Moreno, Doctor en Medicina y Cirugía, Médico honorario de Cámara de S.M., Proto-Médico de esta ciudad, &&, a V.M. con el más profundo respeto; dice: Hace largo tiempo miraba con dolor el abandono en que yace entre nosotros, el mayor número de los objetos que tienen relación directa o indirecta con la salud pública. Providencia dictadas en los Pueblos ala azar y según lo han exigido lo urgente de las circunstancias; medidas de Higiene ya parciales, ya relativas a objetos de menor cuantía y casi siempre poco acordes con una razón ilustrada por el conocimiento de los hechos; y últimamente, reglamento incompletos e insuficientes, formados para ciertas y determinadas ciudades; son hasta este día todo el Código de Policía de Salubridad; ¡Increíble descuido, Señor a no tocarlo con tanta evidencia! Estaba reservado a los benéficos deseos de V.M. el remedio de este mal: mal grave y que me detendría a demostrarlo si V.M. no estuviese tan convencido de él, según lo ha manifestado aprobando los puntos 4º, 5º, 6º y 7º que comprende el artículo 319 del Proyecto de Constitución.

Mas como para llenar los Ayuntamientos los deseos de V.M. es necesario tengan a la vista aquel número de principios o preceptos, que deben observarse para desempeñar las delicadas atenciones que se ponen a su cuidado; principios que solo enseñan las ciencias auxiliares de la Medicina; Es evidente, se está en la necesidad de formar un Reglamento de Salud Pública, que abrazando la totalidad de objetos que debe comprender, enseñe, aun al más ignorante, al tratar de cada uno de ellos en particular, el modo con que debe conducirse en el caso de que el sufragio de sus conciudadanos, lo constituya en el honroso cargo de Diputado de Ayuntamiento. Tal es el trabajo que me propongo emprender en obsequio de V.M. y de la causa pública, sin exigir otro premio que una señal de aprobación del Augusto Congreso. El plan es extenso, delicado, y ciertamente superior a mis fuerzas; pero me lisonjeo que el amor a mi Patria, la voz dulce de la humanidad, y el placer de contribuir al bien de mis conciudadanos, reanimaran aquellas. Mis votos quedarían cumplidos si, como acabo de exponer a V.M mereciese mi pensamiento su soberana atención, y esto me mueve a indicar a V.M. con el más profundo respeto, cuanto contribuiría al éxito de mi empresa, el ser comisionado por el Augusto Congreso para la formación del mencionado reglamento de Salud Pública cuyo bosquejo acompaña a esta representación.

A la alta penetración de V.M no puede ocultarse la importancia de los muchos objetos que comprende, ni menos dudar la urgente necesidad de establecer aquellos principios, o preceptos generales, que deben dictarse sobre cada uno de dichos particulares, para que Sirviendo de norma a los Ayuntamientos, precavan de todo riesgo la salud de los Pueblos, tan interesante de conservar, y que ordinariamente se ha visto expuesta al fuego asolador de los contagios y enfermedades epidémicas. Aun no es menos importante la verificación de mi pensamiento, si se considera que él hace parte de la Constitución que V.M. lleva aprobada. Efectivamente, todo el mundo conoce, que aquellos cuerpos municipales, formados según los sabios principios que V.M. quiere han de tener el mayor influjo en la felicidad de los Pueblos; y como el primer elemento de esta es la salud Pública, nadie debe dudar que la atención de los ayuntamientos ha de dirigirse ante todas cosas, a precaver cuanto pueda perjudicar a la salud de los hombres.

V.M sabrá guardar la utilidad de realizar el pensamiento que hace tanto tiempo me ocupa y convencido de mis sinceros deseos, contribuirá con su poderosa protección al logro de mis ideas

Cádiz 16 de enero de 1812

Francisco Flores Moreno